

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

NEUZA DE FREITAS RAUPP CECHINEL

**CONSELHO E GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE:
processo de construção coletiva dos instrumentos de planejamento**

PORTO ALEGRE

2018

NEUZA DE FREITAS RAUPP CECHINEL

**CONSELHO E GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE:
processo de construção coletiva dos instrumentos de planejamento**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Roese Ramos

PORTO ALEGRE

2018

NEUZA DE FREITAS RAUPP CECHINEL

**CONSELHO E GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE:
processo de construção coletiva dos instrumentos de planejamento**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 23 de julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Roese Ramos
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Profª. Drª. Cristianne Maria Famer Rocha
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Profª. Dra. Carla Garcia Bottega
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS)

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Destinei esta página para agradecer aquelas pessoas que guiaram meus passos e me orientaram para que eu alcançasse os propósitos da minha pesquisa. Elas exigiram muito de mim, mas não há como não reconhecer que, acima de tudo, forneceram todos os meios para que eu adquirisse o máximo de conhecimento.

Agradeço profundamente às minhas mestras, Profa. Dra. Roese Ramos, minha orientadora, que me deu total confiança, compreendeu minhas dificuldades e foi sempre solícita nas horas que precisei, auxiliando no desenvolvimento de meu potencial.

Meu especial agradecimento também à Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha, que me acompanha desde a graduação em Saúde Coletiva (UFRGS) e tem me guiado e colaborado para o meu aperfeiçoamento.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer aos meus filhos e ao meu esposo pela paciência e compreensão durante esses dois anos de intensos estudos.

Agradeço a Deus por estar comigo em todos os momentos da minha caminhada, guiando-me e ensinando-me a confiar e crer em Seu poder.

Agradeço aos Professores da minha Banca de Qualificação, Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa e Profa. Dra. Camila Guigliani, pelas orientações e sugestões para o aprimoramento da minha Dissertação.

Agradeço aos professores da minha Banca de Defesa, Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha, Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa e Profa. Dra. Carla Garcia Bottega, pelo aceite de participação e contribuição na defesa desta dissertação.

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) pelo apoio destinado à concretização deste estudo, em especial o Departamento de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) e seus professores, que colaboraram com o desenvolvimento das minhas tarefas durante todo este período.

Agradeço muito a todos os colegas e amigos do Grupo de Orientação Ampliado (GAO) que contribuíram e agregaram muito ao meu estudo com seus pareceres e suas sugestões e a todos os colegas do mestrado que, de alguma forma, participaram da minha trajetória.

Agradeço imensamente aos/às Conselheiros/as de Saúde do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre pela disponibilidade em participar deste estudo, pelas conversas esclarecedoras e pelas amizades que construímos.

Agradeço aos colaboradores do CMS de Porto Alegre, que sempre se mostraram solícitos e me acolheram em todos os momentos que precisei.

Agradeço aos meus colegas e amigos da US Aparício Borges que foram solícitos em todos os momentos que precisei e sempre torceram pelo meu sucesso.

Agradeço à minha colega e amiga Priscila Wolff Moreira, com quem compartilhei experiências e que foi acolhedora durante toda nossa caminhada.

Agradeço ao meu colega e amigo Henrique Domingues, que me apoiou em diversos momentos, contribuindo para a construção desta dissertação.

Agradeço aos demais familiares e amigos, que, no seu tempo e do seu jeito, contribuíram para que eu alcançasse meus objetivos e que sempre me apoiaram.

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.

Marthin Luther King

RESUMO

Este estudo tem como finalidade analisar o processo de construção coletiva envolvendo o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre para a consolidação dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa fundamenta-se no âmbito do planejamento do SUS, no campo do Controle Social e do Conselho de Saúde (CS). O planejamento do SUS está articulado de forma contínua e integrado nos três entes federados e, o controle social é realizado via conselhos e conferências de saúde. Os CS são espaços oficializados em cada esfera de governo voltados para formular estratégias e controlar as políticas de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas junto a 22 Conselheiros/as do CMS de Porto Alegre. Os resultados, quanto à caracterização, mostraram uniformidade em relação ao sexo, a média de idade é de 58,28 anos e a média de tempo de participação é de 7,8 anos; 11 pessoas são de cor branca; 10 são casadas; 12 têm ensino superior; 12 são representantes dos/as usuários/as; e 17 já fizeram capacitação para conselheiro/a de saúde. Após a análise temática de conteúdo, em torno da construção coletiva dos Instrumentos de Planejamento em Saúde, foram construídas as categorias empíricas: 'Conhecimento dos/as Conselheiros/as sobre a construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS'; 'Conhecimento dos/as Conselheiros/as sobre os principais Instrumentos de Planejamento do SUS'; 'Instrumentos de Planejamento do SUS: participação, impasses, limitações e estratégias dos/as Conselheiros/as para avançar nas negociações'. Essas categorias, vinculadas à construção coletiva dos instrumentos de planejamento em saúde, proporcionaram a análise estratégica realizada por Matus e Testa. Entende-se que os/as integrantes do CMS de Porto Alegre, em sua grande parte, apesar de não terem o domínio sobre os Instrumentos de Planejamento do SUS, sabem como articular e propor temas para compor esses instrumentos, bem como fiscalizar e resolver as dificuldades dentro do Conselho. Verificou-se que a maioria destes/as se mostrou satisfeita por ser membro do Conselho e considera o controle social do CMS/POA bem resolutivo em suas atividades e eficiente quanto as suas deliberações, proposições e fiscalização. Observou-se alguns nós críticos e muitas disputas dentro do Conselho, bem como dificuldades no diálogo entre o Conselho e a Gestão. Além disso, foram identificados tópicos relevantes como a necessidade de o/a conselheiro/a estar mais bem preparado/a para desempenhar suas atribuições e menos impasses para que se possa avançar em questões de saúde importantes para a sociedade. Diante disso, sugere-se que o CMS/POA promova mais capacitações aos seus/as conselheiros/as e fomente um coletivo mais coeso em busca de resolução de demandas do controle social. Ainda, propôs-se uma reflexão acerca da atual conformação dos conselhos diante às mudanças do protagonismo de seus atores sociais e por fim, sobre as questões relevantes e nós críticos identificados que não foi possível aprofundá-los devido não estarem atrelados aos propósitos da pesquisa. Pela relevância destes, sugere-se novos estudos.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Instrumentos de Planejamento. Participação Popular. Conselhos de Saúde. Controle Social Formal.

ABSTRACT

This study aims to analyze the collective construction process engaging Porto Alegre's Municipal Council of Health (CMS) and Porto Alegre's Municipal Secretariat of Health (SMS) Management to consolidate the Single Health System (SUS) Planning instruments. The research is based on SUS planning, on Social Control and Health Council (CS) field. SUS planning is organized in a continuous basis and it is integrated with the three federated entities, and the social control is realized through health councils and conferences. The CS are recognized areas in every government sphere aimed to draft strategies and to control health policies. Including economic and financial aspects. This is a descriptive study, with a qualitative approach, realized through semi structured interviews done with 22 Porto Alegre CMS counselors. The results, concerning characterization, show uniformity with regard to gender, the age average is 58,28 years old; the average of participating time is 7,8 years; 11 people are white; 10 are married; 12 have higher education; 12 are patrons' representatives; and 17 have already done health counselor's qualification. After the thematic content analysis around the health planning instruments collective construction the empirical grades have been built: 'Counselor's knowledge about the SUS Planning Instruments Construction'; 'Counselor's knowledge concerning the main SUS Planning Instruments'; and 'SUS Planning Instruments: participation, bottlenecks, limitations and counselor's strategies to advance the negotiations'. These categories, bounded to the collective construction of the health planning instruments, provided the strategic analysis carried by Matus and Testa. It is understood that mostly of Porto Alegre CMS board members, although they do not have domain on SUS Planning Instruments, they do know how to articulate and propose themes to set these instruments, as well as to supervise and to solve difficulties inside the board. It was verified that the majority was pleased to be a member of the board and consider the CMS/POA Social control well solved in its activities and successful in its deliberations, propositions and inspections. It was observed some critical nodes and some disputes inside the Board, as well as some difficulties of dialogue between the Board and the Management. In addition, it was identified relevant topics like the necessity of a member prepared to perform his/her duties and less bottlenecks in order to move forward on important health issues for the society. At that, it is suggested that CMS/POA fosters more trainings for its members and instigate a cohesive team that seeks for resolutions of the social control demands. Yes, it is proposed a reflection regarding the actual member's conformation facing their social actors' protagonism changes and, finally, about the relevant issues and the critical nodes identified that were not possible to go into because they are not linked to the purposes of this research. Due to their relevance, new studies are suggested.

Keywords: Health Planning. Planning Tools. Popular Participation. Health Councils. Formal Social Control.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa dos Distritos Sanitários de Porto Alegre (2017)	77
Figura 2 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre	89
Figura 3 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre	149
Gráfico 1 - Raça/cor dos/as Conselheiros/as do CMS/POA.....	73
Gráfico 2 - Estado civil dos/as Conselheiros/as do CMS/POA.....	74
Gráfico 3 - Segmento Representativo dos/as Conselheiros/as do CMS/POA.....	75
Gráfico 4 - Gerência de Saúde adstrita aos/às Conselheiros/as do CMS/POA	76
Gráfico 5 - Tempo de Participação dos/as Conselheiros/as no CMS/POA	80
Gráfico 6 - Escolaridade dos/as Conselheiros/as do CMS/POA.....	83
Quadro 1 - Linha do tempo: Conferências Nacionais de Saúde	45
Quadro 2 - Meios Estratégicos para uso no jogo social	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos/as Conselheiros/as do CMS/POA quanto ao sexo e à faixa etária.....	68
Tabela 2 - Distribuição das profissões/ocupações dos/as Conselheiros/as do CMS/POA.....	78
Tabela 3 - Meio de Transporte utilizado pelos/as Conselheiros/as do CMS/POA.....	79
Tabela 4 - Participação dos/as Conselheiros/as em outros Espaços de Participação	82
Tabela 5 - Formação/Capacitações dos/as Conselheiros/as do CMS/POA	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSEPLA -	Assessoria de Planejamento e Programação
CAPS -	Centro Atenção Psicossocial
CCs -	Cargos de Confiança
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CES -	Conselho Estadual de Saúde
CF -	Constituição Federal
CDS -	Conselho Distrital de Saúde
CIT -	Comissão Intergestores Tripartite
CLS -	Conselho Local de Saúde
CMAS -	Conselho Municipal de Assistência Social (Itajaí/SC)
CMII -	Conselho Municipal do Idoso de Itajaí
CMS -	Conselhos Municipais de Saúde
CMSA -	Conselho Municipal de Saúde de Anápolis
CMS/POA -	Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
CNS -	Conferência Nacional de Saúde
COAP -	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COMUSA -	Conselho Municipal de Saúde (Itajaí/SC)
COMUSAN -	Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (Itajaí/SC)
CONASS -	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS -	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CS -	Conselho de Saúde
DS -	Distritos Sanitários
DST -	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EP -	Educação Permanente
ESP/RS -	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
FEGAM -	Federação Gaúcha da Associação de Moradores
GCC -	Glória/Cruzeiro/Cristal
GDS -	Gerências Distritais de Saúde
IAPs -	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO -	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LENO -	Leste-Nordeste
LOA -	Lei Orçamentária Anual
MG -	Minas Gerais
MS -	Ministério da Saúde
MSP -	Movimento pela Saúde dos Povos
OP -	Orçamento Participativo
PAS -	Programação Anual de Saúde
PES -	Planejamento Estratégico Situacional
PGASS -	Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
PHM -	People's Health Movement
PICS -	Práticas Integrativas e Complementares
PLANEJASUS -	Sistema de Planejamento do SUS
PLP -	Partenon-Lomba-Partenon
PMS -	Plano Municipal de Saúde
PNPS -	Política Nacional de Participação Social
POA -	Porto Alegre
PPA -	Plano Plurianual
PPGCol/UFRGS -	Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
PS -	Plano de Saúde
RAG -	Relatório Anual de Gestão
RGP -	Regiões de Gestão e Planejamento
RG -	Relatórios de Gestão
SARGSUS/DATASUS -	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
SC -	Santa Catarina
SES -	Secretaria Estadual de Saúde
SETEC -	Secretaria Técnica
SIACS -	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SIDA/AIDS -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/ Acquired Immunodeficiency Syndrome
SIMPA -	Sindicato dos Municípios de Porto Alegre

SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SMS/POA - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERGS - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA - Unidades de Pronto Atendimento
URSS - República da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
US - Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3 REVISÃO DE LITERATURA	33
3.1 PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CRIAÇÃO DO SUS	33
3.2 FORTALECIMENTO DO SUS: CONTROLE SOCIAL VIA CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE.....	36
3.2.1 Participação social e controle social no setor saúde	37
3.2.2 Conselhos de saúde e conferências de saúde	40
3.3 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) DE PORTO ALEGRE	47
4 A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: GESTÃO E PLANEJAMENTO	51
4.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL	52
4.2 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS	56
5 MÉTODO	61
5.1 PRESSUPOSTO METODOLÓGICOS	61
5.2 CAMPO DE ESTUDO	61
5.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	61
5.4 COLETA DE DADOS.....	63
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	64
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	65
6 ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS	67
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS/AS CONSELHEIROS/AS DO CMS/POA.....	67
6.2 CONSTRUÇÃO COLETIVA DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE	88
6.2.1 Conhecimento dos/as Conselheiros/as sobre a Construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS	89
6.2.2 Conhecimento dos/as Conselheiros/as sobre os principais Instrumentos de Planejamento do SUS	96
6.2.3 Instrumentos de Planejamento do SUS: participação, impasses, limitações e estratégias dos/as Conselheiros/as para avançar nas negociações	101
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	145
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	

.....	147
ANEXO A - ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE	149

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa aborda os temas 'Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS)', 'Gestão em Saúde' e 'Conselho de Saúde (CS)' e tem por objetivo analisar o processo de construção coletiva envolvendo o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA)¹, e a Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA)² para a consolidação dos Instrumentos Planejamento do SUS - Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e os Relatórios de Gestão (RG). O estudo, visando aos objetivos propostos, buscou verificar o conhecimento dos/as conselheiros/as de saúde acerca de como se constroem os Instrumentos de Planejamento do SUS e de gestão em saúde, bem como analisar os enredos em torno dos possíveis impasses e dificuldades para se avançar nas negociações e averiguar que estratégias foram construídas para reduzir e/ou solucionar esses entraves.

É oportuno ressaltar que a Gestão da SMS/POA também faz parte do CMS/POA e tem sua representação assegurada como membro nato do segmento dos gestores da saúde (Secretário da Saúde), assim o Secretário Municipal da Saúde e/ou seu representante, por ele indicado, participa das discussões e negociações das questões de saúde no CMS/POA (PORTO ALEGRE, 2008).

O empenho em estudar este tema e desenvolver esta pesquisa para a Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCol/UFRGS) resulta, em parte, da minha participação como nutricionista, na Residência Integrada em Saúde na Atenção Básica em Saúde Coletiva, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) em 2012. Como parte da programação da Residência, competia ao residente participar de plenárias em Conselhos Locais de Saúde (CLS), Conselhos Distritais de Saúde (CDS) e do CMS/POA. Naquele período, participei de inúmeras plenárias em CLS como o no Conselho Distrital Partenon e do CMS/POA, essas atividades me instigaram a estudar ainda mais as temáticas que permeiam os CS.

Dentro dessa lógica, continuei no percurso da participação social após minha

¹ Salienta-se que esta sigla - CMS/POA - foi utilizada ao longo do estudo seguindo os mesmos moldes utilizados nas publicações oficiais do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

² Idem para a sigla SMS/POA.

inserção profissional como técnica de enfermagem, desde julho de 2012, em uma Unidade de Saúde (US) da SMS/POA, na qual, procurei desenvolver meu trabalho centrado no universo do/a usuário/a, na lógica da escuta qualificada e de uma visão voltada aos deveres e direitos do cidadão.

Foi o contato direto com os/as usuários/as que me proporcionou maior conhecimento das reais dificuldades que estes/as enfrentam pela busca de suas necessidades básicas, essencialmente, no que se refere às questões relacionadas à saúde. Diante dessas constatações, articulei encontros com os/as usuários/as desta US e com eles/as lutei para criar o CLS, objetivando que este Conselho desempenhasse funções de apoio, deliberando e contribuindo com a resolutividade de demandas daqueles/as e dos/as trabalhadores/as da respectiva US. Ficando sob minha responsabilidade a organização da construção, a chamada da comunidade para as reuniões e a organização do pleito eleitoral e, após a constituição do Conselho, continuei com a participação nas plenárias representando o segmento trabalhador até abril de 2018. Ainda, nesse mesmo período, participei das plenárias do CDS – Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) e do CMS/POA.

Durante o Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) várias aulas me oportunizaram discussões sobre CS, controle social, planejamento e gestão, assim como durante o estágio curricular realizado na Assessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) da SMS/POA. Naquela ocasião, como estagiária da ASSEPLA, junto aos técnicos da mesma e com os/as conselheiros/as do CMS/POA, colaborei na organização, no aprimoramento e na conclusão da PAS de 2016, bem como, participei das plenárias deste Conselho. Isso tudo acabou por ampliar minha vontade em aprofundar os conhecimentos sobre esses temas, o que ajudou no desenvolvimento do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Saúde Coletiva sobre a baixa participação de usuários/as do SUS nos CLS, em duas Gerências Distritais de Saúde (GDS) da SMS/POA (CECHINEL, 2016).

No que se refere ao TCC, este foi desenvolvido a partir de um recorte da pesquisa principal, intitulada ‘Usuários e Trabalhadores de Saúde Fortalecendo a Participação Social no SUS’, realizada por um grupo de pesquisadores/as do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP)/People's Health Movement (PHM)³, da

³ O MSP/(PHM) é uma rede internacional de pessoas e organizações que luta por uma causa em comum e atua para o alcance da “saúde para todos”, com o compromisso de promover a

UFRGS e da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS). O estudo foi desenvolvido em duas GDS de Porto Alegre (POA) com gestores/as, trabalhadores/as e usuários/as do SUS. É oportuno destacar, que participei do grupo de pesquisadores/as realizando parte das entrevistas, bem como em outras etapas da pesquisa. Para o meu TCC, foram selecionados os discursos dos/as usuários/as e, a partir delas, foram analisados os motivos relacionados à baixa participação dos/as usuários/as do SUS nos CLS.

Assim, foi a partir dessas considerações e da minha determinação em estudar e explorar como de fato ocorrem as negociações entre o Conselho e a Gestão em Saúde da SMS/POA em torno da consolidação dos Instrumentos de Planejamento que se fez oportuna uma investigação, a fim de melhor se compreender este processo.

A minha inserção no campo da pesquisa, 'CMS/POA', se deu no início do mês de outubro de 2017, quando solicitei permissão para participar de reuniões do Núcleo de Coordenação, sendo bem acolhida por todos. Após o aceite, consegui participar de um número satisfatório de reuniões, observando os vários assuntos discutidos, que serviram de subsídio para melhor conduzir as atividades com os/às conselheiros/as e, posteriormente, para fazer a análise de conteúdo. Durante os encontros observei diversos pontos interessantes, como as discussões em torno do processo eleitoral para a renovação do Núcleo de Coordenação do Conselho que, *a priori*, não seria pertinente para a pesquisa. Durante as investigações percebi que este foi o assunto mais pontuado pelos/as pesquisados/as e que causava muita preocupação aos/às mesmos/as.

Outro ponto que chamou a atenção foi que alguns componentes do Núcleo e a maior parte dos/as conselheiros/as se mostraram muito envolvidos com as eleições para o novo Núcleo de Coordenação do CMS/POA. Salienta-se que, por conta disso, muitas demandas do Conselho deixaram de ser pautadas, uma vez que, naquele momento, a prioridade eram os debates relacionados ao processo eleitoral. Todas essas observações e informações foram reunidas e utilizadas para a elaboração desta pesquisa.

De acordo com a Lei Complementar nº 277/92 (PORTO ALEGRE, 1992), que oficializou o CMS/POA, e com o Regimento Interno do CMS/POA, instituído em 2008

(PORTO ALEGRE, 2008), o CMS/POA tem que promover a troca de sua Coordenação de dois em dois anos. Portanto, a Coordenação correspondente à gestão 2016-2017 se encerrou oficialmente no dia 31 de dezembro de 2017, não havendo a renovação imediata do Núcleo. A troca só não ocorreu porque durante o processo eleitoral aconteceram vários impasses que impossibilitaram o cumprimento dos prazos para a eleição do novo Núcleo de Coordenação.

Isso ocorreu porque não foi possível formar uma chapa de consenso. Assim, formaram-se duas chapas: uma com componentes da então atual Coordenação; e outra com os/as que divergiam desta. A partir disso, instalou-se uma arena de discussões que acabou por gerar um cenário desagregador: de um lado um grupo de conselheiros/as que apoiavam a chapa opositora e, do outro, os que apoiavam a atual Coordenação. Ademais, enquanto tudo isso acontecia, a atual gestão parecia estar em uma zona de conforto, pois, a medida que o Conselho ia perdendo o foco de suas funções os gestores da SMS/POA se sentiam livres para a tomada de decisões sem muita intervenção e/ou participação daquele.

Este período foi considerado por muitos/as componentes do CMS/POA como um momento de muitos desgastes, no qual as discussões e divergências pareciam intermináveis. E, quando se imaginava que tudo estava resolvido, os debates sobre as eleições para a renovação do Núcleo retornavam com novas propostas e muitas discussões, o que se estendeu até o início do ano de 2018. Somente no dia 1º de março de 2018 é que ocorreu a posse dos/as eleitos/as para o Núcleo de Coordenação do CMS/POA. Posse ocorrida fora das dependências do Conselho por conta de um memorando expedido pela Gestão, o qual impedia o funcionamento do CMS/POA dentro das instalações do SMS, proibia a participação de servidores públicos em horário de expediente e/ou que estivesse representando a SMS nas reuniões convocadas pelo CMS/POA ou pelo seu Núcleo de Coordenação eleito. Ainda, coibiu o acesso aos e-mails e ao site do CMS/POA aos membros do Conselho e não legitimou o novo Núcleo eleito, vindo a ordenar a interdição do Conselho. Por essas determinações boa parte das atividades do Conselho não foi realizada.

Enfatiza-se que enquanto aconteciam os entraves em torno do processo eleitoral, eu enfrentava dificuldades para avançar com a pesquisa, haja vista que de um lado os/as conselheiros/as não estavam muito preocupados/as com outros assuntos frente às imposições da Gestão ao Conselho; e, de outro, o projeto da

pesquisa aguardava pela aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS/ POA desde novembro de 2017, quando foi aprovado pelo CEP/UFRGS e ficou tramitando no CEP/SMS até fevereiro de 2018. As entrevistas só iniciaram em meados de março de 2018, restando pouco tempo para executar as outras etapas (transcrições, preparação do material, discussão e análise dos resultados).

Diante do exposto, asseguro que foi possível vivenciar como se dão as relações de poder e como são constituídas, no cotidiano, as variáveis estratégicas (especialmente atores sociais, meios estratégicos e tempo) propostas por Carlos Matus (1996). Aliás, o tempo foi a variável estratégica desafiadora na construção desta pesquisa.

Por fim, apresenta-se a estrutura desta Dissertação que está dividida em sete seções, iniciando com esta breve introdução. Na sequência, apresenta-se a segunda seção com o objetivo geral e, os específicos. Na terceira e na quarta seção expõe-se a revisão de literatura, abordando temas como: participação popular na saúde e controle social via conselhos e conferências de saúde; e discorre-se sobre o CMS/POA, campo do presente estudo e sobre a SMS/POA, com ênfase na Gestão e Planejamento em Saúde; nos Instrumentos de Planejamento do SUS; no Planejamento Estratégico Situacional (PES) alicerçado no referencial teórico de Carlos Matus e Mario Testa. Na quinta seção, destaca-se a abordagem metodológica para a coleta de dados que foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Na seção seguinte, mostra-se a análise e a discussão dos resultados encontrados na pesquisa, expondo-se, em suas subseções, os dados primários referentes à caracterização dos/as participantes e as categorias temáticas que foram definidas a partir dos relatos dos/as participantes: 'Conhecimento dos/as Conselheiros/as sobre a Construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS'; 'Conhecimento dos/as Conselheiros/as sobre os Principais Instrumentos de Planejamento do SUS' e 'Instrumentos de Planejamento do SUS: participação, impasses, limitações e estratégias dos/as Conselheiros/as para avançar nas negociações'. E a última seção evidencia as considerações finais deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de construção coletiva envolvendo o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para a consolidação dos Instrumentos de Planejamento do SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- descrever a caracterização dos/as conselheiros/as e analisar que elementos relativos à caracterização implica, ou não, em suas atuações junto ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre;
- conhecer como ocorrem as discussões no processo de construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre;
- analisar como os atores sociais envolvidos participam do processo de negociações para a consolidação dos Instrumentos de Planejamento do SUS – PMS, PAS e RG (Relatório Anual e Quadrimestral) - e quais estratégias são construídas para se avançar nesse processo;
- verificar os impasses e acordos que ocorrem entre a Gestão e o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre no processo de consolidação dos Instrumentos de Planejamento do SUS;
- averiguar, na ótica dos/as conselheiros/as, os contextos positivos e negativos implicados no processo de construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS, no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre; e
- analisar a influência da formação/capacitação para conselheiro/a sobre as atribuições dos/as conselheiros/as quanto às ações de planejamento em saúde, no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Após a breve apresentação do objetivo geral e dos objetivos específicos, que auxiliaram responder os propósitos da pesquisa, passa-se a discorrer sobre o referencial teórico que aborda temas pertinentes à pesquisa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção permite entender, a partir dos conceitos teóricos, como se constitui e se fortalece a participação da sociedade nas questões de saúde e como é realizado o controle social por meio dos conselhos e conferências de saúde. Além disso, oportuniza conhecer o objeto de pesquisa, 'CMS/POA', dentro do contexto de suas estruturas e funcionamento, bem como de seus atores sociais envolvidos.

3.1 PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CRIAÇÃO DO SUS

A sociedade brasileira, desde os tempos do Brasil Colonial, vem mostrando sua força por meio dos movimentos sociais na luta contra a dominação, a exploração econômica e, mais recentemente, contra a exclusão social. A participação popular e o controle social, nas questões de saúde, têm crescido ao longo da história brasileira, e vêm conquistando espaços e garantias de melhorias na saúde da população (GOHN, 2000; MARTINS *et al.*, 2013). No período da ditadura militar no Brasil, o Governo promoveu a desarticulação da participação social e produziu o endurecimento político, procurando destruir todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista. No campo social e político, os direitos dos opositores do sistema foram cassados (GOHN, 2000; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em relação ao sistema público de saúde, nos tempos do regime militar, o país vivia uma crise de recursos e de enfraquecimento do Ministério da Saúde (MS), sendo a saúde vista sob duas perspectivas: a medicina previdenciária e a saúde pública. A primeira tinha ações direcionadas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se, prioritariamente, para as zonas urbanas, estando a cargo dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A segunda, sob o comando do MS, era direcionada às zonas rurais e aos mais pobres da população e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Com o propósito de modernizar a máquina do Estado, em 1966, o governo militar fundou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da unificação dos IAPs, subordinado ao Ministério do Trabalho. Conseqüentemente, a assistência médica, que era prestada pelo Estado, passaria a ser ofertada pela aquisição de serviços

privados, o que afetaria a saúde pública (SANTOS; MERHY, 2006).

Em termos globais, na década de 1970 se registrava uma decadência do ciclo de prosperidade econômica e social, a qual iniciou no pós-guerra. No Brasil, o campo político neste período era marcado por um momento de grandes repressões, mas, ao mesmo tempo, iniciavam-se os primeiros passos rumo à abertura democrática (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Neste contexto, o governo militar, mergulhado em uma profunda crise política e financeira, acabou colaborando com o crescimento dos movimentos sociais que lutavam por propostas voltadas às necessidades de uma parte da população que era excluída de qualquer proteção social (GOHN, 2000). A realidade social brasileira nessa época era de exclusão. A maior parte dos cidadãos do país não tinha direito à saúde, a assistência prestada pelo INPS era restrita aos trabalhadores (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em meados da década de 1970 e na década de 1980, no setor saúde, o grande marco foi a luta do 'Movimento da Reforma Sanitária'. Por um longo processo de construção os atores desse movimento se mobilizaram contra a ditadura militar, objetivando conquistar melhorias das condições de vida e de trabalho para a população. O Movimento da Reforma Sanitária ganhava força com fortes discussões em torno das questões da Atenção Primária em saúde, tema central da Conferência de Alma Ata – Conferência Internacional sobre os cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, no Cazaquistão, uma República da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), reunindo a maioria dos países (BRASIL, 2002).

O Movimento da Reforma mobilizou especialistas, estudantes, professores universitários, sindicalistas, movimentos de bairro, associações de moradores, políticos e entidades de profissionais de saúde que criticavam a organização do sistema de saúde vigente no país e passaram a defender mudanças na saúde (CÔRTEZ, 2009). Os/as participantes do movimento sanitário começam a ocupar posições estratégicas dentro e fora das instituições de governo com o objetivo de induzir e promover a reorganização do Estado, assim como a reforma do sistema de saúde. Na tentativa de realizar uma reforma na saúde, que foi sendo feita ao mesmo tempo em que se buscava a redemocratização do país, os reformistas tiveram que lidar com diferentes intenções políticas, econômicas e, sobretudo, ideológicas. Ainda, estes atores sociais, naquele momento, questionavam a concepção sobre a saúde: se esta deveria ser como uma mercadoria que poderia ser adquirida somente por alguns, ou deveria ser um direito de todos (PAIM, 2015).

Os movimentos sociais que emergiram no cenário político desde os anos 70, em defesa da redemocratização do país, por melhores condições de vida e melhores salários, contra o aumento do custo de vida e contra o desemprego, entre outros, impulsionados por um sentimento de conquista se mobilizaram em função da nova Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988). Mobilização esta que levou à legalização de várias reivindicações dos direitos do cidadão já aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986 (BRASIL, 1987; MARTINS et. al., 2013; GOHN, 2000). Os resultados, dos esforços e da luta dos militantes da reforma sanitária e da sociedade em geral por novas alternativas de um sistema de saúde diferente daquele, começaram a ser vislumbrados e efetivados a partir dessa Conferência, no seguimento pela CF de 1988 e incorporados nas diretrizes do SUS e suas Leis orgânicas regulamentadoras, Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b; 1990a; 1988; COSTA; VIEIRA, 2013; PAIM, 2015).

Após este breve histórico da participação popular na luta por um sistema de saúde melhor, mais justo e mais igualitário, evidencia-se os marcos que reconheceram essas conquistas e deram embasamento e legitimidade para a criação do SUS, como a 8ª CNS Saúde de 1986 e a CF de 1988. Esta CNS de 1986, tem sido considerada como uma grande referência dos novos tempos no processo de reforma do setor de saúde brasileiro, que contou com a participação de diferentes indivíduos e categorias sociais implicados na transformação dos serviços de saúde. Durante o evento foram discutidos temas relacionados à saúde, como: direito à cidadania; e reformulação nacional da saúde e do financiamento do setor, os quais foram incorporados aos princípios e às diretrizes do SUS (BRASIL, 1987; 1988; CORREIA; MAGALHÃES; LIRA E SILVA, 2015).

A nova CF de 1988 trouxe ao país o retorno do regime democrático e, além disso, com proposições e concepções de um estado de bem-estar social, a CF transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação do SUS (BRASIL, 1988; PAIM, 2015). O art. 196 da CF discorre sobre a saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Ainda, o art. 197 aponta as responsabilidades pelas obrigações de normatização e execução da saúde, conforme segue:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, p. 163).

Segundo Paim (2015), a proposta que fundamentou a criação do SUS foi vinculada a uma ideia central de que todas as pessoas têm direito à saúde, direito ligado à condição de cidadania independente da condição de poder pagar a previdência social, sem necessidade de provar estado de pobreza, poder aquisitivo, muito menos da caridade. A CF de 1988 instituiu o SUS e, a lei nº 8.080/90 no art. 4º, definiu o mesmo, como "[...] o conjunto de ações e serviços públicos de saúde prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (BRASIL, 1988; 1990b, p. 1; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

No sentido, de aprofundar a discussão da participação popular e do controle social, nas próximas subseções será abordado o fortalecimento do SUS por meio dos conselhos e das conferências de saúde e do CMS/POA, objeto deste estudo.

3.2 FORTALECIMENTO DO SUS: CONTROLE SOCIAL VIA CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

A governança do SUS, institucionalmente, é composta por instâncias e mecanismos oficiais de compartilhamento de poder entre os Estados e Municípios na elaboração das políticas e programas e no planejamento nacional, na alocação de recursos financeiros e na tomada das principais decisões que afetam os rumos da política de saúde no país. Para compor a gerência do SUS, reservam-se espaços à sociedade, que por meios dos conselhos e das conferências de saúde atua na política de saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2016a).

No início dos anos 1990, período de grande importância para a consolidação do SUS, sobretudo pelas discussões em torno do processo de municipalização⁴ e das diretrizes constitucionais da descentralização político-administrativa. Com o andamento da municipalização foi dado à esfera municipal o controle dos equipamentos, dos recursos humanos e financeiros necessários para gerir os

⁴ Municipalização - é o processo de descentralização no qual os municípios passam a assumir a gestão dos programas de saúde pública e de atenção básica à saúde, além de regular a rede hospitalar instalada no município (ARRETCHE; MARQUES, 2002).

serviços de saúde, tanto próprios como os contratados, que anteriormente estavam sob o controle das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), do MS e da Previdência Social (ARRETCHE, 2002; BRASIL, 2006d; PASCHE *et al*, 2006).

Em 2005, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁵ realizou discussões referentes à organização de um novo acordo político envolvendo as três esferas de governo, propondo o pacto em defesa do SUS, da vida e de gestão. O novo processo de pactuação tinha como propósito ampliar a autonomia decisória da esfera municipal, e, para isso, foi necessário o apoio técnico e financeiro das secretarias estaduais de saúde e do MS. Como grandes apoiadores da municipalização, os conselhos municipais de saúde passaram a ser elementos-chave no contexto da descentralização da saúde (BRASIL, 2006d; 2018; PASCHE *et al*, 2006; CORTÊS 1998).

3.2.1 Participação social e controle social no setor saúde

De acordo com os dados históricos mencionados na seção 3.2, no Brasil, a participação social e o controle social, no setor saúde, têm sua origem antes das mobilizações populares em função da CF de 1988 e da criação do SUS. A formação de um espaço de participação popular se deu desde o início do século passado, com a representação de diversos atores sociais no CNS (MARTINS *et al*, 2013). A trajetória do SUS tem mostrado considerável expansão do acesso às ações e aos serviços de saúde e de inclusão social, portanto, a área da saúde é considerada como modelo no que se refere à constituição de políticas públicas universais no país (CÔRTEZ, 2009).

A participação social e o controle social são dois assuntos que têm sido estudados por muitos pesquisadores em virtude das suas complexidades e amplitude conceitual, muitas vezes, utilizados de maneiras distintas e contraditórias. Quando se quer referir à ação de participação dos indivíduos, costuma-se denominar com as seguintes expressões: participação social, participação cidadã, participação popular, participação da sociedade, controle social ou participação da comunidade,

⁵ A CIT constitui-se de foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, fortalece a governança nesses espaços e prioriza a responsabilização dos entes, de modo que a tomada de decisão na gestão tenha transparência, buscando o acesso integral à assistência à Saúde.

sendo esta adotada pela CF de 1988 (BRASIL, 1988). O conceito empregado varia conforme o contexto do momento e das relações vigentes entre o Estado e a sociedade (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Todavia, dentro da área da saúde, as expressões mais presentes são 'participação popular' e 'controle social'. Assim sendo, considera-se oportuno fazer a distinção conceitual entre elas, mesmo que ambas sejam partes integrantes do conceito de 'participação da comunidade na saúde', termo contido na CF de 1988 (BRASIL, 1988). Segundo Arouca (1981, p. 14), em entrevista concedida à Revista Saúde em Debate (CEBES, 1981), a 'participação popular' é entendida como uma prática social:

[...] que supõe a participação das classes sociais, principalmente a dos trabalhadores do campo e da cidade, em todos os níveis de organização da sociedade, [...] nos diferentes níveis de organização do Estado e nas diferentes áreas de atuação como: saúde, educação, previdência social e nas próprias áreas de produção.

Outro ponto de vista sobre a participação popular é trazido por Oliveira e Almeida (2009). Os autores enfatizam que a participação popular tem como objetivo tornar mais direto e mais cotidiano o contato entre os cidadãos e as diversas instituições do Estado, da mesma forma que requer que as instituições governamentais levem mais em conta as necessidades e as opiniões das pessoas antes de tomar decisões ou de executá-las. Nesta mesma lógica, com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e de atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil, o Governo Federal, por meio do Decreto nº 8.243, de maio de 2014, instituiu a Política Nacional de Participação Social (PNPS) (BRASIL, 2014). O decreto lista nove tipos de instâncias de participação social a serem utilizadas, tais como: conselhos de políticas públicas; comissão de políticas públicas; conferência nacional; ouvidoria pública federal; mesa de diálogo; fórum Interconselhos; audiência pública; consulta pública; e ambiente virtual de participação social (BRASIL, 2014).

A PNPS, na prática, organiza as instâncias de participação social, já existentes em nível nacional, estabelecendo diretrizes para seu funcionamento e estimulando os órgãos e entidades da administração pública federal (BRASIL, 2014; DOMINGUEZ, 2014; SUNDERMANN *et al*, 2016). O texto desse Decreto - assinado pelo Governo - causou bastante controvérsia no meio político e na imprensa.

Enquanto algumas manifestações, sobretudo por parte de membros da classe política, buscavam associar o Decreto a uma perspectiva ditatorial, outras procuravam mostrar que ele tem sua base em uma proposta de consolidação democrática (SUNDERMANN *et al*, 2016).

No que diz respeito ao ‘controle social’ com participação da comunidade na gestão do SUS, oficializada pela Lei nº. 8142/90, após a criação do SUS, passou a ser exercido via conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990a), estendendo a todas as instâncias – conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e, nacional). No Brasil, utiliza-se a expressão ‘controle social’ para se referir à participação da comunidade no controle e na fiscalização das ações e dos serviços de saúde, inclusive, nos aspectos financeiros. É igualmente utilizada como uma estratégia para democratizar o poder, o espaço, o canal de manifestação da participação social institucionalizada pelo Estado (CÔRTEZ, 2009; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009). Nesta mesma direção, dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2009, p. 10) demonstram que:

[...] controle social’ indica o conjunto de ações de vigilância sobre o exercício dos direitos de cidadania, referindo-se às diferentes esferas que podem interferir sobre os mesmos: estado, organizações da sociedade civil, instituições da esfera privada e relações interpessoais.

Segundo Menezes (2010), a participação e o controle social expressam a ideia de a sociedade controlar o Estado, ou seja, a proposta é transformar o caráter autoritário deste, superando o seu modo excludente de operar socialmente por meio da presença e da organização de segmentos importantes na democratização desse espaço. De acordo com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) é relevante considerar o termo controle social como um termo reducionista, mesmo que ainda seja o mais utilizado:

Uma vez que este não traduz a amplitude do direito assegurado pela Constituição Federal, que permite não só o controle e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos. Também se manifesta através da proposição, onde cidadãos participam da formulação de políticas, intervindo em decisões, orientando a Administração Pública quanto às melhores medidas a serem adotadas que atendam interesses públicos legítimos. E através da ação, ou seja, cada um de nós, seres humanos, cidadãos e políticos, têm um papel na sociedade que desempenhamos através da execução de nossas funções (CONASEMS, 2009, p. 6).

Com o objetivo de consolidar, fortalecer e intensificar os espaços de participação popular e de controle social do SUS, em 2003 o MS aprovou a Resolução nº 333, em 4 de novembro de 2003, com diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde (BRASIL, 2003). No Parágrafo Único diz que: “Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas Conferências de Saúde” (BRASIL, 2003, p. 4). Todavia, o controle social na saúde apresenta um enfoque mais profundo e abrangente, não se traduz somente pelo controle, antes pelo ato democrático de gerenciar práticas políticas de controle do planejamento, de programas e serviços de saúde e pelas suas ações e proposições para a saúde da população (CONASEMS, 2009; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

3.2.2 Conselhos de saúde e conferências de saúde

No que diz respeito aos conselhos de saúde, estes são espaços oficializados por lei, presentes em cada esfera de governo, voltados para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, incluindo as questões relativas aos aspectos econômicos e financeiros (MOREIRA; ESCOREL, 2009). Além do CNS, dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e Conselhos Municipais de Saúde (CMS) exigidos pela legislação, há CS nas diversas instâncias, (regionais, distritais e locais). Os CS estão organizados na forma de um órgão colegiado, de natureza permanente e deliberativa no âmbito da estrutura organizacional do Poder Executivo; sua composição é formada por representantes do governo, prestadores/as de serviços, profissionais de saúde e usuários/as, os quais se reúnem no mínimo uma vez por mês e, se necessário, convocam plenária adicional (BRASIL, 2003; 2017a).

Referente à criação do CNS no Brasil, segundo Costa e Vieira (2013), foi instituído pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, no momento em que houve a reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública. A composição era formada e indicada pelo Ministro de Estado, com atribuições restritas às questões internas do Ministério (BRASIL, 1937). Em 1954, o CNS foi regulamentado pelo Decreto nº 34.347 para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde, formado por 17 membros,

sendo oito escolhidos pelo domínio dos assuntos relativos à Saúde; e seis indicados pelo Ministro de Estado. Além desses, eram membros natos do CNS, o Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde e o Diretor-Geral do Departamento Nacional da Criança. O CNS era presidido pelo Ministro de Estado (BRASIL, 1954). E, em 1959, o Decreto nº 45.913 alterou o número de conselheiros/as, aumentando o número de seus componentes para 24 (BRASIL, 1959). Em 1962, o Decreto nº 847 reafirmou a finalidade do CNS de assistir ao Ministro de Estado da Saúde e o número de seus integrantes passou para 26, sendo o Ministro da Saúde o presidente (BRASIL, 1962).

Alguns anos mais tarde, a atuação do CNS foi ampliada pelo Decreto nº 67.300, publicado em 30 de setembro de 1970. Nessa fase, caberia ao Conselho examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como opinar sobre matéria que tenha sido submetida à sua apreciação pelo Ministro de Estado (BRASIL, 2017a). Em 14 de janeiro de 1987, foi publicado o Decreto nº 93.933, com nova disposição, organização e atribuições do CNS, com funções normativas e de assessorar o Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, 2017a). O Decreto nº 99.438, de 7 de julho de 1990, regulamentou as novas atribuições do CNS e definiu as entidades e os órgãos de composição do novo plenário (30 membros), distribuídos paritariamente entre os representantes dos/as usuários/as (50%) frente aos demais representantes (50%) dos/as trabalhadores/as, dos/as gestores/as (governo) e dos/as prestadores/as de serviço de saúde. A nova composição do CNS neste período foi fruto de uma longa negociação dos movimentos sociais com o MS (BRASIL, 2017a).

A Lei nº 8.080/90, assim como a Lei nº 8.142/90 são reconhecidas como as Leis Orgânicas da Saúde e regulamentadoras do SUS (BRASIL, 1990b; 1990a). A primeira aponta a forma de organização e de funcionamento do SUS, a partir da universalidade, equidade e integralidade e a segunda enfatiza a democratização dos processos decisórios, por meio da participação dos/as usuários/as de saúde nos conselhos e conferências de saúde (CORREIA; MAGALHÃES; LIRA E SILVA, 2015). A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a), que institui a oficialização dos CS, determina que, cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, contará com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o CS, ainda, no § 2º deste artigo:

Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990a, p. 1).

A partir daí, apesar de os conselhos de saúde enfrentar grandes desafios, desde a década de 1990, em relação a sua construção e consolidação, novas perspectivas no controle social passaram a ser desenhadas nas diversas instâncias. Em dezembro de 1992, objetivando o aceleração da formação dos conselhos e o fortalecimento do controle social no SUS, o CNS aprova a Resolução nº 33/1992, dispondo as “[...] recomendações para a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde” no país, propondo as seguintes diretrizes: Definição dos Conselhos de Saúde; Composição dos Conselhos de Saúde; Estrutura dos Conselhos de Saúde; e Competências dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1992, p.1).

O CNS, após experiências acumuladas do controle social na saúde e de solicitações dos conselhos estaduais e municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos respectivos conselhos e à ampliação do controle social do SUS, em 2003 aprovou a Resolução nº 333, contendo as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos CS, e ainda aponta que:

O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos CS da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social (BRASIL, 2003, p. 1).

No ano de 2006, uma nova estrutura entrou em vigor, a partir da publicação do Decreto Presidencial nº 5.839, de 11 de julho de 2006 (BRASIL, 2006f), que dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do CNS e dá outras providências. Portanto, desse período em diante o CNS passa a escolher seus membros por meio de processo eleitoral e, pela primeira vez na história, elege seu Presidente, cargo até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. O CNS

passou a compor sua estrutura com 48 componentes titulares representados por usuários/as, profissionais de saúde, gestores/as e prestadores/as de serviços de saúde (BRASIL, 2006f; 2017a).

Em maio de 2012 o CNS aprovou a Resolução nº 453, ainda vigente. Essa resolução é fruto da dedicação de um grupo de trabalho que se empenhou na proposição e na construção de uma nova versão de texto, com atualizações necessárias para se adequar às mudanças do controle social no país, versão que veio substituir a Resolução nº 333, de 2003. O novo texto discorre sobre as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde (BRASIL, 2012c). A nova Resolução traz algumas alterações como a organização dos conselhos de saúde. Na Terceira Diretriz, no inciso V, recomenda que, “[...] a cada eleição, os segmentos de representações de usuários/as, trabalhadores/as e prestadores/as de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas” (BRASIL, 2012c, p. 1) e o inciso XI sugere que: “[...] o conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente” (BRASIL, 2012c, p. 1)

No tocante à estrutura e ao funcionamento dos CS, a Quarta Diretriz, inciso III cita que, “[...] o CS decide sobre o seu orçamento” (BRASIL, 2012c, p. 1), assim não será mais apenas o gerenciador de suas verbas, e no inciso V diz que “[...] as reuniões plenárias dos CS são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade” (BRASIL, 2012c, p. 1). ainda, nesta mesma Diretriz, no inciso VIII, mostra o número de votos necessários para a tomada de decisão do CS, que “[...] serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes” (BRASIL, 2012c, p. 1).

Na Quinta Diretriz, inciso XVIII, diz que compete ao conselho, “[...] examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do conselho, nas suas respectivas instâncias” (BRASIL, 2012c, p. 1). Além disso, esta Resolução trouxe adequação das competências dos conselhos, apontando que compete aos próprios conselhos de saúde de seu respectivo município atualizar suas informações no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) (BRASIL, 2012c p 1; 2017b, p 1).

Nos últimos anos, tem-se observado a inserção de novos sujeitos sociais na

construção da esfera pública, isso, significa uma inovação na gestão e maior efetividade do controle social na saúde. Além do mais, os progressos alcançados com a institucionalização dos conselhos de saúde são notáveis e relevantes para o controle social na saúde (MENEZES, 2010). Atualmente, nos conselhos de saúde, de todas as instâncias se reúnem milhares de usuários/as, profissionais de saúde, prestadores/as de serviços e gestores/as para realização de debates e definições de políticas de saúde em suas localidades. A democratização das relações da sociedade e o Estado colocam a saúde como pioneira na luta pela consolidação dos direitos sociais (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

As conferências de saúde, nas três instâncias de governo, são realizadas de quatro em quatro anos ou em período menor, se necessário. Possuem como objetivo realizar avaliações sobre a situação de saúde da população e definir diretrizes que orientarão a formulação das políticas e programas de saúde para a respectiva esfera de governo. As conferências de saúde são convocadas, preferencialmente, pelo Poder Executivo ou, em caráter extraordinário, pelo CS da respectiva esfera de governo, as conferências municipais precedem as estaduais e, estas, a Nacional. Suas composições contam com os diversos segmentos sociais do Setor de Saúde (FIOCRUZ, 2017).

As CNS demarcam um notável momento de avaliação da situação da saúde no país e de formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população. Desde 1941, já se debatiam assuntos relacionados a mudanças na saúde, período em que ocorreu a 1ª CNS. No entanto, quando se fala em conferência, logo vem à mente a 8ª CNS de 1986, considerada um grande marco que contribuiu muito para a composição das diretrizes e dos objetivos do SUS (BRASIL, 1987; COSTA; VIEIRA, 2013).

No Quadro 1, cronologicamente, apresenta-se as conferências nacionais de saúde e seus respectivos temas, que nortearam seus debates. Essas orientaram e ainda orientam as prioridades das questões de saúde para a construção de propostas de políticas públicas.

Quadro 1 - Linha do tempo: Conferências Nacionais de Saúde

1ª CNS (1941)	Temas: Organização sanitária estadual e municipal; Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2ª CNS (1950)	Tema: Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho.
3ª CNS (1963)	Temas: 1. Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico sanitário nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.
4ª CNS (1967)	Tema: Recursos humanos para as atividades em saúde.
5ª CNS (1975)	Temas: 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-infantil; 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª CNS (1977)	Temas: 1. Situação atual do controle das grandes endemias; 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; 3. Interiorização dos serviços de saúde; e 4. Política Nacional de Saúde.
7ª CNS (1980)	Tema: Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos.
8ª CNS (1986)	Temas: 1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3. Financiamento setorial.
9ª CNS (1992)	Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos: 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantação do SUS; 3. Controle social; 4. Outras deliberações e recomendações.
10ª CNS (1996)	Temas: 1. Saúde, cidadania e políticas públicas; 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; 3. Controle social na saúde; 4. Financiamento da saúde; 5. Recursos humanos para a saúde; e 6. Atenção integral à saúde.
11ª CNS (2000)	Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização com controle social: 1. Controle social; 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.
12ª CNS (2003)	Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos: 1. Direito à saúde; 2. A Seguridade Social e a saúde; 3. A intersetorialidade das ações de saúde; 4. As três esferas de governo e a construção do SUS; 5. A organização da atenção à saúde; 6. Controle social e gestão participativa; 7. O trabalho na saúde; 8. Ciência e tecnologia e a saúde; 9. O financiamento da saúde; 10. Comunicação e informação em saúde.
13ª CNS (2007)	Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento. Eixos temáticos: 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; 3. A participação da sociedade no direito humano à saúde.
14ª CNS (2011)	Tema: Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro.
15ª CNS (2015)	Tema: Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade; Participação e controle social; Valorização do trabalho e da educação em saúde; Financiamento do SUS e relacionamento público-privado; Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde; Informação, educação e política de comunicação do SUS, Ciência, tecnologia e inovação no SUS e Reformas democráticas e populares do Estado.

Fonte: elaborado pela autora, adaptado de Brasil e FIOCRUZ (2017).

O Quadro 1 expõe os principais temas discutidos em cada conferência de saúde, sendo que, a primeira foi realizada em 1941 e a última em 2015.

Ao averiguar as temáticas de cada uma das conferências, observa-se um crescimento em relação ao modo de conceituar a saúde e de cuidados com a saúde da população. Saúde, entendida de forma mais abrangente, possui um conceito ampliado que leva em consideração a complexidade do indivíduo e o contexto em que ele vive. Isto pode ser observado ao se comparar as temáticas da 1ª CNS em relação à 15ª CNS, a primeira traz uma preocupação com a saúde de ordem sanitária, higienista, recomendando o fortalecimento das campanhas voltadas às doenças contagiosas e ao saneamento básico. Já a 15ª CNS traz uma preocupação maior com o direito, a qualidade e o acesso à saúde, o trabalho e a educação em saúde, a modernização da saúde via tecnologias e participação e o controle social.

É importante observar que a partir da 9ª CNS, praticamente todas elas trazem a temática participação popular e controle social, isto mostra o fortalecimento da participação do cidadão nas questões de saúde (FIOCRUZ, 2017). Mas o grande destaque é dado à 8ª CNS de 1986, considerada uma referência histórica da saúde no Brasil, forneceu as bases para elaboração do capítulo sobre saúde na CF de 1988 e criação do SUS (BRASIL, 1987). Contou com a participação de aproximadamente 5.000 pessoas, entre diversos atores sociais (técnicos do setor de saúde, professores e estudantes de universidades, gestores e representantes da sociedade em geral), todos organizados em função da construção de propostas de um modelo de saúde voltado para a proteção social, com a garantia de direito à saúde integral, de qualidade e gratuita. Esta Conferência foi reconhecida como a Conferência de 'participação de todos', 'participação de todos os segmentos' em 'todos os âmbitos do sistema' (BRASIL, 1987).

De acordo com o relatório final da 8ª CNS, enfatiza-se três temas marcantes como: a modificações no setor saúde, exigindo uma reforma mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e revendo a legislação sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde; a criação de um novo Sistema Nacional de Saúde; e a separação da Saúde da Previdência Social, ficando a cargo da Previdência as ações próprias de 'seguro social' e de Saúde, sendo entregue a um único órgão a nível federal (BRASIL, 1987; FIOCRUZ, 2017).

3.3 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) DE PORTO ALEGRE

Antes de dissertar sobre o CMS/POA é oportuno apresentar algumas das principais atribuições dos conselhos municipais de saúde. Os CMS têm função de propor e acompanhar as ações relativas à saúde do seu respectivo município, além de controlar e fiscalizar o bom uso dos recursos, democratizando as decisões. De acordo com a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012c) e com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012d), cabe ao CS, em cada ente da Federação, em conjunto com outros órgãos auxiliar na fiscalização: da Gestão da Saúde e do cumprimento das normas desta Lei, com ênfase à elaboração e à execução do plano de saúde plurianual; do cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LOA); da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observando as regras previstas nesta Lei Complementar; das transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; da aplicação dos recursos vinculados ao SUS e da destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde. Ainda, os CMS são responsáveis pela discussão e aprovação do PMS, da PAS, do Relatório Anual de Gestão (RAG), das prestações de contas, bem como, debater e apreciar diretrizes para as políticas, programas e ações que serão executadas no município (BRASIL, 2012c; 2012d).

Em relação ao CMS/POA, ele foi oficializado por meio da Lei Complementar nº 277, de 20 de maio de 1992 (PORTO ALEGRE, 1992), atua no 'Controle Social' do SUS há 25 anos no município de POA, desenvolve suas funções na formação e no controle de estratégias de políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Em caráter permanente e deliberativo, o CMS/POA atua no planejamento, na fiscalização e na avaliação do SUS, luta por uma saúde pública com equidade, universalidade, integralidade, de forma igualitária como determina os princípios do SUS (PORTO ALEGRE, 2017e). No seu Regimento Interno, estabelecido em 2008, o art. 2º dispõe sobre as suas finalidades e competências, que tem como objetivo a melhoria da saúde da população. Tem sua composição (paritária), sua organização e competências segue as diretrizes da Resolução nº 333/03 do CNS, bem como a Lei Federal nº 8.142/90 e a Lei Complementar nº 277/92 do município de POA (BRASIL, 2003; 1990a; PORTO ALEGRE, 1992; 2008).

A estrutura do CMS/POA é composta pelo Plenário com 86 assentos (para titulares e/ou suplentes), Núcleo de Coordenação, Secretaria Técnica (SETEC), Secretaria-Executiva, Comissões Executivas e Temáticas, Conselhos Distritais e Locais de Saúde. A Secretaria-Executiva está subordinada ao Núcleo de Coordenação, e sua função é coordenar e executar as deliberações do Núcleo de Coordenação e do Plenário. A SETEC tem por finalidade subsidiar e qualificar as deliberações do Plenário, além de ter função assessora. As Comissões Executivas contam com as Comissões de: Comunicação e Informação, Educação Permanente e de Fiscalização. Contudo, as Comissões Temáticas contam com a Comissão das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), Doenças sexualmente transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida / *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (SIDA/AIDS), Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde da População Negra e Saúde do Trabalhador. Quanto aos CDS e CLS são instâncias descentralizadas e regionalizadas do CMS/POA, ambos exercem funções similares às do CMS na sua área de domínio, como a função deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação (PORTO ALEGRE, 2017f; 2017g).

A área de abrangência de cada um dos CDS corresponde ao espaço geográfico do Distrito de Saúde. O CLS é a instância máxima deliberativa e de participação da comunidade na área adstrita de cada unidade de saúde, atua no planejamento, na cogestão e na fiscalização, exercendo atuação descentralizada e regionalizada dos CDS e do CMS/POA (PORTO ALEGRE, 2017c; 2017d). Em relação à composição do Núcleo de Coordenação do CMS/POA, ele é integrado por oito membros representantes de Entidades ou CDS que compõem o Plenário do CMS/POA. Os cargos são de Coordenador/a, Vice Coordenador/a e seis Coordenadores/as adjuntos/as eleitos/as em reunião de Plenário para um mandato de dois anos. A composição respeita a paridade, quatro integrantes são do segmento usuários/as, dois dos/as trabalhadores/as, um dos/as prestadores/as de serviços e um é representante do governo (PORTO ALEGRE, 2017f).

No que se refere à representatividade, cada conselheiro/a, apesar de defender as causas de toda a sociedade, cabe atuar como interlocutor de um só segmento, devendo atender aos critérios de representatividade, de abrangência e de complementaridade do conjunto de forças sociais contempladas pelo CS (PORTO ALEGRE, 1992; 2008). Assim, um/a conselheiro/a de saúde pode representar apenas um segmento: Usuários/as – representantes de entidades e movimentos

sociais de usuários/as do SUS; Profissionais de saúde – representantes de entidades de profissionais de saúde, nestes inclui-se a comunidade científica; Prestadores de serviço – representantes de entidades de prestadores de serviços de saúde e de entidades nacionais empresariais com atividades na área da saúde; Governo – Gestor e/ou profissionais que atuam junto a ele e que pelo mesmo são indicados (BRASIL, 2013b).

Em proposição ao referencial teórico para este estudo, após a breve apresentação, realizada nesta seção, referente à construção do controle social em POA, passa-se à discussão da gestão e do planejamento na SMS/POA.

4 A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: GESTÃO E PLANEJAMENTO

O município de POA conta com uma população de 1.409.351 habitantes (IBGE, 2010), com ritmo lento de crescimento, segundo estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2018), a população atingiu 1.479.101 de habitantes. De acordo com o PMS de 2018-2021, o território da cidade está dividido em oito Regiões de Gestão e Planejamento (RGPs) e sua população está distribuída em 17 Distritos Sanitários (DS), os quais correspondem quase que integralmente às áreas das 17 regiões do Orçamento Participativo (OP)⁶. Os DS têm limites geográficos e a população definida com vistas ao estabelecimento dos serviços a serem ofertados (PORTO ALEGRE, 2017a; 2018a; 2018b).

A gestão em saúde no Brasil, com a incorporação do SUS no país, tem acompanhado as orientações legais e de reorientação das políticas de saúde até então vigentes. Em POA, a qualificação da gestão do SUS apresenta desafios anteriores a sua constituição, entre os quais se destaca a não formalização de elementos básicos norteadores da ação gestora. POA, no decorrer do processo da municipalização, até 2010 enfrentava algumas fragilidades no planejamento do SUS, período de elaboração do PMS de 2010-2013, o qual contou com uma construção compartilhada entre todas as coordenações dos serviços de saúde (PORTO ALEGRE, 2013).

Desde agosto de 2010, as equipes dos setores da gestão centralizada atuaram para organizar suas ações de maneira articulada com os demais atores envolvidos. Importantes documentos como RG (anual e quadrimestral), Programações Anuais e Planos Estratégicos específicos, nos últimos anos, vêm sendo elaborados e acompanhados, em especial, por meio de fóruns colegiados para construção, validação e acompanhamento. Essa forma de agir em saúde aponta, para uma 'gestão em redes', compreendendo-se que a transversalidade dos

⁶ O Orçamento Participativo é um processo dinâmico que se adéqua periodicamente às necessidades locais, buscando sempre um formato facilitador, ampliador e aprimorador do debate entre o Governo Municipal e a população. Em Porto Alegre, o OP, desde 1989, consiste em um processo dinâmico de decisão da população sobre as prioridades de investimento da Prefeitura Municipal. É um instrumento político que assegura a participação direta da população na definição das prioridades do orçamento público, surgindo como resposta aos limites da democracia representativa, modernizando a relação entre Estado e a sociedade por meio de um novo modelo de gestão democrática (PORTO ALEGRE, 2018a).

planos de trabalho da saúde é o que potencializará a capacidade gestora para as mudanças necessárias com vistas à qualificação da rede de serviços públicos e do SUS como um todo. Com esse enfoque, os Fundamentos Estratégicos da SMS/POA são imprescindíveis ao alinhamento estratégico almejado pela gestão municipal, sendo estes os principais: foco de atuação no bem-estar em saúde; e a Missão, que objetiva promover o bem-estar em saúde de acordo com as diretrizes do SUS, por meio de gestão única garantindo aos cidadãos o acesso universal, equânime e o cuidado integral, junto com o controle social, respeitando as pactuações Interfederativas (PORTO ALEGRE, 2013).

Atualmente a SMS/POA gerencia 148 US da Atenção Primária e 97 Serviços Especializados (Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Centro Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros) (PORTO ALEGRE, 2018b).

4.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Planejamento é um termo utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na privada. É uma atividade que orienta possibilidades, arranjos institucionais e políticos. Planejar é um processo, enquanto o plano é o registro momentâneo do processo e o planejador é seu facilitador (BRASIL, 2017d).

Neste contexto, Testa (1995) propõe um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento, considerando o setor saúde inseparável da totalidade social. A análise crítica do planejamento em saúde e a reflexão sobre a realidade política latino-americana, desenvolvida por Mário Testa, oferecem elementos não só conceituais, mas também metodológicos, a exemplo do 'postulado da coerência'⁷, que podem ser utilizados como ponto de partida para a definição de modelos de análise de processos políticos específicos, como é o caso da formulação de planos e programas de saúde (TESTA, 1992; TEIXEIRA, 2010).

⁷ Postulado da coerência: diagrama que representa as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, consubstanciadas em um determinado "projeto" que explicita os propósitos de um dado Governo, os métodos utilizados para concretizar estes propósitos e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais (TESTA, 1992).

Já na concepção situacional do planejamento, apontada por Matus (1993), traz o reconhecimento da existência de múltiplos atores, na lógica de uma visão policêntrica, que supõe a combinação de ações estratégicas entre os atores em busca de consensos (TEIXEIRA, 2010). O autor afirma que uma das variáveis mais interessantes na determinação da capacidade de uma equipe de governo é o domínio de técnicas potentes de planificação e que a capacidade de governo se expressa na capacidade de direção, gerência, administração e controle. Nessa perspectiva, o autor desenvolve uma proposta conceitual e metodológica intitulada PES, aplicável em casos onde existam governos democráticos e que os diversos atores sociais podem exercer um poder compartilhado (MATUS, 1993; AZEVEDO, 1992; TEIXEIRA, 2010).

O PES é formado por quatro momentos: o momento explicativo, o normativo prescritivo, o estratégico e o tático operacional (HUERTAS, 1996; ROESE, 2012). Pode-se considerar que a execução do planejamento em saúde está seguindo os momentos de Matus que são: explicativo, normativo e estratégico e que estão contemplados no PMS e, o tático operacional na PAS. O RAG e demais relatórios auxiliam no monitoramento e avaliação dos momentos que vão sendo revistos, repensados e replanejados. Para Matus (1996), o PES trabalha a partir da análise situacional em que situação é explicada por alguém e, que esta é dada através de sua identificação baseada numa realidade. Realidade que pode ser expressa por situações distintas, visto que os atores do jogo participam dele com diferentes intuítos (ROESE, 2012).

Nessa perspectiva, pode-se avançar na análise das variáveis estratégicas propostas por Matus (1996), inseridas nesse jogo social. A primeira são os atores sociais, entendidos por Matus como sujeitos ativos, que auxiliam na promoção da mudança, que trazem ou criam novas ideias. Esse ator vê a realidade a partir de seu ponto de vista (seus óculos) e suas acumulações, gera conflito e luta pelo poder, governando no âmbito de seus domínios. No jogo social, na realidade, existem aliados e adversários (MATUS, 1996). A situação apontada nas disputas que estiveram presentes no pleito do CMS/POA demonstra essa realidade em jogo.

A segunda variável estratégica são as operações que articulam as estratégias, os movimentos e o posicionamento do ator do jogo social. A terceira são os meios estratégicos utilizados pelos atores no jogo social (Quadro 2). Por fim, a variável

tempo que é considerado um recurso escasso e que o estrategista não pode tomar o tempo do outro, especialmente se busca vantagens frente ao adversário.

Quadro 2 - Meios Estratégicos para uso no jogo social

ESTRATÉGIA	SITUAÇÃO	MEIO
IMPOSIÇÃO	Autoridade hierarquia	Diretrizes
PERSUASÃO	Diferentes focos de atenção; indiferença	Motivação, sedução
NEGOCIAÇÃO COOPERATIVA	Interesses diferentes e objetivos comuns	Negociação - soma positiva
NEGOCIAÇÃO CONFLITIVA	Interesses opostos	Negociação - soma zero
NEGOCIAÇÃO MISTA	Interesses diferentes combinados com interesses opostos	Negociação - mista
RECOMPENSA E INTERCÂMBIO	Interesses conciliáveis	Prêmio, compra, venda
MEDIAÇÃO	Interesses opostas sem ânimo de confronto	Mediação e arbitragem
JULGAMENTO	Interesses opostos submetidos a regras jurídicas	Defesa e acusação em tribunais
COAÇÃO	Interesses opostos com ânimo de imposição	Ameaça de fazer pagar um custo
CONFRONTO	Interesses irreconciliáveis	Medição política de forças
DISSUASÃO	Interesses irreconciliáveis	Exibição de forças
GUERRA	Interesses irreconciliáveis com vontade de violência	Medição bélica de forças

Fonte: Matus (1996, p. 222).

A análise situacional auxilia na análise dos cenários e, neste estudo, auxilia as análises das relações presentes no CMS. O planejamento no SUS tem uma função gestora, que além de requisito legal é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico, que se apresenta em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho (BRASIL, 2016a). Na Lei nº 8.080, capítulo do Orçamento e Planejamento, o art. 36 determina que o processo de planejamento e orçamento do SUS “[...] será ascendente, do nível local até o federal, compatibilizando-se com as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990b, p. 1).

O empenho contínuo dos gestores do SUS na execução do planejamento, monitoramento e da avaliação das ações e serviços em saúde tem contribuído para o avanço do sistema, desde sua criação. Consequentemente, exige-se dos gestores

um novo posicionamento no modo de exercer o planejamento, que possa explorar toda a sua potencialidade, colaborando de maneira plena e efetiva para a consolidação do sistema de planejamento do SUS (PLANEJASUS) (BRASIL, 2009a).

O MS, tomando como base o arcabouço legal já existente, regulador do processo de planejamento e orçamento do SUS e a necessidade de revisá-lo, criou o PlanejaSUS (BRASIL 2009b), por meio da Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, contendo orientações gerais aos instrumentos do PlanejaSUS (BRASIL, 2009b; BRASIL 2006e). Igualmente, pela sua importância para o planejamento do SUS, evidencia-se a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que “[...] divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto” (BRASIL 2006b, p.1); e a de nº 699, de 30 de março de 2006, que “[...] regulamenta as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida e de Gestão” (BRASIL, 2006a. p. 1).

Todavia essa revisão das diretrizes do planejamento veio em um momento em que reformas institucionais estavam sendo realizadas, com redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social (VIEIRA, 2009). O PlanejaSUS, é avaliado como uma ferramenta essencial à gestão e é considerado uma proposta desafiadora, porque o PlanejaSUS requer esforço, envolve mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais de saúde das três esferas de governo. O PlanejaSUS tem por objetivo geral:

Coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir – oportuna e efetivamente – para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde (BRASIL, 2009b, p. 23).

O PlanejaSUS é definido como “[...] a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (BRASIL, 2009b, p. 21). Este modo de atuação deve possibilitar que o planejamento seja de forma transversal às demais ações desenvolvidas no SUS (BRASIL, 2009b). No decorrer dos anos, o MS, entendendo a necessidade de atualizar a legislação normatizadora do planejamento no SUS, aprova a Portaria nº 2.135, de 25 de

setembro de 2013, que estabelece as diretrizes e determina os pressupostos para o processo de planejamento no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a).

4.2 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

Os instrumentos básicos do PlanejaSUS, definidos a partir desta perspectiva são: o Plano de Saúde (PS); a PAS; e o RAG, devendo servir de orientação para a elaboração dos Instrumentos de Planejamento de Governo, como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 2009a; 2009b; VIEIRA, 2009). Esses instrumentos se interligam sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS, em cada esfera de gestão (BRASIL, 2006e; 2009a; 2016a).

Para a construção dos instrumentos de planejamento, os municípios se valem de diferentes modelos de planejamento, desde aqueles que somente contemplam simples projeções até aqueles mais complexos, problematizando as realidades da saúde do município. Neste contexto, na sequência será apresentada uma breve síntese dos instrumentos de planejamento do SUS (PS, PAS e o RAG).

O PS se configura como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade da atenção. O PS deve conter uma estrutura básica que explicita a análise da situação de saúde da população, a apresentação do conjunto das diretrizes nacionais, acrescidas de diretrizes estaduais e municipais definidas pelos respectivos conselhos (BRASIL, 2009a; 2013a).

Na esfera municipal, o PMS se constitui de um documento que sistematiza um composto de proposições políticas do governo municipal na área de saúde, isto é, o conjunto das propostas de ação em relação aos problemas e necessidades de saúde da população do município. A elaboração do PMS é uma exigência legal definida nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, sendo um requisito necessário para que o município seja habilitado para gerenciar a saúde municipal. É elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano desta, até o primeiro ano da gestão subsequente (BRASIL, 1990b; 1990a; 2006f; 2016a).

A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS e tem por objetivo anualizar as metas do PS, bem como prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. A PAS é elaborada no ano em curso e executada no ano subsequente, coincide com o período definido para o exercício orçamentário (um ano-calendário) e a LOA sendo o subsídio para elaboração desta última. Além disso, contém propostas de ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do PS e apresenta metas anuais para cada ação definida, assim como indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da programação e nos recursos orçamentários necessários para o seu cumprimento (BRASIL, 2009a; 2016a).

A PAS deverá dispor das estruturas como: o período de vigência do PS; identificação (esfera de gestão correspondente); ato do CS que avalia o PS; diretrizes, objetivos e indicadores do PS; metas do PS anualizadas/revisadas; ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do PS e previsão de alocação de recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS (BRASIL, 2016a).

O RAG é o instrumento da gestão do SUS, no âmbito do planejamento, conforme item IV do art. 4º da Lei nº 8.142/90, referenciado na Lei Complementar nº 141/2012 e na Portaria nº 575/2012 do MS (BRASIL, 1990a; 2012d; 2012a). O RAG, além de ser um instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, trata-se de uma ferramenta que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores do PS. Além disso, é um importante instrumento que serve para orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao PS e às Programações seguintes. E se torna a principal ferramenta para subsidiar o processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS no âmbito Municipal, Estadual, no Distrito Federal e União. É um instrumento de prestação de contas periódicas da área da saúde. Os Relatórios Quadrimestrais que servem para o acompanhamento da execução da PAS e o RAG, com os quais a gestão apresenta os resultados obtidos propostos pela PAS, podendo fazer redirecionamentos casuais quando forem necessários no PS (BRASIL, 2016 a, 2017 d; GARCIA; REIS, 2016).

O processo de elaboração do RAG municipal toma como ponto de partida o quadro de metas definido em cada município. Inicialmente, a equipe técnica

responsável pela elaboração do RAG providencia o levantamento das informações necessárias à construção dos indicadores de acompanhamento e à avaliação propostas, depois analisa as informações obtidas, buscando identificar o grau de cumprimento de cada um dos Objetivos e Metas do PMS (TEIXEIRA, 2010). O RAG é elaborado pelos gestores do SUS e enviado, pelo Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS/DATASUS), para análise do respectivo CS até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária (BRASIL, 2017c).

Em relação aos Instrumentos de Planejamento da SMS/POA, o Plano Municipal de Saúde é um dos principais instrumentos. O PMS do período anterior (2014 – 2017) teve como finalidade apresentar o planejamento para o respectivo quadriênio e se tornou um instrumento norteador para as ações realizadas nesse período. O mesmo serviu de ferramenta orientadora para a elaboração do PMS de 2018-2021. A construção do PMS de 2018-2021 contou com a contribuição do CMS/POA e da Gestão (2016 - 2017), população deste estudo.

O principal objetivo do Plano é a qualificação permanente do SUS. A análise situacional do PS da SMS/POA (2014 - 2017), correspondente ao período em que foi realizada esta pesquisa, teve a divisão entre quatro eixos: condições de saúde da população; determinantes e condicionantes de saúde; ações e serviços de saúde; e gestão em saúde (PORTO ALEGRE, 2013). Para isso, foi realizada a formação de grupos por eixo, onde participaram diversos atores sociais. Foram levantados dados e construídos textos relacionados às questões de saúde da população da cidade de POA, com o recorte por raça/cor/etnia, faixa etária, sexo e Distrito Sanitário (DS). Após, foram discutidos em seminários com ampla participação de gestores/as, trabalhadores/as, usuários/as, conselheiros/as e representantes das instituições de ensino nas oito GDS (PORTO ALEGRE, 2013).

No que diz respeito ao novo Plano Municipal Saúde de POA (2018 - 2021), sua construção foi iniciada ainda no ano de 2016, a partir da análise do PMS vigente e da análise institucional do que se conseguiu ou não realizar e, também, das melhorias necessárias a se fazer. Ainda, levou-se em conta a análise situacional do momento, além de considerar o Planejamento Nacional para as políticas Nacionais e Estaduais de saúde vigentes.

Em 2017, a construção do novo PMS de POA iniciou com a organização nas regiões distritais de saúde, com discussões das principais demandas trazidas das comunidades pelos atores envolvidos. Depois, foi realizado um seminário, no qual as

questões prioritárias foram trazidas para serem rediscutidas e aprovadas ou não, para posteriormente serem incorporadas ao PMS. Ainda teve um grupo de trabalho no CMS que contou com a participação de gestores/as, trabalhadores/as e usuários/as, teve a participação da Assessoria Técnica do Conselho, a Assessoria de Planejamento da SMS, algumas áreas técnicas, alguns membros da SETEC, entre outros. Todas as propostas construídas nesse seminário foram discutidas, uma a uma, entre o Conselho e a Gestão e, posteriormente, grande parte destas foi colocada no plano. Dessa forma, a metodologia usada na construção do PMS/POA (2018 – 2021) pode ser considerada um avanço para o controle social e para a Gestão da SMS/POA.

O PMS (2018 – 2021) foi publicado em 31 de julho de 2017, com diretrizes, objetivos e metas para o período referido. O Plano prevê a priorização da atenção primária, do acesso aos serviços de saúde, da equidade, do uso de evidências científicas e da aplicação de tecnologias de informação e de comunicação. Aponta sobre o que se precisa fazer, como vai ser feito e que estratégias serão usadas para responder aos objetivos e cumprir as metas (PORTO ALEGRE, 2017a).

A PAS do município de POA objetiva constituir o referencial para a aplicação das metas do PMS vigente, e baseia-se nos instrumentos de planejamento do SUS, tais como o Decreto nº 7.508/2011, a Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria MS nº 2.135/2013 (BRASIL, 2011; 2012d; 2013a). Esta legislação integra os instrumentos de Planejamento Governamental (PPA, LDO e LOA), que orientam o gestor a colocar em prática as ações programadas, buscando o alcance das metas (BRASIL, 2011; 2012d; 2013a). A PAS 2017 apresentou o quadro de diretrizes, objetivos e metas com seus respectivos indicadores, métodos de cálculo, corresponsáveis e parceiros. As metas para o ano de 2017 teve como objetivo o alcance da pactuação realizada no PMS 2014-2017, debatidas e definidas objetivando o fechamento do ciclo de planejamento deste quadriênio, aprovada pelo CMS em 9 de março de 2017 (PORTO ALEGRE, 2017b).

O Relatório Anual de Gestão da SMS/POA é estruturado a partir dos relatórios de informações e dos dados elaborados para os Relatórios Quadrimestrais de Gestão, focando na avaliação da execução da PAS (PORTO ALEGRE, 2016a). E se compõe de um instrumento legal que apresenta as exigências mínimas postas pela

Seção III (Da Prestação de Contas), arts. 34, 35 e 36 da Lei Complementar nº 141/12 (BRASIL, 2012d).

O Relatório Quadrimestral é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS, é realizado quadrimestralmente e deve ser apresentado pelo Gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública, na Casa Legislativa do respectivo ente Federado. O monitoramento das metas e indicadores, estabelecidos no PS e na Programação Geral de ações de Serviços de Saúde (PGASS) e pactuados por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), deverá ser realizado periodicamente por meio dos relatórios oficiais definidos como obrigatórios pela legislação do SUS (BRASIL, 2016a).

5 MÉTODO

Nesta seção, objetivando proporcionar uma visão clara das características e dos dados compreendidos na metodologia desta pesquisa apresenta-se essas informações em subseções. Primeiro, discorre-se acerca do tipo de pesquisa, depois, sobre o campo do estudo em que ocorreu a pesquisa, a população participante do estudo, o processo da coleta, da preparação e a análise dos dados e, por fim, as considerações éticas.

5.1 PRESSUPOSTO METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, a qual se preocupa com uma parte da realidade que não pode ser quantificada, ou seja, o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2013).

5.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado junto ao CMS/POA, localizado na SMS de POA, no Estado do Rio Grande do Sul. De acordo com o Censo Populacional do IBGE de 2010 a população de POA contava com 1.409.351 habitantes, representando 13,2% da população do Estado e apresentando uma densidade demográfica de 2.837,52 habitantes por km² (PORTO ALEGRE, 2013).

5.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população do estudo compreendeu apenas os/as conselheiros/as de saúde que fizeram parte do CMS/POA no período de (2016 – 2017), correspondente ao tempo de uma gestão do núcleo de coordenação (dois anos), de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que se mostraram dispostos a participar. É fundamental ressaltar, que o Plenário do CMS/POA é composto por 86 assentos, isso quer dizer, que são 86, titulares e/ou seus suplentes, que participam das Plenárias e têm direito

à fala e ao voto. No entanto, verificou-se certo esvaziamento no último ano do período deste estudo, em torno de 25 assentos não estão sendo ocupados pelos membros deste Conselho.

Para mensurar o número de conselheiros/as atuantes e os ausentes no CMS/POA, fez-se um levantamento a partir da lista de presença das trinta Plenárias ocorridas no ano de 2017. Para a escolha dos/as candidatos/as ao sorteio, levou-se em consideração suas participações efetivas durante o ano de 2016 e/ou 2017 no CMS/POA. Para os/as atuantes no ano de 2017, foram seguidas as mesmas regras utilizadas pelo CMS/POA, que determinam quem estão aptos a eleger o Núcleo de Coordenação do CMS/POA, ou seja, quem não somar mais três faltas seguidas ou seis alternadas, todas sem justificativas, nas Plenárias do CMS no último ano da gestão (2016 - 2017). Salieta-se que, dos 86 membros apenas 41 encontraram-se aptos/as a votar.

Antes de sortear os/as participantes dentre os 41 aptos/as a votar, fez-se uma separação por segmento (usuários/as, trabalhadores/as gestores/as e prestadores/as). Assim sendo, formaram-se quatro grupos de pessoas e, em cada grupo, foram colocados seus respectivos nomes em tiras de papéis de tamanho e cor iguais. Após, fez-se o sorteio de cada grupo considerando a composição dos segmentos o mais próximo possível da Resolução nº 453, vigente, que recomenda "[...] 50% de entidades representativas de usuários/as; 25% de entidades representativas dos/as trabalhadores/as da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores/as de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos" (BRASIL, 2012c, p. 1).

A priori, pretendia-se sortear 20 conselheiros/as para participarem da pesquisa, mas foram sorteados/as quatro a mais, prevendo a impossibilidade da participação de alguns deles/as. Desse modo, foram sorteados/as dentre os quatro segmentos: 12 usuários/as, seis trabalhadores/as, três prestadores/as e três gestores/as, totalizando 24 selecionados/as, sendo 23 atuantes no CMS/POA no ano de 2017 e um/a com participação efetiva no ano de 2016. Porém, foram entrevistados/as 22 indivíduos, visto que, após o envio dos convites para participar da pesquisa, não se teve o retorno de um/a representante do segmento prestador e um/a da gestão.

Os critérios de exclusão considerados foram: a recusa do/a participante; a impossibilidade de contatar o/a conselheiro/a para lhe fazer o convite; e/ou a

indisponibilidade do/a mesmo/a para conceder a entrevista. Os/as sorteados/as para a pesquisa que não foi possível a sua participação, esses foram substituídos/as conforme indicação de outros/as componentes. Adotou-se este critério devido às dificuldades encontradas para contatar alguns sorteados/as e ao curto prazo para a conclusão deste estudo.

Vale destacar que neste período, no qual iniciou o estudo de campo, o CMS/POA estava passando por um momento atípico, iniciado nos últimos dois meses de 2017 e estendido para os dois primeiros meses de 2018. Houve muitos conflitos e discussões nas Plenárias do CMS/POA em função das eleições para a escolha do seu novo Núcleo de Coordenação. Naquele período, os membros do CMS/POA estavam mais preocupados/as com os assuntos relacionados às eleições e às determinações impostas pelo Gestor do que em atender às solicitações da pesquisadora.

5.4 COLETA DE DADOS

Após a realização do sorteio e do convite feito aos/as conselheiros/as para participar iniciou-se a pesquisa. Foram entrevistadas 22 pessoas, de um total de 41 membros do CMS/POA, que se encontravam dentro dos critérios de inclusão no estudo. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, conforme roteiro (Apêndice A), contemplando perguntas abertas e variáveis sociodemográficas. As mesmas foram realizadas em locais e horários combinados com os/as participantes, e, com a anuência dos/as respondentes foram gravadas. A abordagem qualitativa, além de fornecer dados básicos para o desenvolvimento e para o entendimento das relações entre os atores sociais e sua situação, tem por objetivo a compreensão do comportamento das pessoas (BAUER; GASKELL, 2002).

É relevante destacar que, a partir da análise parcial das falas, identificou-se a saturação de dados somente na vigésima entrevista, assim alcançando o número pré-determinado. Para Glaser e Strauss (1967⁸ *apud* MINAYO, 2017), saturação é um termo criado para se referir a um momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado. Para

⁸ GLASER, Barney; STRAUSS, Anselm. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.** New York: Aldine Publishing Company, 1967.

Malinowski (1980⁹ *apud* MINAYO, 2017), a saturação é considerada o momento em que os discursos previsíveis ficam repetidos, demonstrando pouca ou nenhuma abertura para a complexidade do campo e para os imponderáveis da vida social.

Para auxiliar o entendimento dos discursos dos/as pesquisados/as, foram analisadas as atas das reuniões que tratam das negociações envolvendo os diferentes Instrumentos de Planejamento ao longo da gestão do CMS/POA (2016-2017). Além disso, participei como observadora das reuniões do Núcleo de Coordenação, as quais envolviam negociações acerca dos Instrumentos de Planejamento, bem como, em plenárias do CMS/POA. Foi feito um diário de campo para auxiliar na interpretação e na análise do estudo.

O estudo adentrou o primeiro semestre de 2018 e as entrevistas só iniciaram em 19 de março de 2018 devido aos contratemplos ocorridos em função das eleições para o novo Núcleo de Coordenação para o período de (2018 – 2019) do CMS/POA e ao atraso da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da SMS de POA.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada após a transcrição das entrevistas e o tratamento dos dados, para a construção das categorias empíricas, a qual foi realizada por meio do método de Análise de Conteúdo descrito por Bardin (2011). O autor considera este recurso um englobamento das iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens. Desta forma, para este estudo, este método foi usado com a finalidade de se obter deduções lógicas e justificativas a respeito da origem das mensagens e para a realização da construção analítica dos resultados encontrados.

Segundo Minayo (2010), a Análise Temática de Conteúdo se desdobra em três etapas:

- a) pré-análise: etapa em que serão escolhidos os documentos utilizados, além da formulação de hipóteses e dos indicadores que ajudarão na interpretação final;

⁹ MALINOWSKI, Bronislaw. **Os argonautas do pacífico**. São Paulo: Abril, 1980. Coleção Os Pensadores.

- b) exploração do material: nessa fase haverá uma codificação ou um recorte de dados, os quais serão agregados em unidades, permitindo a análise e a descrição dos conteúdos; e
- c) tratamento dos resultados: fase que se constitui no tratamento simples dos resultados, por meio de quantificação (frequência), assim, permitindo a apresentação dos dados.

Após a construção das categorias empíricas foram pensadas as categorias analíticas que posteriormente foram discutidas com os resultados empíricos encontrados. Não se teve a pretensão, *a priori*, de utilizar as categorias analíticas, porém elas emergiram a partir do referencial teórico de Carlos Matus e Mario Testa.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com as normas da Resolução nº 466/12 do CNS e da Resolução nº 510/2016, normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2012b; 2016b). O projeto foi encaminhado para apreciação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, ao CEP da UFRGS e, como copartícipe ao CEP da SMS/POA, sob os números 2.375.244 e 2.510.597, respectivamente. Posteriormente foi aprovado pelos respectivos Comitês, em 10 de novembro de 2017 pelo Comitê da UFRGS, e em 23 de fevereiro de 2018 pelo Comitê da SMS/POA. Somente após a aprovação do projeto os/as sorteados/as foram convidados/as a fazer parte do estudo e naquele momento foram prestadas todas as informações a respeito dos objetivos do estudo e de como se daria o processo de participação de cada um.

A participação do/a entrevistado/a ajudou na compreensão do objetivo da pesquisa, porém, foi assegurado que, caso o/a respondente sentisse que sua participação lhe causasse algum risco ou desconforto, ele/a poderia desistir a qualquer momento, sem qualquer ônus ou constrangimento. Antes de iniciar a conversa com o participante foi entregue a ele o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (Apêndice B), ficando uma com ele e uma com as pesquisadoras. As atividades só iniciaram após o aceite do/a participante e após ter sido esclarecido todas as dúvidas acerca dos riscos e do sigilo, entre outros.

Para resguardar o anonimato do indivíduo foi atribuído o código 'CONS' para denominar conselheiro/a, seguido de um número arábico conforme a ordem em que foram realizadas as interlocuções. Estas e seus respectivos discursos não foram separados por segmento, apenas, para efeito deste estudo, alguns dados foram analisados considerando o segmento que o/a conselheiro/a representa, mas sem identificá-lo. Ainda, salienta-se que foi realizada a correção ortográfica da Língua Portuguesa para reduzir a identificação, de características singulares da fala de cada um e também pelo fato de não se ter por objetivo verificar os dados linguísticos da fala. Os dados da pesquisa ficarão armazenados com as pesquisadoras por um período mínimo de cinco anos e, após, serão inutilizados de acordo com a Lei dos Direitos Autorais, Lei nº 9.610/98 (BRASIL, 1998).

Ressalta-se que esta pesquisa, em princípio, apresentou riscos mínimos aos participantes, como o tempo de realização do colóquio, assim como poderia eventualmente ter surgido demandas que a mestrandia não poderia atender e, nesses casos, em comum acordo com o/a participante, seria encaminhado à pesquisadora principal, o que não ocorreu. Destaca-se que o/a participante da pesquisa não teve benefício pessoal, mas a sua participação contribuiu para a qualificação do conhecimento na área, o que, no futuro poderá trazer melhorias para o controle social nos diferentes âmbitos, além de vantagens para a população.

Além disso, esta pesquisa, como benefício, pretende contribuir com reflexões acerca dos processos de construção para consolidação dos Instrumentos de Planejamento do SUS, envolvendo o CMS/POA e a Gestão da SMS/POA. E também, de alguma forma, tencionar o/a participante sobre a importância de sua atuação como representante de seu segmento na tomada de decisões das questões de saúde da população e no controle social no CMS/POA. Todavia, considera-se que um coletivo que luta pelos direitos e que constroem projetos de melhoramentos para o acesso à saúde, além de colaborar para o aumento da qualidade de vida da população contribui para o fortalecimento do SUS.

6 ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Além de procurar entender como se dá o processo de construção coletiva para a consolidação dos Instrumentos de Planejamento na esfera da Gestão e do CMS/POA, de como ocorre a participação dos/as conselheiros/as nas negociações, que acordos são feitos e como são resolvidos os impasses para avançar nas questões que envolvem o setor saúde, também se buscou ilustrar a caracterização destes/as. Salienta-se que essa caracterização teve como objetivo, além de conhecê-los melhor quanto à sua situação sociocultural, às questões relacionadas à raça/cor, à idade, ao estado civil, dentre outros, teve a intenção de averiguar se algum elemento da caracterização interfere ou não nas funções do Controle Social, dentro do CMS/POA.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS/AS CONSELHEIROS/AS DO CMS/POA

Os dados em relação às características dos/as 22 conselheiros/as (titulares e suplentes) mostraram: referente ao sexo, uma distribuição uniforme: 11 homens (50%) e 11 mulheres (50%). A média de idade foi de 58,28 anos, sendo que 16 (72,72%) têm acima de 50 anos e, cinco (22,72%) acima de 70 anos. O/a entrevistado/a com menor idade tem 34 anos e o/a com maior idade, 85 anos. No que diz respeito ao segmento representativo, mais da metade - 12 (54,54%) eram representantes dos/as usuários/as e os demais distribuídos entre os outros segmentos. Relativo ao quesito raça/cor, 11(50%) se declararam de cor branca, seguido pela cor parda e preta. Com relação ao estado civil, 10 (45,45%) informaram ser casados/as, e oito solteiros/as (36,36%).

No tocante à distribuição geográfica, observou-se que em todas as GDS teve entrevistado/a. Concernente à escolaridade, mais da metade - 12 (54,54%) declararam terem ensino superior e/ou pós-graduação, destes, nove (40,90%) são do segmento dos/as trabalhadores/as, prestadores/as e gestores/as, e três (13,63%) dos/as usuários/as. Com relação ao ingresso no Conselho, a maioria ingressou pelo processo de indicação ou eleição de seus órgãos de representação. No caso dos/as componentes originários/as dos CDS, tanto os/as trabalhadores/as quanto os/as usuários/as, foram eleitos/as e/ou indicados/as em plenárias de seus respectivos

Conselhos. Quanto ao tempo de participação dos/as conselheiros/as no CMS/POA, a média foi de 7,8 anos, sendo que 13 (59,09%) participam há mais de quatro anos (ou seja, há mais de duas gestões), quatro (18,19%) participam há quatro anos e cinco (22,72%), há dois anos. Ainda foi perguntado se estes/as atuam em outros espaços de participação, além do Conselho, 18 (81,81%) referiram que sim e quatro (18,18%) que não.

Além disso, se buscou saber qual o meio de transporte usado para se locomover até o CMS/POA, 17 (77,27%) informaram que utilizam transporte público e cinco (22,72%) fazem uso da condução própria. Quanto à realização de formação para conselheiros/as, 17 (77,27%) afirmaram ter feito algum tipo de capacitação e cinco (22,72%) não. Em relação às profissões, sete (31,81%) são profissionais da área da saúde/assistência, sete (31,81%) são aposentados/as, seis (27,27%) são de outras profissões e dois (9,09%) estão desempregados/as. Maiores detalhes acerca da caracterização serão apresentados no andamento deste estudo.

A seguir, na Tabela 1 são apresentados os dados referentes ao sexo e à faixa etária dos/as pesquisados/as.

Tabela 1 - Distribuição dos/as Conselheiros/as do CMS/POA quanto ao sexo e à faixa etária

SEXO	N	%
Masculino	11	50%
Feminino	11	50%
Total	22	100%
FAIXA ETÁRIA	N	%
30 a 40	1	4,54%
41 a 50	4	18,19%
51 a 60	8	36,36%
61 a 70	3	13,63%
Mais 71	5	22,72%
Não informado	1	4,54%
Total	22	100%

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa (2018).

De acordo com os dados da Tabela 1, a distribuição uniforme encontrada em relação ao sexo não retrata a realidade, haja vista que dos/as 93 integrantes do CMS/POA - titulares e suplentes- 52 (55,91%) são do sexo feminino e 41 (44,08%) do masculino. Cabe salientar, que o número de 93 conselheiro/as acima mencionado foi obtido no PMS de POA (2017-2021). Não obstante, para as análises desta pesquisa considerou-se apenas os percentuais encontrados na amostra correspondente aos 22 participantes.

Nesta mesma direção, Colliselli *et al.* (2012, p. 191), em seu estudo que

objetivou “identificar os motivos que levam os conselheiros a se inserir, continuar e/ou desligar do conselho municipal de saúde”, em Chapecó, Santa Catarina (SC), encontrou percentuais similares. “Dos 12 conselheiros, seis do sexo masculino e seis do feminino” (p. 196). Resultados diferentes foram encontrados por Santos, Vargas e Lucas (2011) no estudo que procurou conhecer os/as conselheiros/as do CMS de Belo Horizonte, suas características sociais, bem como suas relações com as bases que representam. Os resultados apontaram que dos/as 17 participantes, 11 (64,7%) são do sexo masculino e seis (35,30%) do feminino. Moraes (2012, p. 12), em sua pesquisa que procurou “investigar o conhecimento dos conselheiros de saúde do município de Solânea – Paraíba, no efetivo exercício do controle social”, em relação ao sexo, o autor observou que dos/as 14 integrantes, 10 (71%) são do sexo feminino e quatro (29%) do masculino.

É pertinente ressaltar que os/as componentes desta pesquisa não apontaram nenhuma informação em relação ao sexo, nenhum ponto que pudesse influenciar de forma negativa ou positiva as suas atividades de conselheiro/a. Entretanto, estudos têm apontado um empoderamento significativo nos últimos anos do gênero feminino, seja nas lideranças de grandes empresas, seja no âmbito político. A esse respeito, Lima (2015, p. 9), em seu trabalho, que objetivou fazer uma discussão teórica sobre como se tem encaminhado e quais os vieses sobre a participação das mulheres na política brasileira, aponta alguns dados que constata a importância da participação feminina no campo da política e diz que:

Sua participação é importante devido ao equilíbrio democrático que lhe é imputado, uma vez que as mulheres não representam somente as pautas femininas, mas engloba em sua agenda as pautas de outros grupos como, por exemplo, das crianças, idosos, deficientes, entre outros, fomentando a agenda de políticas públicas.

Corroborando, Wendhausen, Barbosa e Borba (2006), em estudo que buscou mapear os recursos para o empoderamento e participação, igualmente encontraram significativa presença do sexo feminino entre os conselheiros. Para o estudo, foram aplicados questionários com 53 componentes de quatro conselhos municipais gestores de Itajaí/SC: Conselho Municipal de Saúde (COMUSA), de Assistência Social (CMAS), de Segurança Alimentar e Nutricional (COMUSAN) e do Idoso de Itajaí (CMII). Dos/as 53 participantes, a maioria estava na idade adulta e é mulher. Para esses autores, a presença feminina em maior número nos conselhos

investigados pode estar relacionada às questões culturais e ao histórico envolvimento das mulheres no cuidado à saúde e à assistência das pessoas. Para essa análise, os autores levaram em consideração as profissões das conselheiras, uma vez que a maioria tinha atividades profissionais reconhecidas historicamente como sendo femininas, como por exemplo: professora, assistente social e enfermeira, sendo estas as ocupações que mais apareceram.

No que se refere à idade dos/as 22 conselheiros/as do CMS/POA, chama-se a atenção para o número de pessoas com idade acima de 50 anos, que corresponde a 16 (72,72%), em especial cinco (22,72%) têm acima de 70 anos. Ressalta-se que estes/as indivíduos foram selecionados/as por meio de sorteio. Assim, esses resultados podem não representar a idade real da maior parte dos/as conselheiros/as. Tais constatações se aproximam dos dados encontrados no estudo realizado por Bastos Filho *et al.* (2017), que objetivou estudar as representações sociais dos conselheiros municipais de saúde, especificamente os representantes da sociedade civil do CMS de Viçosa- Minas Gerais (MG). Os autores observaram que do total dos 26 Conselheiros, 67% tinham idade superior a 50 anos, especificamente 47% estavam na faixa etária entre 50 e 61 anos. Similar constatação foi levantada na pesquisa realizada por Lopes, Silva e Martins (2016), que buscaram compreender o funcionamento e as contribuições do CMS de Belo Horizonte para a inserção da sociedade nos processos políticos. Segundo os autores, os/as componentes deste Conselho, em sua maioria, se encontravam na faixa etária de 50 a 60 anos.

Contudo, há pesquisas que apontam a média de idade dos membros de alguns conselhos menor do que a dos/as conselheiros/as do CMS/POA, como pode ser visto na pesquisa feita por Saliba *et al.* (2009), que analisaram cinco municípios de pequeno porte da Região Noroeste do estado de São Paulo. Os resultados mostraram que a média de idade dos/as 32 integrantes foi de 47,2 anos. Semelhantes resultados foram encontrados por Duarte e Machado (2012), que pesquisaram o exercício do Controle Social no âmbito do CMS do Município de Canindé-CE, apontando que os/as conselheiros/as de saúde deste município apresentaram média de idade de 41 anos. Portanto, os estudos citados mostram que a média de idade dos/as componentes de seus respectivos Conselhos é inferior à média dos/as conselheiros/as do CMS/POA.

É apropriado apontar que a idade mais elevada dos membros do CMS/POA não foi apontada pelos/as participantes como um entrave para o exercício de suas

funções, o mesmo, foi observado nos estudos referenciados acima. Ao contrário disso, a idade mais madura pode ser entendida como um fator que contribui para as tomadas de decisão, haja vista que as experiências adquiridas ao longo da vida podem ajudar a embasar o sujeito a estabelecer discussões mais abrangentes e reflexivas dentro dos CS e/ou em outros espaços de participação. Tais pressupostos podem ser conferidos no estudo de Wendhausen, Barbosa e Borba (2006), que destacaram que os conselhos pesquisados se encontravam em uma idade que pode ser considerada madura e, no entendimento desses, o/a conselheiro/a com idade mais elevada pode ser um elemento favorável à participação.

Outro dado interessante, além da idade mais avançada de alguns conselheiros/as, referido por alguns respondentes como uma preocupação, foi a não substituição dos/as atuais integrantes do CMS/POA por outras pessoas que estejam dispostas a se candidatarem ao referido cargo, particularmente, os/as representantes do segmento usuários/as. Eles salientaram, ainda, que a pouca renovação pode ter como resultado encontros com repetição de discursos, significando que as mesmas pessoas replicam os mesmos pensamentos e as mesmas ideologias. Para mudar este cenário é necessária a participação de novos sujeitos que possam trazer novas propostas e diferentes olhares sobre determinados assuntos. Com isso, o coletivo se torna mais interessante, com debates mais produtivos para o controle social. Acrescenta-se que, além da pouca renovação mencionada, assinalaram preocupações especialmente pela ausência de jovens neste espaço:

Porque se eu largar meu bastão agora, [...] quem é que vai vir, e o que eu faço, acho que faz falta, agora é a juventude tem que tomar conta do conselho. É que nem eu digo, eu estou com 65 e [nome conselheiros/as] com 60 e com 70 e, [nome conselheiro/a] com 82 e a mais nova acho tem 50, então nós temos que formar conselheiros mais jovens, por que quem virá depois de nós (CONS 10).

Neste mesmo sentido, Lopes, Silva e Martins (2016) constataram que os conselheiros/as, além de se preocuparem com a idade dos/as componentes do conselho se mostraram inquietos em relação à baixa presença de um público mais jovem no conselho.

A pouca renovação dos membros dos conselhos, de um modo geral, pode estar relacionada com a desmotivação das pessoas em participar desses espaços,

seja pelo receio das responsabilidades que a função de conselheiro/a exige, seja pela demanda de disponibilidades de tempo e de custos financeiros, já que a participação em conselhos é uma função não remunerada. Essa condição pode ser atribuída à desinformação das pessoas sobre a existência de conselhos de saúde. Percebeu-se por meio das falas dos partícipes que muitas pessoas só acabam sabendo que existem CS a partir de uma necessidade, conforme segue:

Na nossa região tem o postinho da estratégia da família, nós fomos ali fazer as consultas e não tinha condições, [...] na nossa cooperativa somos 200 associados [...], então a minha inserção se deu através dessa necessidade, de ter um atendimento. Aí comecei a participar das reuniões do posto, da reunião do conselho local, por aí que fui saber o que era conselho local, distrital, conselho municipal (CONS 6).

[...] eu vim em 2011 e quando cheguei [...] aí a gente tinha que compor o CLS, nem sabia que existiam conselheiros, quando cheguei aqui, que tomei parte disso, através dos próprios usuários da unidade (CONS 1).

O desconhecimento dos/as conselheiros/as conforme os relatos traduzem um considerável questionamento a ser refletido, porque a falta desta comunicação pode ser atribuída ao próprio Conselho. Esses dados refletem, em parte, o grau de desinformação da população em geral sobre a existência de CS. Segundo os depoimentos destes/as: um/a só ficou sabendo da existência do CS na sua região no momento em que buscou resolver problemas de saúde; e o/a outro/a, teve conhecimento a partir do momento que passou a fazer parte da unidade de saúde.

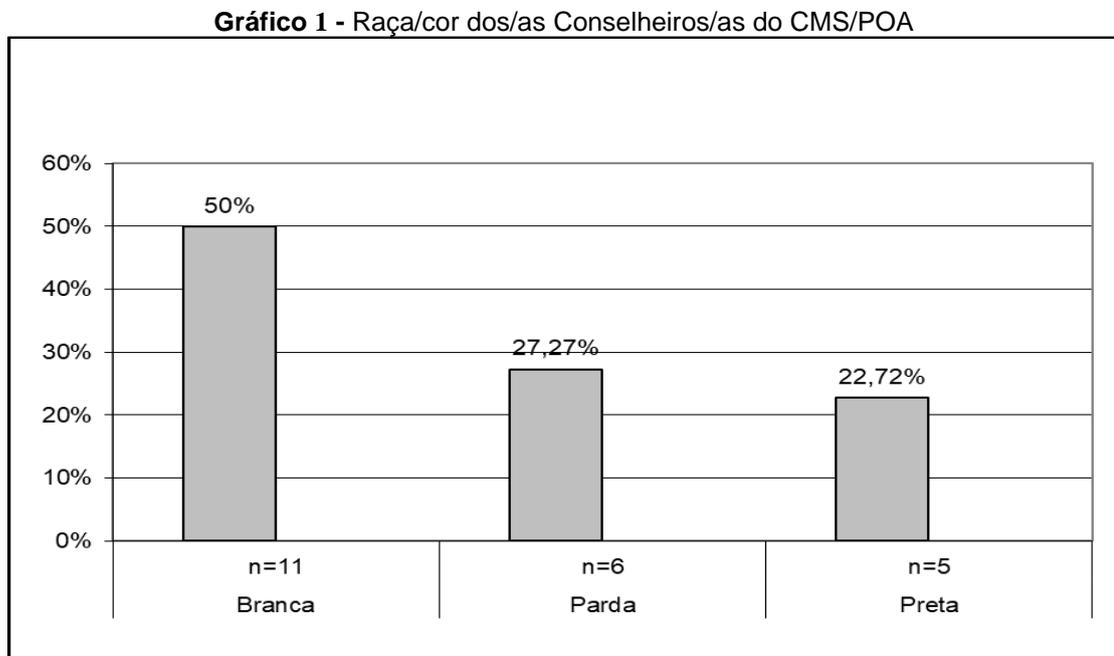
Corroborando, Labra (2006, p. 210) apresenta em seu estudo intitulado “Conselhos de saúde” - Visões “macro” e “micro”, no tópico que explora as visões “micro” no cotidiano dos conselhos de saúde, uma série de problemas que acabam interferindo no controle social, e em relação à participação da comunidade nos conselhos de saúde aponta que:

O desconhecimento dos objetivos, das funções e da utilidade do CS se traduz em uma adesão escassa ou inexistente da comunidade e, portanto, em baixo ou nulo envolvimento na eleição ou indicação de representantes para conselheiro no segmento dos usuários.

Tais constatações sobre o pouco conhecimento das funções, ou mesmo da inexistência dos CS, pode estar associado à divulgação insuficiente realizada pelos dispositivos de comunicação dos CS e das Secretarias de Saúde. Também, a pouca representatividade de alguns conselheiros/as, às vezes, desarticulados/as de suas

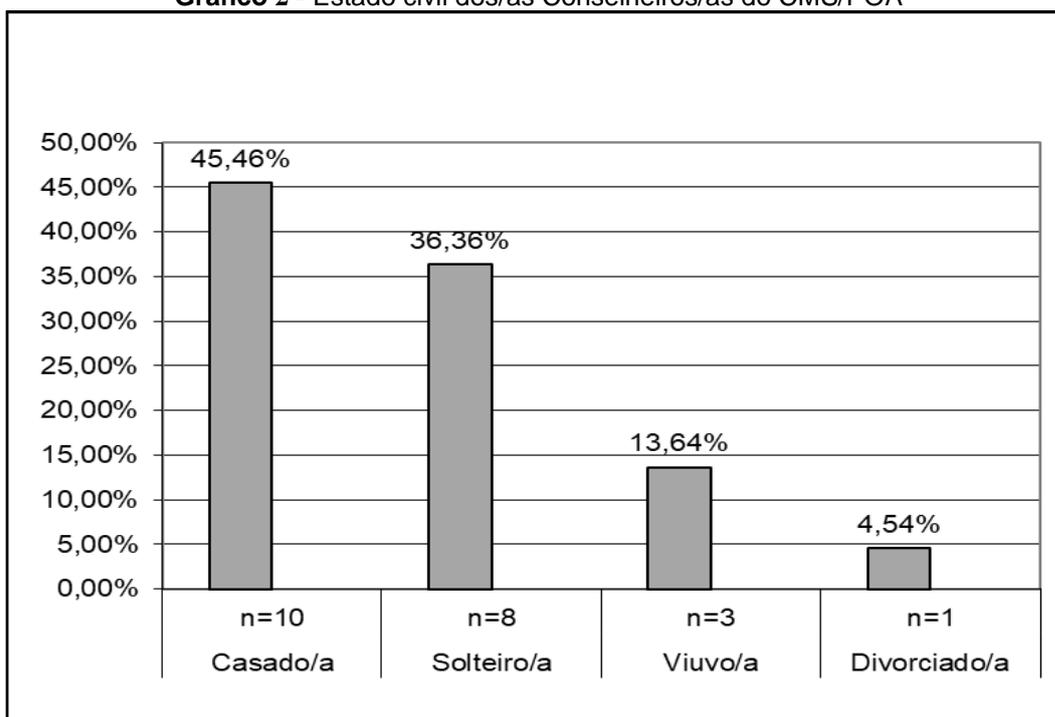
bases e o baixo retorno de informes de assuntos de seus respectivos CS às suas comunidades pode estar contribuindo para tal desconhecimento. Isso leva a inferir que a falta de informação pode estar atrasando a inserção de novos sujeitos nesses espaços, conforme foi observado nos relatos. Contudo, alguns/as mesmo estando preocupados/as com a pouca participação de jovens e a necessidade de renovação no Conselho, referiram que os/as conselheiros/as que atualmente participam do CMS/POA estão desempenhando bem suas funções e que o controle social está sendo bem efetivo.

Em relação ao quesito raça/cor, os dados estão apresentados no Gráfico 1 a seguir.



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa (2018).

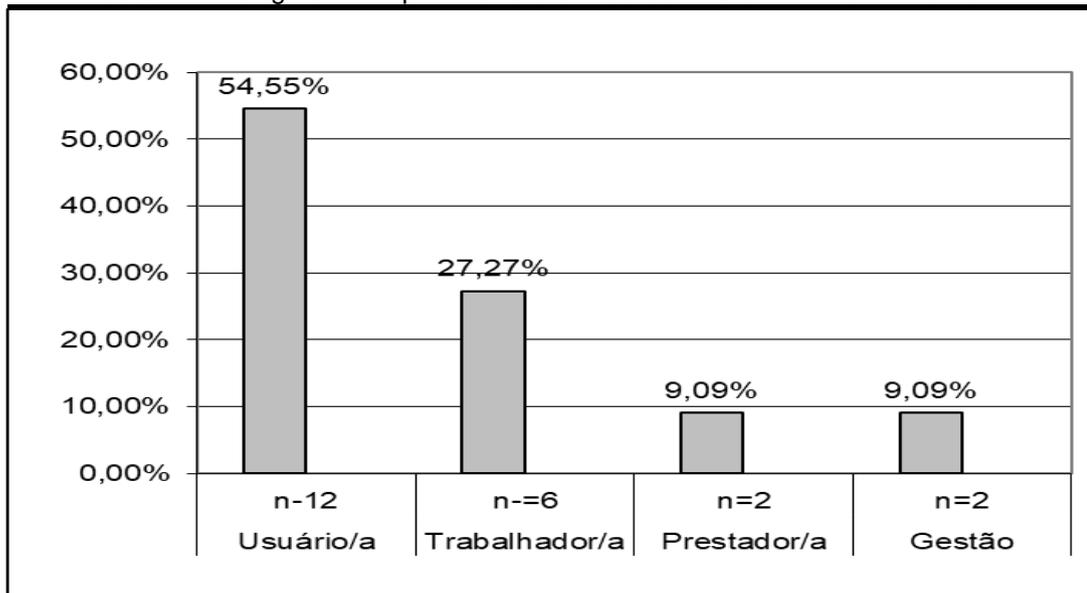
O Gráfico 1, mostra que do total dos 22 respondentes 11 (50%) se declararam de cor branca, seguido pela cor parda n= 6 (27,27%), e por último a cor preta n= 5 (22,72%). No tocante ao estado civil, no Gráfico 2, os dados estão expostos na ordem do maior ao menor número de indivíduos de acordo com o respectivo estado civil.

Gráfico 2 - Estado civil dos/as Conselheiros/as do CMS/POA

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa (2018).

O Gráfico 2 aponta que 10 (45,46%) dos/as pesquisados/as se declararam casados/as, 8 (36,36%) solteiros/as, 3 (13,64%) viúvos/as e 1 (4,54%) divorciado/a. No que se refere ao estado civil e ao quesito raça/cor, revendo as observações nos diários de campo e analisando os depoimentos dos/as participantes desta pesquisa, nenhuma informação em relação a esses dados foi julgada por eles como um fator relevante que pudesse interferir em suas atividades de participação social. Assim, o estado civil e o quesito raça/cor do/a conselheiro/a, neste estudo, não apresentaram nenhuma significância que merecesse ser destacada e melhor analisada.

Em relação aos segmentos representativos dos/as conselheiros/as, observa-se que mais da metade é representante dos/as usuários/as, seguido pelos representantes dos/as trabalhadores/as, e por último, dos/as prestadores/as e gestores/as, conforme pode ser visualizado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Segmento Representativo dos/as Conselheiros/as do CMS/POA

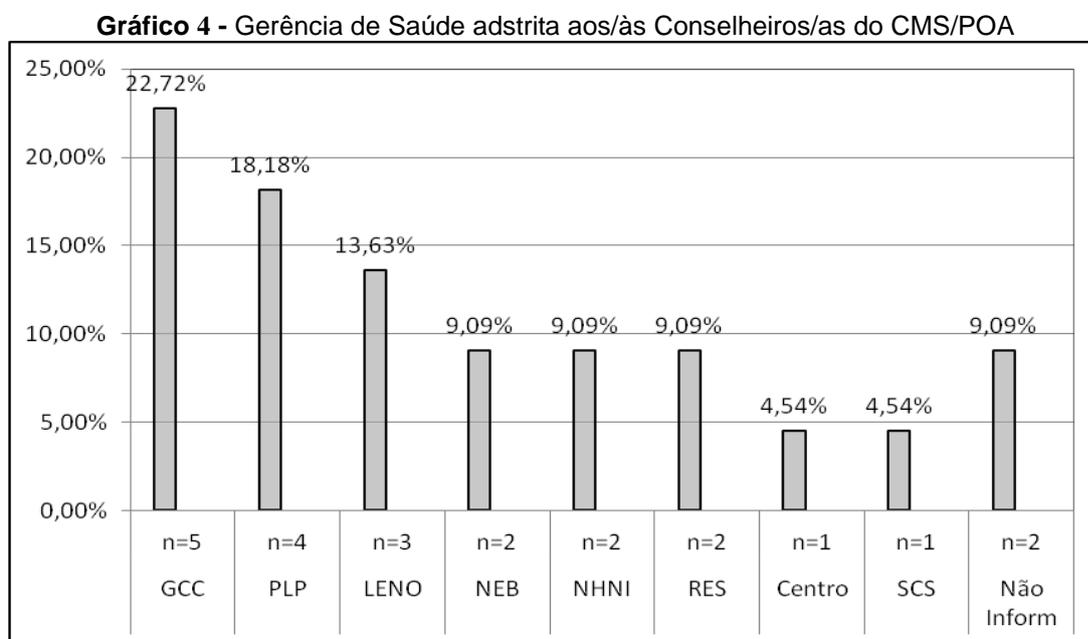
Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa (2018).

Os dados apresentados no Gráfico 3 mostram a seguinte distribuição: dos 22 indivíduos pesquisados, 12 (54,55%) são representantes do segmento usuários/as. Destes, em relação ao sexo, sete são homens e cinco mulheres; dos seis (27,27%) representantes dos/as trabalhadores/as, um é homem e cinco são mulheres; os dois (9,09%) representantes dos/as prestadores/as são do sexo masculino e dos dois (9,09%) gestores/as, um é homem e uma é mulher.

Semelhantes resultados foram encontrados por Lemos *et al.* (2016) no estudo que buscou compreender aspectos do perfil dos/as conselheiros/as municipais de saúde de Anápolis-GO e sua visão sobre sua atuação no Conselho Municipal de Saúde de Anápolis (CMSA). Composto por 42 conselheiros/as municipais de saúde, dos quais 33 (78%) responderam ao questionário. Em relação os segmentos representativos dos pesquisados: 52% (17) são usuários/as do SUS, 24% (8) trabalhadores/as do SUS, 18% (6) gestores/as ou prestadores/as de serviço do SUS e 6% (2) não quiseram responder.

Esses dados mensurados nos dois estudos estão bem próximos dos estabelecidos pela Resolução nº 453/2012, que, entre outras recomendações, define os percentuais relativos aos respectivos segmentos para compor os Conselhos de Saúde (50% de usuários/as, 25 % de trabalhadores/as, 25% de prestadores/as de serviços de saúde e gestores/as), respeitando a paridade de usuários/as em relação aos demais segmentos (BRASIL, 2012c).

Outro elemento interessante levantado foi sobre as GDS adstritas aos/às conselheiros/as. Os resultados mostraram que houve participante em todas elas, conforme se pode visualizar no Gráfico 4.

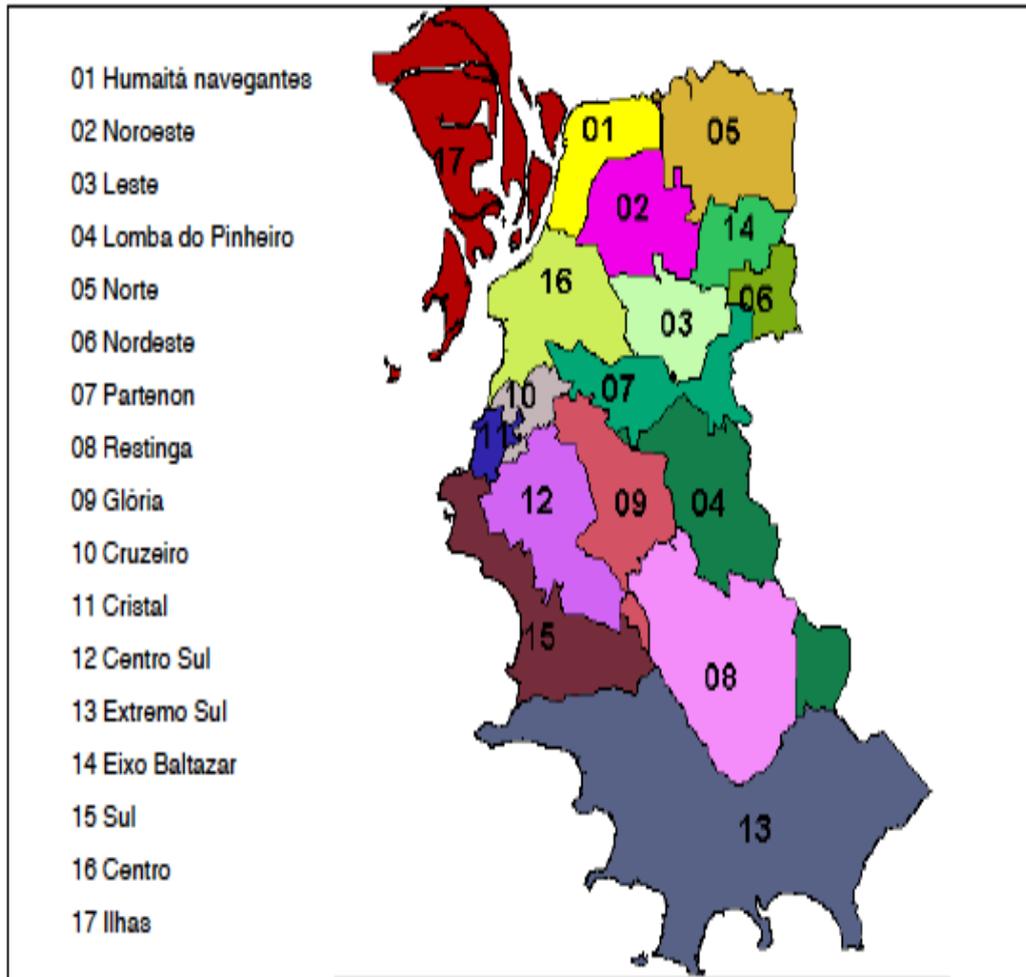


Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa (2018).

Conforme o Gráfico 4 pode-se observar que as GDS GCC, Partenon-Lomba-Partenon (PLP) e Leste/Nordeste (LENO), respectivamente, apresentaram o maior número de representantes, ou seja, as três somam mais da metade, 12 (54,55%) entrevistados/as. A GD GCC contou cinco (22,72%) participantes, seguido pela PLP com quatro (18,18%) e pela LENO com três (13,63%). Cabe ressaltar que não foi intencional a divisão dos/as pesquisados/as entre as GDS, ocorreu de forma aleatória no momento em que se fez o sorteio para compor a amostra desta pesquisa. Para os/as representantes dos/as usuários/as e trabalhadores/as da própria SMS/POA, perguntou-se aos/às mesmos/as qual a GDS que eles representam e, para os demais, qual a GDS que é adstrita a sua residência.

Para melhor compreensão da distribuição populacional entre as GDS, destaca-se geograficamente como se organiza a saúde no âmbito municipal, (PORTO ALEGRE, 2017a), conforme se pode visualizar na Figura 1.

Figura 1 - Mapa dos Distritos Sanitários de Porto Alegre (2017)



Fonte: SMS/CGVS, 2017/PMS -2018-2021 (PORTO ALEGRE, 2017a p. 26).

Conforme ilustrado na Figura 1 e, de acordo com o PMS de 2018 – 2021, o território de saúde de POA está sistematizado de forma descentralizada e distribuída em 17 DS, que, por sua vez estão inseridos dentro das oito GDS. Cada GDS gerencia dois ou mais DS, descentralizando e operacionalizando as estratégias de planejamento, atenção e vigilância em saúde e abrange uma população entre 95 e 200 mil habitantes. As GDS se estruturam e se organizam contando com a participação dos/as gestores/as locais, dos/as trabalhadores/as e de usuários/as integrantes do controle social dos DS (PORTO ALEGRE, 2017a).

Em relação às profissões/ocupações dos/as entrevistados/as, os resultados mostraram boa diversificação dessas, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das profissões/ocupações dos/as Conselheiros/as do CMS/POA

Área de Atuação	Profissão/ocupação	N	%
Saúde/Assistência	Técnico/a enfermagem (2)	7	31,8%
	Agente comunitário		
	Psicólogo/a		
	Terapeuta ocupacional		
	Assistente social		
Outras Profissões	Assessoria Técnica/Enfermeiro/a	6	27,2%
	Contador/a - Economista		
	Secretário/a administrativo/a		
	Doméstica		
	Presidente/a de Associação		
Diversas	Gestão Cooperativista	7	31,8%
	Assessor/a de superintendência.		
Diversas	Aposentado/a	7	31,8%
Desempregado/a	Desempregado/a	2	9,09%
Total		22	100%

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa (2018).

Na Tabela 2, ao consultar os resultados, observa-se que houve uma distribuição em distintas profissões/ocupações. Para melhor visualização, estas foram reunidas em quatro grupos, conforme o exposto: sete (31,81%) são profissionais da área da saúde/assistência, seis (27,27%) de outras profissões, sete (31,81%) são aposentados/as e dois (9,09%) estão desempregados/as. Os resultados mostraram um número bem significativo de indivíduos com profissões ligadas à área da saúde, sendo, a maior parte desses, representantes dos/as trabalhadores/as.

No decorrer do andamento desta pesquisa, por meio das anotações em diário de campo e de abordagens com os/as conselheiros/as observou-se uma diversidade de profissões/ocupações exercidas por estes/as. Diante disso, procurou-se explorar um pouco mais acerca das tais profissões para verificar se algum dado relacionado a estas pode interferir ou não, sobre suas atividades dentro do Conselho. Portanto, a partir dos dados apurados, resume-se que, a diversidade das profissões tem contribuído com os debates e com as formulações de propostas para avançar nas questões de saúde da população. Ainda, observou-se nas falas de alguns que, em virtude da diversidade de profissões, ocorrem momentos de troca de saberes, consequentemente, um aprende com o outro.

Ao encontro disso, Colliselli *et al.* (2012), em estudo, que objetivou identificar os motivos que levam os conselheiros a se inserir, continuar e/ou se desligar do CMS no CS de Chapecó, SC, identificaram que 80,5% dos representantes desempenham ocupação/profissão na área da saúde, enquanto os demais atuam

em outras áreas, como: do lar, voluntária, diretor-executivo, avicultor e representante de associação. Os autores conferiram que as áreas de formação dos/as conselheiros/as que mais apareceram compreendem: saúde, pedagogia, biologia, direito, filosofia e serviço social. Acrescentaram ainda que a presença de componentes de diferentes áreas enriquece o colegiado, diversificando os olhares e as opiniões, viabilizando a ampliação do debate.

Em relação ao meio de transporte utilizado pelos/as integrantes do CMS/POA, para se deslocarem até o CMS/POA e a outros espaços de participação, foi perguntado a estes, qual o modo de transporte que utilizam, na maioria das vezes, para seus deslocamentos, conforme se pode visualizar na Tabela 3. Paralelamente a isso, buscou-se averiguar se esta forma de transporte utilizada por eles/as impactou de alguma forma na assiduidade e atuação destes/as no Conselho.

Tabela 3 - Meio de Transporte utilizado pelos/as Conselheiros/as do CMS/POA

Meio de Transporte para ir ao CMS	N	%
Carro próprio	5	22,73%
Transporte público	17	77,27%
Total	22	100%

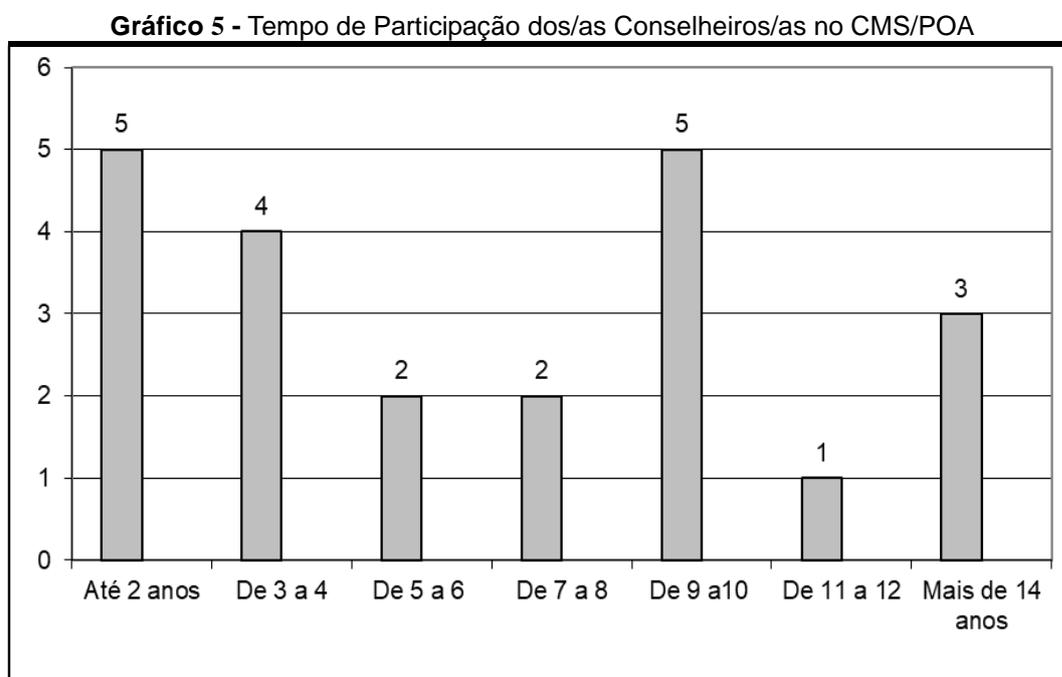
Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa (2018).

De acordo com os dados demonstrados na Tabela 3, a grande maioria das pessoas, precisamente 17 (77,27%) informou que utilizam o transporte público como meio de deslocamento até o Conselho Municipal de POA e/ou para outros locais de participação coletiva e os outros cinco (22,73%) utilizam condução própria. Mesmo que os resultados tenham mostrado que a maioria utilizou o transporte público para seu deslocamento, que, a priori, supõe-se não ser o meio mais eficiente e confortável de se locomover. Esse fator não foi apontado pelos/as pesquisados/as como um impedimento para a participação, apenas foi mencionado que, muitas vezes, antes mesmo do final do mês, as passagens fornecidas pelo Conselho costumam terminar.

E também, ao final das plenárias, que ocorrem à noite, no momento do retorno para suas casas esperam muito tempo na parada de ônibus pelo transporte coletivo e ao chegar a suas residências, dependendo de alguns locais e da hora avançada, sentem-se receosos pelo perigoso ao qual estão expostos, tais como a

violência urbana e o tráfico. Contudo, relataram que sempre procuram resolver esses impasses de alguma maneira. Para isso, buscam garantir recursos financeiros para as passagens com familiares e/ou amigos e para retornar para casas de forma mais segura, combinam carona entre eles/as e/ou retornam em grupo, onde um acompanha o outro. Desse modo, conseguem garantir seus compromissos como conselheiro/a, evitando prejuízo no andamento das pautas e de demandas do CMS/POA.

Com o intuito de explorar um pouco mais as questões ligadas às atividades de conselheiro/a, foram realizados questionamentos acerca do tempo de participação dos/as mesmos/as no Conselho. Assim sendo, foi perguntado estes/as há quantos anos participam do CMS/POA e se fizeram ou fazem parte de outros espaços de participação social além do CMS/POA. Os resultados mostraram que a média de tempo de participação no CMS/POA foi de 7,8 anos e o/a integrante com menor tempo de participação participou 17 meses e o com maior foi 18 anos. Outros detalhes podem ser verificados no Gráfico 5.



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa (2018).

Como pode ser visto no Gráfico 5, o tempo de participação dos/as conselheiros/as no CMS/POA, para melhor visualização, foi agrupado a cada dois anos, correspondente a um período de uma gestão no Conselho. Do total dos/as 22 respondentes, cinco (22,75%) apresentaram tempo de participação de até dois anos;

quatro (18,19%) de três a quatro anos de atuação; dois (9,09%) de cinco a seis; dois (9,09%) de sete a oito; e cinco (22,75%) de nove a 10 anos de atuação; um (4,54%) de 11 a 12 e três (13,64%) de 14 a mais anos de participação. Em resumo, nove (40,90%) participam por um período correspondente a duas gestões, ou seja, até quatro anos e 13 (59,09%) correspondem a três gestões de participação ou mais, desses, três (13,64%) participam de sete gestões ou mais que correspondem a 14 anos ou mais de participação no CMS/POA.

Diferente disso, Lemos *et al.* (2016) encontraram em seu estudo no CS de Anápolis-GO, relativo ao tempo de atuação, que 55% participam há menos de um ano, 21% de um a cinco anos e 15% há mais de 10 anos. Os dados apontaram que a maioria dos/as conselheiros/as é novata, considerando que o tempo de mandato é de dois anos.

Na pesquisa realizada por Colliselli *et al.* (2012), composto por 12 participantes do CMS de Chapecó, SC, quanto ao período de representação, os autores verificaram que dois (16,7%) atuaram como representante durante uma gestão; sete (58,3%) por um período de duas gestões consecutivas e três (25%) pelo período de três gestões consecutivas. Então, concluíram que os membros do referido Conselho, aproximadamente 25%, permaneceram na representação por um período superior ao estabelecido pela legislação. Ainda, os autores apontaram que a permanência para além de um período de gestão oportuniza o/a conselheiro/a apropriar-se do funcionamento e a dinâmica do Conselho, conferindo maior domínio frente a tomada de posição.

Os dois estudos referenciados mostraram resultados de tempo de participação dos/as conselheiros/as, em seus respectivos CS, menores do que o do presente estudo, no qual se verificou que 13 (59,09%) conselheiros/as mantiveram frequência no CMS/POA por um período de três gestões ou mais, ou seja, (mais de seis anos). Todavia, ressalta-se que este longo período de permanência não corresponde ao que preconiza a Resolução nº 453 (BRASIL, 2012c), a qual, no tópico da 'Organização dos Conselhos de Saúde', traz a recomendação de que: "a cada eleição, os segmentos de representações de usuários/as, trabalhadores/as e prestadores/as, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas" (BRASIL, 2012c, P. 1). Isso quer dizer que a cada dois anos, 30% dos membros de cada segmento deve ser trocado (BRASIL, 2012c).

Seguindo o mesmo propósito de entendimento sobre a participação democrática, explorou-se um pouco mais acerca das experiências de atuação em outros espaços além do CMS/POA. Os resultados podem ser conferidos na tabela 4.

Tabela 4 - Participação dos/as Conselheiros/as em outros Espaços de Participação

Participação em outros espaços	N	%
Sim	18	(81,81%)
Não	4	(18,19%)
Total	22	100%

Fonte: elaborada pela autora a partir de dados da pesquisa (2018).

Conforme os dados dispostos na Tabela 4, apenas quatro pessoas (18,19%) disseram que não participam de outros espaços coletivos de participação social além do CMS/POA, e os outros 18 (81,81%) referiram que já participaram e/ou participam, inclusive alguns atuam em mais de um local. De acordo com esses achados, considera-se que os/as conselheiros/as têm um bom comprometimento com as questões sociais, a grande maioria relatou suas participações em diversos locais e/ou instituições com os mais diversos tipos de envolvimento. Com isso, amplia a atuação no controle social e evidencia o grau de cidadania destes/as.

Colliselli *et al.* (2012) apuraram que os/as conselheiros/as motivados/as pelo compromisso, pela responsabilidade e pelo desejo de intervir nas políticas públicas, na perspectiva de melhorar a qualidade de vida das pessoas, contribuiu no exercício do controle social.

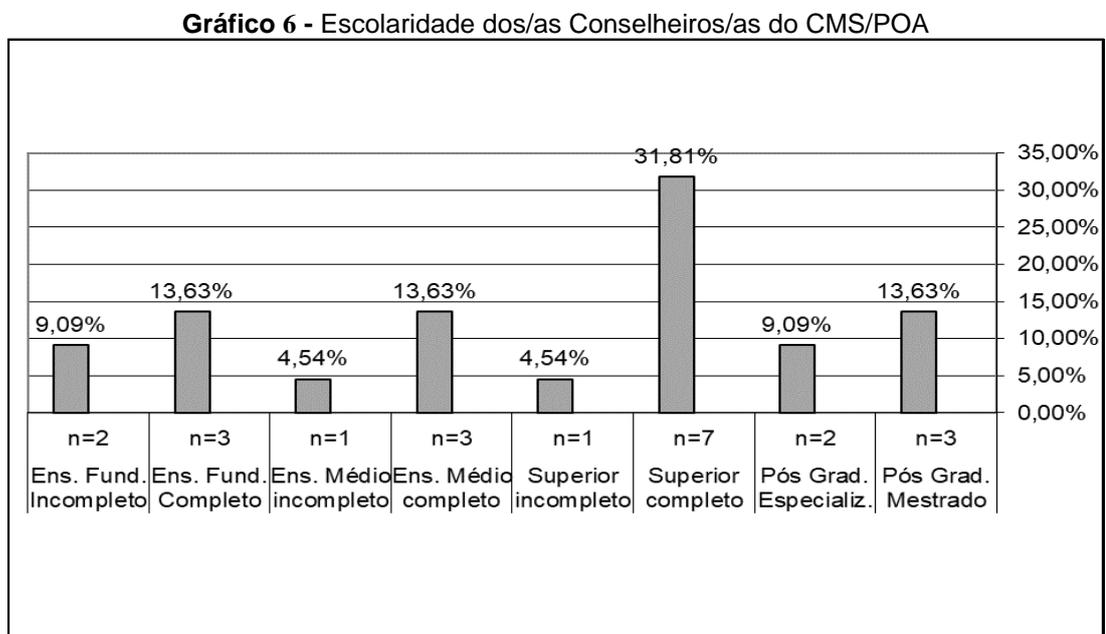
Em síntese, o que se observou em relação ao tempo de participação do/a conselheiro/a CMS/POA e sua atuação em outros espaços de participação social foi: à medida que eles/as permanecem por mais tempo no CS, mais conhecimentos vão adquirindo, seja pela troca de experiências com outras pessoas, seja por meio de capacitações realizadas ao longo dos tempos no próprio CS. Além disso, a expressiva atuação em outros locais de participação social sinaliza que estes/as têm um perfil participativo, que são envolvidos com as causas sociais e que se preocupam com as questões da coletividade.

Destaca-se os principais exemplos de atuações em outros espaços de participação apontados por ele/as: associação de moradores, biblioteca comunitária, OP, CLS, Conselho Comunitário da Glória, Conselho Comunitário do Hospital Conceição, União das Associações de Moradores de Porto Alegre (UAMPA), na Federação Gaúcha da Associação de Moradores (FEGAM), Rotary Clube, Comitê

Gestor da UFRGS, Associação de Técnicos e Movimentos, atuação como delegado do fórum do Orçamento do Plano Diretor, atuação como Promotora Legal Popular dos direitos da mulher, atuação no Sindicato dos Municipários de POA (SIMPA).

Portanto, diante do envolvimento destes/as no CMS/POA e do seu engajamento em outros espaços, conclui-se que estas pessoas fazem parte de um grupo que pratica o exercício de controle social e se mostra muito envolvido com as questões da sociedade em que vivem.

Quanto à escolaridade dos/as partícipes desta pesquisa, os resultados revelam dados significativos em relação ao número de conselheiros/as com grau de escolaridade de nível superior ou em andamento, conforme disposto no Gráfico 6.



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa (2018).

O Gráfico 6 demonstra que 12 (54,55%) dos/as 22 conselheiros/as têm escolaridade a nível superior ou mais. Em resumo, sete (31,81%) informaram ter nível superior completo, três (13,63%) pós-graduação – mestrado, dois (9,09%), pós-graduação – especialização e um (4,54%), superior incompleto. No entanto, ao examinar melhor os dados, observa-se que os representantes dos/as usuários/as possuem menor grau de escolaridade quando comparado com os demais segmentos. Dos que declararam ter nível superior ou mais, apenas três (13,63%) são do segmento dos/as usuários/as e os outros deste mesmo segmento: dois (9,09%) têm o ensino fundamental incompleto e três (13,63%) o ensino fundamental completo; dois (9,09%) têm o ensino médio completo e um (4,54%) o ensino médio

incompleto. Já os/as que representam do/a trabalhador/a, apenas um (4,54%) tem o ensino médio completo e os demais informaram ter no mínimo nível superior incompleto. E todos os representantes do segmento dos/as prestadores/as e gestores/as têm nível superior completo e/ou pós-graduação.

Semelhante dado foi encontrado no estudo de Wendhausen e Caponi (2002), desenvolvido a partir da análise das atas (n=39) em um CMS em SC. Os autores, ao investigarem o perfil dos/as conselheiros/as, identificaram dados interessantes referentes à escolaridade, constataram que os/as integrantes com terceiro grau completo se concentraram totalmente no segmento governamental, no segmento prestadores/as de serviços de saúde e dos/as trabalhadores/as de saúde, desses, a maioria apresentou a profissão ligada à área da saúde. No segmento usuários/as, a maioria possuía o primeiro grau incompleto e apenas um possuía terceiro grau, somente dois eram da área da saúde. Ainda perceberam que esta variante acabou tendo uma relação direta com a possibilidade de fala dentro do conselho estudado. Neste mesmo sentido, no estudo de Lopes, Silva e Martins (2016), em relação ao nível de escolaridade, os autores observaram que o grau de escolaridade dos/as representantes dos/as usuários/as ficou entre o ensino fundamental e o médio, os/as trabalhadores/as apresentaram nível superior e os/as representantes da gestão e prestadores/as, grau de escolaridade superior completo ou pós-graduação.

Na ótica de alguns participantes desse estudo, o conhecimento e/ou maior grau de instrução colabora para a melhor compreensão dos assuntos discutidos no Conselho, com isso possibilita um debate mais equilibrado e mais produtivo dentro do CMS/POA, considerado um espaço democrático de participação coletiva. Ainda, referiram que é necessário ter mais conhecimento sobre os assuntos do setor saúde e de políticas públicas e que faz a diferença sim, ter uma formação de nível superior, conforme se pode conferir nos relatos:

Existe necessidade de saber como planejar as ações e objetivos. [...] eu tive. Tem certa vantagem, tenho uma formação acadêmica. [...] a Saúde é amplíssima. Eu não quero conselheiro só levantando a mão, aprovando (CONS 5).

As pessoas que são eleitas pela sua comunidade, do seu conselho distrital para representar lá no conselho municipal, vão e não se manifestam por falta de conhecimento, digamos assim, ficam somente os trabalhadores que têm maior compreensão do processo, em embate diretamente com o gestor, porque a saúde pública é um assunto muito complexo (CONS 6).

Mesmo entendendo que a escolaridade contribui para a melhor compreensão, não se pode deixar de levar em consideração de que os conselhos de saúde foram instituídos tendo como princípio a participação da sociedade por meio de todos os setores sociais para o controle e avaliação das políticas de saúde. Então, é relevante entender que em uma sociedade há diferentes graus de instrução, inclusive pessoas sem nenhuma formação acadêmica (analfabetos), assim, nos CS é esperado a participação de indivíduos com distintos níveis de conhecimento. Compreendendo isso, deve-se ter o cuidado para que a supremacia dos que detêm maior conhecimento não prevaleça sobre os demais atores participantes. Logo, a sensibilidade e o respeito aos princípios da participação social deve ser garantida neste ambiente de democracia firmado por lei, como no CS.

Corroborando, alguns conselheiros/as relataram que algumas pessoas com maior grau de escolaridade discorrem sobre determinados assuntos no plenário do Conselho, com termos muito técnicos e que, de alguma forma, procuram deixar claro seu grau de instrução dominando o assunto em questão. Ademais, muitas vezes, se mostram arrogantes pelo seu saber e isso acaba gerando desconforto entre os/as participantes da plenária, e muitos/as, que não têm a mesma instrução, não se sentem à vontade para debater e/ou colocar sua opinião.

Na gestão do [nome do Gestor] ele é um caro muito competente, e daí ele vem numa plenária aqui [...], ele veio com ego desse tamanho, o conselheiro coitado fez uma pergunta ali pra ele simples, que ele tinha que responder simples, ele deu todos os títulos que ele tinha, todos os estudos que ele fez, pra depois responder [...] eu disse: o que a pessoa estava perguntando foi uma pergunta bem simples, mas o senhor respondeu com tanto título, que a pessoa se sentiu uma barata, nem conseguiu terminar o raciocínio dela, isso é ruim (CONS 10).

Em função dessa diferença do usuário, dessa discrepância muito grande entre a condição, que se coloca, tanto do ponto de vista de acúmulo técnico, [...] que é um discurso de conhecimento técnico-científico que sobrepõe ao conhecimento popular. Então, assim não há nenhuma horizontalidade (CONS 15).

A partir dos dados levantados nesta pesquisa e em outros estudos referentes ao baixo grau de escolaridade dos/as conselheiros/as, mais presente no segmento usuários/a, muitos/as entendem a importância do conhecimento técnico para melhor exercer suas funções, para com isso fortalecer o exercício de controle social. Foram poucos que referiram preocupações com o grau de instrução acadêmica dos/as usuários/as, na verdade, o que mais emergiu nas falas foi sobre a necessidade de

capacitações para os/as conselheiros/as, formação que abordem assuntos envolvendo o conselho, a gestão, políticas públicas e o SUS. Ainda salientaram que os/as usuários/as com menos instrução não os tornam menos capazes de fazer suas indagações e suas proposições dentro do Conselho.

[...] com o seu conhecimento local ele traz, ele questiona [usuário]. Isso é uma das coisas que mais me faz ter prazer em participar de uma Plenária e ficar, às vezes, até as dez da noite, é ver como o usuário, ele tem uma condição maravilhosa de entender. De saber que, quem está trazendo aquelas questões, talvez esteja colocando alguns subterfúgios que ele pode até não entender muito bem, mas ele quer saber o que está sendo trazido vai implicar na qualidade do atendimento que ele tem. [...] isso que eu digo, as pessoas não se atrapalham, pelo contrário, os usuários são muito, muito preparados (CONS 22).

O princípio da participação dos setores sociais no controle e na avaliação das políticas de saúde nos CS é assegurado por lei. Todavia, a grande maioria sabe disso, mas, para muitos, este princípio fica fragilizado à medida que indivíduos com menor grau de escolaridade encontram dificuldades para se expressar dentro dos CS. Isso pode ocorrer devido à maneira com que alguns atores com maior formação acadêmica empregam termos de difícil entendimento, fazendo sobressair o discurso do saber técnico e científico sobre os demais.

Portanto, isso pode provocar o silenciamento de muitos/as levando-os a acreditarem que não são capazes de desempenhar seu papel e alcançar seus objetivos. Ademais, pode ocorrer uma falsa ideia momentânea do cenário, dando a impressão de que os debates ocorrem de forma harmônica, mas, na verdade, o que acontece é que estes/as, às vezes, acabam se calando por se sentirem impotentes.

Em relação à formação e/ou capacitação para conselheiro/a, realizada pelos/as mesmos/as, lhes foi perguntado se já haviam feito algum curso de capacitação ou formação e qual a avaliação deles/as acerca dessa formação. Os resultados estão postos na Tabela 5.

Tabela 5 - Formação/Capacitações dos/as Conselheiros/as do CMS/POA

Fez alguma capacitação para conselheiro/a de Saúde	N	%
Sim	17	77,27%
Não	5	22,73%

Fonte: elaborada pela autora a partir de dados da pesquisa (2018).

Ao consultar os dados da Tabela 5, pode-se observar que a maior parte dos/das pesquisados/as já se encontra qualificada para exercer as funções de conselheiro/a. Do total das 22 pessoas 17 (77,27%) mencionaram que já fizeram capacitações/cursos e apenas 5 (22,73%) não fizeram. No que se refere à avaliação por parte destes/as sobre a formação/capacitação, a maior parte julgou fundamental e necessária essa formação para melhorar o conhecimento e o entendimento sobre os assuntos pertinentes ao controle social, assim a formação colabora para o desempenho das funções dos mesmos/as.

Ainda, alguns apontaram necessidade de mais capacitação e de Educação Permanente (EP) para se atualizarem em relação aos termos técnicos pertinentes às legislações e se empoderarem de assuntos relacionados às políticas públicas, do financiamento do SUS, entre outros assuntos. Com isso, além de se sentirem capazes para desempenhar suas funções, estarão mais qualificados para responder às demandas de seus representados. Dados ainda mais expressivos foram levantados por Colliselli *et al.* (2012), que mostraram que 83,3% dos/as conselheiros/as participaram de capacitações relacionadas ao controle social, e consideraram positivo o elevado percentual e apontaram que este fato qualifica o debate no conselho e contribui para o aprendizado individual.

Outros/as salientaram que a capacitação deve contemplar todos os segmentos, abrangendo os que já estão no conselho e os membros novos, que, muitas vezes, chegam ao CS com pouco conhecimento sobre leis, mecanismos e ferramentas úteis para se fazer debates qualificados. Além disso, reforçaram que a formação deve ser contínua, para lhes proporcionar mais confiança e segurança no momento de opinar e fazer alguns questionamentos sobre assuntos discutidos no CMS/POA e/ou em outros locais de participação. Corroborando, Jurberg, Oliveira e Oliveira (2014) mostraram que a grande maioria (90%) dos que responderam a pesquisa, concordou com a relação entre a informação e a influência nos debates.

A preocupação com o processo de formação dos/as conselheiros/as foi demonstrada por vários sujeitos durante as conversas. Isso mostra o grau de maturidade e o quanto cada um toma para si a responsabilidade de desempenhar bem suas funções, garantido a eficiência e a resolutividade do Conselho e, como resultado, o retorno aos seus representados a confiança que lhe foi depositada. Portanto, é fundamental e necessário que o/a conselheiro/a seja capacitado e que se

sinta preparado para a tomada de decisões diante dos desafios postos pelo exercício de controle social.

Além de descrever as características sociodemográficas dos/as conselheiros/as, buscou-se averiguar vários aspectos implicados na construção coletiva dos Instrumentos de Planejamento do SUS envolvendo a Gestão e o CMS/POA conforme será apresentado a seguir.

6.2 CONSTRUÇÃO COLETIVA DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE

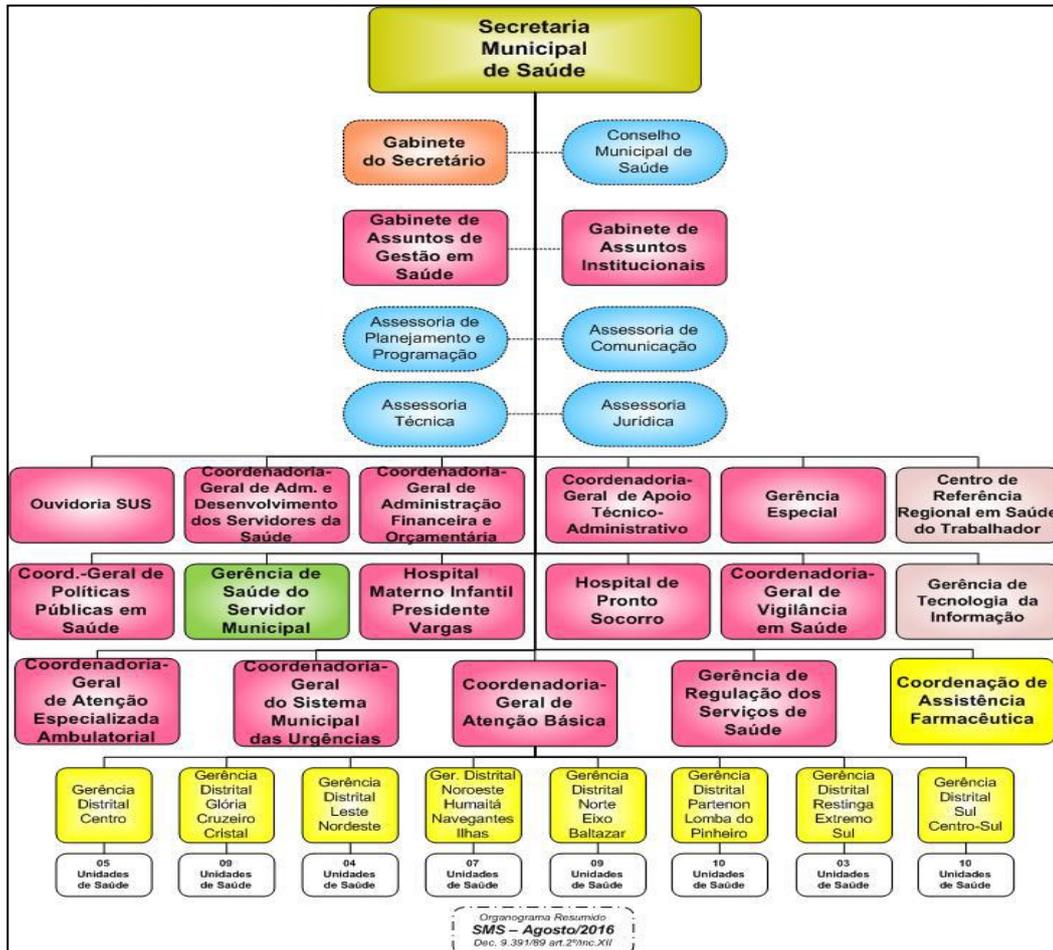
Referente aos resultados das categorias temáticas que emergiram a partir dos depoimentos dos/as indivíduos desta pesquisa, que procurou compreender processo de construção coletiva envolvendo o CMS/POA e a Gestão da SMS/POA para a construção dos Instrumentos de Planejamentos SUS, serão apresentados e discutidos nesta subseção e nas subsequentes. No primeiro momento, apresenta-se os dados acerca do conhecimento dos/as conselheiros/as sobre os Instrumentos de Planejamento do SUS e, na sequência, discorre-se sobre impasses e dificuldades nas negociações dentro do CMS/POA e que estratégias foram construídas para resolvê-los. Ainda, mostra-se o estado de compreensão por parte destes/as sobre os pontos negativos e positivos em relação às atividades de controle social e seus sentimentos em relação aos avanços ou não dentro CMSPOA.

A gestão municipal em saúde reflete a capacidade de a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) administrar as políticas públicas desse setor, de comandar politicamente e tecnicamente os assuntos relacionados à saúde do município. A gestão da SMS/POA é construída por distintas pessoas, que ocupam funções e espaços específicos que, às vezes, têm ideias e intenções opostas. Esses espaços se compõem em uma arena de disputas em que ocorre um jogo de forças e uma marcante presença da política e da micropolítica, produtoras de arranjos e de poder.

O CMS é, igualmente, um espaço de importantes disputas na área da saúde e em que esses diferentes poderes são colocados em jogo. Pode ser entendido como espaço social (campo de forças) em que a ação social é desenvolvida pelos atores sociais (TESTA, 1995). Logo, é neste ambiente de debates e de jogo de forças que são propostos e construídos os principais Instrumentos de Planejamento do SUS

(PMS, PAS e RAG) da SMS/POA. A distribuição desses espaços pode ser visualizada no organograma da SMS apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre



Fonte: PORTO ALEGRE (2018c, p. 1).

Ao verificar a Figura 2, observa-se que, no organograma da SMS, o CMS/POA está localizado logo abaixo da SMS e ao lado do Gabinete do Secretário. Isso mostra a sua importância e a responsabilidade com os/as usuários/as, que se encontram inseridos/as na base do organograma e, muitas vezes, distantes das negociações e das tomadas de decisões dos/as gestores/as da SMS/POA e do CMS/POA (PORTO ALEGRE, 2018c).

6.2.1 Conhecimento dos/as Conselheiros/as sobre a Construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS

Para entender o grau de conhecimento dos/as conselheiros/as em torno de como se constroem os Instrumentos de Planejamento do SUS (PS, PAS e RAG),

consideradas ferramentas norteadoras para a Gestão em Saúde, fez-se vários questionamentos aos/às mesmos/as sobre este assunto. Os resultados demonstraram que eles/as têm diferentes formas de entendimento e compreensão sobre a construção dos Instrumentos, que será apresentado e discutido na sequência deste estudo.

Na perspectiva das dificuldades encontradas por alguns para descrever como se articula a construção dos Instrumentos supracitados poderão ser percebidas nas seguintes falas:

Os únicos que eu sei são as leis, tanto as normativas como as leis, vem do Ministério da Saúde. [...] e o município deve discutir com os locais, distritais e municipais [conselhos] [...] (CONS 2).

[...] não tenho bem esse entendimento, mas o pouco que eu sei, que hoje ele [Plano de Saúde] vem pronto do Gestor (CONS 3).

[...] eu me inteirei lá como que é a ferramenta [Instrumentos de Planejamento], tudo passa pelo Conselho assim, o Plano, a Gestão, por exemplo, [...] então digamos assim, eu estou me familiarizando com essa situação (CONS 6).

A partir desses depoimentos, pode-se inferir que quando eles se referem às normas e leis construídas pelo MS, que o PMS vem pronto do Gestor, que as ferramentas de planejamento passam pelo CMS, na verdade estão querendo falar dos Instrumentos de Planejamento e dos mecanismos que orientam a Gestão em Saúde no município de POA. Nesse mesmo sentido, alguns indivíduos não souberam explicar com clareza como são construídos os Instrumentos de Planejamento do SUS, mas trouxeram outra visão, voltada mais para um sentido de concordância, de não se colocarem como protagonistas do processo.

[...] as coisas vêm prontas da gestão, a gente só discute o que eles decidem que querem fazer [...] as normativas vêm prontas e nós só dizemos sim ou não, não participamos diretamente da organização, [...] a gente só fiscaliza e aponta o que não está acontecendo (CONS 2).

[...] mesmo defendendo uma ideia...não fico batendo...porque não adianta a gente bater com secretário. O secretário apresenta toda a gestão dele [...]. Aí eles fazem lá com a secretária [PMS] e depois apresentam para nós. [...] aí todos conselheiros pegam e leem para ver se estão de acordo e deu (CONS 11).

Ao interpretar as falas acima, sob a ótica de como estes/as estão assimilando o que já vem dado, o que vem pronto de outra instância, percebe-se que estes/as

trazem um discurso de aceitação, de submissão em relação ao poder externo. Todavia, esta posição de conformação pode ser interpretada como uma consequência do desconhecimento que os/as conselheiros/as têm sobre suas competências, de seu poder de decisão e de proposição. E das limitações pessoais de se colocarem como um ator participante das discussões coletivas, em especial no que envolve a construção do PMS de POA, que para o qual, diversos atores estão no jogo colocando seus objetivos em disputa.

Estas constatações, de falta de clareza de como se constroem os Instrumentos de Planejamento do SUS e da passividade refletida no aceitar o que é posto por outrem, podem estar relacionadas com a pouca formação/conhecimento sobre assuntos que fazem parte do rol de demandas do CMS. Esse desconhecimento, às vezes, acaba fragilizando o/a conselheiro/a diante da formação e do saber técnico de outros atores presentes no jogo. O exemplo disso pode ser conferido nas seguintes falas:

[...] nós temos um problema, nós precisamos melhorar a formação dos conselheiros/as, porque a saúde é uma área científica e, acima de tudo, técnica [...], eu sempre abordo as matérias de forma técnica. [...] e às vezes tem conselheiros/as nosso que não estão devidamente preparados para entender (CONS 5).

[...] eu acho que no geral, os conselheiros não chegam a esse nível de proposição. É bem difícil, porque precisa de formação para isso [...], precisa ter conhecimento e estar empoderado (CONS 15).

Diante de tais constatações, entende-se que é fundamental o conhecimento, a formação do/a conselheiro/a para que este/a se transforme em um sujeito participante e não um participante assujeitado.

Essa situação remete a uma apropriada leitura do cenário de disputas que se configura no CMS/POA. O poder da sociedade, segundo Testa (1992), situa-se nas organizações. O autor divide o poder em: cotidiano - “a que e como fazer as coisas” - e, societário que está inserido no anterior, porque é aquele tipo de poder que remete ao que a sociedade quer construir, produzir ou reproduzir. O poder societário aponta os tipos de poder que se dispõe nos diferentes setores, sendo na saúde o técnico, o administrativo e o político (TESTA, 1992, p. 118).

Na fala dos sujeitos o poder técnico aparece claramente quando tratam da informação e do conhecimento técnico-científico. O poder administrativo tem um

essencial foco no financiamento, logo, pode-se ligar ao conhecimento da legislação e suas articulações. A análise das falas permite afirmar que esses dois tipos de poder são exercidos especialmente pelos/as gestores/as, prestadores/as de serviços e trabalhadores/as. Já o poder político que é capaz de mobilizar tanto o conhecimento empírico quanto o científico, pode ser exercido pelos diferentes atores inseridos nesse importante espaço de ação social.

Ainda, nesta mesma lógica de dificuldade de entendimento, alguns integrantes desta pesquisa mesmo não conseguindo descrever de forma didática como se constroem os Instrumentos de Planejamento para a Gestão em Saúde, apontaram exemplos de ferramentas, de ações de monitoramento e de metas do Plano:

A Gestão é bem difícil, é complexa. Depende do Plano de Saúde, depende do Gestor [...], quem está fazendo a gestão deve saber a necessidade do povo, saber o que é o SUS (CONS 10).

[...] existe o monitoramento de ações, a vacina, saúde da mulher, essas coisas que vão para o relatório. Tem as metas no Plano, [...] do Plano Anual de Saúde e no Plano Plurianual [PMS] (CONS 13).

[...] tem o Plano Municipal, aquele o Plurianual, a LOA, toda essa parte de construção ela é feita em vários espaços. E dentro da própria Gerência tem uma Equipe de Monitoramento, a onde o Controle Social está inserido nessa construção [...]. Então através disso que é feito a parte da construção junto com a Gestão (CONS 18).

Nota-se nas falas acima que, quando mencionam os Instrumentos de Planejamento e Orçamento de Gestão Pública (PPA, LDO e LOA)¹⁰, estão querendo se referir aos Instrumentos de Planejamento do SUS (PS, PAS e RAG) e quando falam de monitoramento estão se reportando ao acompanhamento das metas, já que muitos/as destes/as participam dos grupos de monitoramento das GDS, que por conta disso acabam fazendo o controle social. Salienta-se que o equívoco em relação aos Instrumentos de Planejamento do SUS e de Planejamento e Orçamento de Gestão Pública foram identificados nas falas de vários/as entrevistados/as, com ênfase no segmento usuário/a.

10 De acordo com a CF de 1988 do Brasil, no Art. 165, Leis de iniciativa do Poder Executivo, o modelo orçamentário brasileiro é estabelecido por três instrumentos: o Plano Plurianual – PPA; a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO; e a Lei Orçamentária Anual – LOA. O PPA, com vigência de quatro anos, tem como função estabelecer as diretrizes, objetivos e metas de médio prazo da administração pública. A LDO, anualmente, enuncia as políticas públicas e respectivas prioridades para o exercício seguinte. A LOA tem como principais objetivos estimar a receita e fixar a programação das despesas para o exercício financeiro (BRASIL, 2016a).

Contudo, mesmo que estes/as não soubessem discorrer tão bem sobre estes Instrumentos, demonstraram com exemplos que conhecem os mecanismos para alcançar as metas estabelecidas e de como se faz a Gestão em Saúde no município. Entendem o quanto é relevante para ele/as estarem capacitados/as para poder discutir e propor metas e ações para compor tais Instrumentos, sobretudo, para compor o PMS de POA.

A mudança de postura dos/as conselheiros/as é fundamental para que eles/as alcancem o conhecimento, assim como é importante o empenho individual para o sucesso da formação. O indivíduo bem preparado tem condições de fazer debates mais fundamentados além de ser capaz de contrapor ideias durante as discussões, o que fortalece o conselho e o controle social. Cabe evidenciar que a formação para conselheiros/as sobre as ações de EP para o controle social no SUS é de responsabilidade dos seus respectivos CS (BRASIL, 2006c), porém, nem sempre os conselhos conseguem dar conta desta demanda. Diante disso, torna-se considerável a dedicação de cada em buscar, o conhecimento e o empoderamento das legislações do SUS, de políticas públicas de saúde e de gestão entre outros temas, para que possa melhor desenvolver as atividades demandadas pelo conselho e pelo controle social.

Tais constatações, em relação ao pouco conhecimento dos/as conselheiros/as sobre as leis, atribuições e funções do conselho não refletem as determinações da Resolução nº 453, que definem algumas competências do conselho, nas quais coloca o/a conselheiro/a como protagonista das tomadas de decisões (BRASIL, 2012c). De acordo com esta Resolução, se os/as integrantes do CS tivessem mais conhecimento do que lhes compete, os tornariam mais preparados para atuar na construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS e do controle social, no âmbito do seu respectivo município.

Considerando o que foi exposto sobre o pouco conhecimento que os/as conselheiros/as de saúde têm sobre o processo de construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS e as suas atribuições no CMS, Saliba *et al.* (2009) apontam suas ponderações, a partir da pesquisa realizada em cinco municípios de pequeno porte da região Noroeste do Estado de São Paulo. Ao analisarem os resultados, eles concluíram que "[...] os conselhos são compostos por membros com pouco conhecimento sobre suas funções. Grande parte relatou ter dificuldade na

compreensão de documentos" (SALIBA *et al*, 2009, p. 1377). Esses autores salientaram que "[...] a participação na elaboração e aprovação dos instrumentos de gestão, acompanhamento e avaliação da saúde deveria ser a função mais importante dos conselhos municipais de saúde" (SALIBA *et al*, 2009, p.1373).

Já, em relação ao bom conhecimento acerca de como se constrói o planejamento em saúde a partir dos Instrumentos de Planejamento do SUS, outros/as apontaram com clareza esse entendimento, com ênfase na construção do PMS. Ainda, mencionaram como o planejamento deve ser desenvolvido e quem deve participar. Esses relatos estão presentes nos depoimentos a seguir:

[...] a gestão, ela é construída por pessoas muito diferentes [...], uma pluralidade de personagens que ocupam papéis em espaços estratégicos para o direcionamento da Política Municipal de Saúde. [...] a SMS tem níveis de funções, cargos políticos, os CC's [cargos de comissão] e cargos mais técnico [...] tem uma ramificação de pessoas que tem interesses e conduzem a gestão do seu espaço (CONS 14).

[...] eu sempre participei dos espaços de planejamento no meu território [...], porque eu sempre entendia que a gestão, ela é uma construção que não se dá a partir do gestor [...], mas que ela tem que se dar com os trabalhadores, com os usuários e gestores. Numa visão de gestão participativa, cogestão, que é o que está preconizado no próprio planejamento do SUS (CONS 15).

Bom, dentro dos instrumentos de planejamento, eu acho que primeiro o PMS [...] ele é construído pela SMS, mas discutido exaustivamente com o controle social, porque a Gestão não é detentora máximo de todos os conhecimentos e saberes. Então assim, o PMS [...], sempre tem a participação dos técnicos, da Gestão e dos trabalhadores discutindo, [...] a gente sempre fez um processo de discussão de todas as ações, metas. Primeiro internamente dentro da Gestão, depois levado para os espaços com os trabalhadores (CONS 17).

Esses depoimentos demonstraram boa capacidade de conhecimento, de como é realizada a gestão em saúde, inclusive como são construídas as negociações de construção coletiva dos Instrumentos de Planejamento do SUS. Apontaram que a gestão em saúde é construída por diversos atores e compõe-se em um espaço de produção de relações formal e informal, no qual as pessoas ocupam funções específicas e que, às vezes, têm intenções distintas. Salientaram que a gestão deve ser construída a partir da base, reconhecendo a participação de todos os segmentos nas discussões e negociações do processo de construção de Instrumentos de Planejamento em Saúde da SMS/POA, com ênfase para os/as representantes dos/as usuários/as e dos trabalhadores/as.

A importância destacada aos/às trabalhadores/as se deu pelo fato destes estarem mais próximos da comunidade e de suas necessidades, que, muitas vezes, seus papéis acabam se interseccionando com os dos/as usuários/as. Como exemplo de construção coletiva de um Instrumento de Planejamento foi mencionado o PMS de POA, instrumento orientador da Gestão deste município. Também enfatizaram a importância de o Gestor conhecer bem o SUS e as necessidades da população.

Cabe salientar a importância da utilização de meios estratégicos pelos atores que atuam no jogo social para atingir seus objetivos. Para Matus (1996), a negociação pode ser de três tipos: cooperativa, na qual os atores têm preferências diferentes, mas objetivos comuns; conflitiva, que as finalidades são opostas; e, a mista, os interesses diferentes são combinados com opostos. A observação em espaços de discussão e disputas permite inferir que os três tipos de negociação se intercalam na arena decisória. Ora um interesse é mais beneficiado que outro, ora há importantes disputas (MATUS, 1996), no entanto, os atores sociais conseguem chegar a consensos que beneficiam a população.

Em síntese, estes/as entrevistados/as, pelos seus depoimentos, demonstraram estar bem informados/as em relação a leis, processos e instrumentos que norteiam as políticas públicas, assim como têm conhecimentos das competências do Conselho e de suas atribuições. Com isso, entende-se que eles/as estão mais preparados/as para estabelecer debates mais consistentes, resultando em mais participação nas proposições das diretrizes, metas e ações que compõem os Instrumentos de Planejamento em Saúde da SMS/POA.

Desse modo, compreende-se o quanto é essencial a formação/capacitação do/a conselheiro/a, para que o mesmo possa conhecer o arcabouço de legislações e mecanismos que orientam os processos de construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS e de Gestão em Saúde. Portanto, é a partir do conhecimento que se consegue fazer um melhor enfrentamento nas plenárias e expor as ideias, assim, tornando-os mais pertencente aos contextos estabelecidos dentro dos espaços de participação, como o CS.

6.2.2 Conhecimento dos/as Conselheiros/as sobre os principais Instrumentos de Planejamento do SUS

Os relatos dos/as conselheiros/as, em relação ao seu conhecimento sobre os Instrumentos de Planejamento do SUS (PS, PAS e RAG) e quais desses são discutidos no âmbito do Conselho, trouxeram diversas maneiras e diferentes graus de entendimento sobre este tema. Muitos não souberam dizer os nomes ou desconheciam os próprios Instrumentos, conforme descritos pela legislação. Alguns demonstraram pouca clareza sobre a nomenclatura desses Instrumentos, outros apontaram boa sabedoria sobre este assunto. Essas constatações serão apresentadas e discutidas no decorrer deste estudo.

A pouca compreensão e/ou o entendimento equivocado, por parte de alguns sobre tais Instrumentos podem ser conferidos nos depoimentos que seguem:

[...] eu acho que são as comissões, eu já vi que é nas comissões [comissões executivas e temática do CMS] que saem todas, que se definem, que elas saem dali prontas para a plenária para serem aprovadas ou não (CONS 6).

Conhecer, conhecer não, eu estou tendo um aprendizado pelas reuniões que eu vou escutando outras pessoas falando isso me faz aprender mais [...] (CONS 7).

Então tem todo um, o plano municipal, o plano anual aquele, o plurianual (PPA a LOA, toda essa parte de construção ela é feita em vários espaços (CONS 18).

Ao explorar esses discursos, compreende-se que, quando o/a conselheiro/a menciona o PPA e a LOA, Instrumentos de Planejamento e Orçamento da Gestão Pública, dispositivos que dialogam com os Instrumentos de Planejamento do SUS, o que estão querendo falar, de fato, é sobre os Instrumentos de Planejamento do SUS. Apesar de estes Instrumentos serem os mais discutidos e trabalhados no âmbito do controle social e da gestão pública, mesmo assim, são confundidos com outras ferramentas de gestão. Já o/a outro/a que fala sobre as comissões¹¹, está se referindo aos assuntos que se discutem dentro das comissões e que após são

¹¹ O Conselho Municipal de Porto Alegre conta com o auxílio de suas Comissões Executivas e Temáticas, as executivas apoiam o Conselho em assuntos da Comunicação e Informação, da Educação Permanente e da Fiscalização. As Comissões Temáticas, com caráter consultivo, têm por finalidade discutir e propor as políticas de saúde para o tema, subsidiando o Núcleo de Coordenação e o Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2018g).

apresentados ao plenário e/ou incorporados ao plano. Esta fala pode estar relacionada a sua participação nessas comissões, já que muitos/as são integrantes de comissões, por exemplo:

[...] para mim o que é muito importante é a discussão nas comissões que a gente faz, comissões temáticas, tanto na que eu faço parte como das outras pessoas, fazemos parte das comissões (CONS 4).

Tenho participado, veja bem, eu represento o Conselho Municipal de Saúde em algumas Comissões (CONS 5).

Eu estou na comissão da atenção Primária, estamos trabalhando nessa questão da Atenção, da Atenção Primária (CONS 12).

Dentre os/as pesquisados/as que apresentaram pouco conhecimento em torno dos assuntos que permeiam os Instrumentos de Planejamento, a grande maioria foi do segmento usuários/as e isso pode estar associado a um menor grau de escolaridade e/ou capacitação em comparação aos demais segmentos, conforme já mencionado na Seção 6. Em resumo, mesmo não dominando os conceitos desses Instrumentos, a maioria tem colaborado com a construção, com o desenvolvimento e a fiscalização das metas e ações que os compõem.

No que tange aos Instrumentos de Planejamento do SUS versus Instrumentos de Planejamento governamental, que equivocadamente foram descritos por alguns respondentes, percebeu-se que em alguns momentos em que pretendiam falar do PMS mencionavam o PPA. Para melhor compreensão teórica destes instrumentos pode-se valer da leitura do Manual de Planejamento do SUS, uma publicação do MS (BRASIL, 2016a). Neste manual, além de outros esclarecimentos ele aponta que os municípios têm a responsabilidade de construir, implementar e avaliar o ciclo do planejamento municipal a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos municipais de saúde, das prioridades estaduais e nacionais. E ainda refere que:

[...] os Instrumentos de Planejamento da Saúde - o Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão - devem orientar, no que se refere à política de saúde, a elaboração dos Instrumentos de Planejamento de governo - Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), definidos a partir do art. 165 da CF (BRASIL, 2016a, p. 77).

Por sua vez, esses Instrumentos se interligam sequencialmente e se compõem em um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Neste sentido de participação, no planejamento do SUS o PlanejaSUS (BRASIL, 2009b) aponta, que a participação dos CS deve ser incluída no processo de planejamento da saúde, que os planos de saúde devem ser elaborados pelas Secretarias e posteriormente encaminhados aos conselhos/as de saúde para discussão e aprovação (BRASIL, 2009a; 2009b).

Assim sendo, entende-se que o PS deve ser elaborado de forma conjunta com a participação da comunidade e/ou seus representantes. Que todos podem e devem contribuir com a análise situacional, com a construção e execução de suas metas, identificando os principais problemas de saúde presentes no município, bem como, elencando as prioridades e as estratégias para intervir na atenção à saúde da população. Concordando com Saliba *et al.* (2013) que, em sua pesquisa, objetivou analisar os planos municipais de saúde de três municípios do Estado de São Paulo, quanto ao atendimento dos preceitos legais que regem o SUS, sua constituição e apresentação dos itens essenciais. Os autores destacam que o plano municipal é:

[...] importante que sua elaboração ocorra de forma participativa a partir de uma análise estratégica situacional, para que a comunidade e/ou seus representantes mencionem e decidam quais os principais problemas de saúde presentes no município, minimizem os conflitos de interesse, definam quais ações prioritárias a serem realizadas, e, quais as estratégias exequíveis de intervenção no modelo de atenção à saúde devam ser promovidas, por meio do planejamento em saúde (SALIBA *et al.*, 2013, p. 225).

Entretanto, ao investigar os PMS desses municípios estudados Saliba *et al.* (2013) observaram que não houve a colaboração ou a participação do CMS nas definições de ações de saúde de seus respectivos PMS. Também observaram que os conselhos, apenas aprovam os planos após suas elaborações. Os autores encontraram deficiências nos planos analisados, com isso, eles apontam que:

[...] há necessidade de executar a educação permanente dos gestores quanto à importância da elaboração sistemática dos PMS, de acordo com legislação vigente correspondente, bem como do incentivo a participação ativa dos Conselhos Municipais de Saúde, objetivando a concretização do controle social das ações de saúde, conforme preconizado pelo SUS (SALIBA *et al.*, 2013; p. 228).

Já, em relação ao bom conhecimento sobre os conceitos dos Instrumentos de Planejamento do SUS, muitos/as dos/as participantes souberam discorrer com clareza sobre tais Instrumentos e souberam descrever muitos conteúdos contidos nestes documentos. Ainda, mencionaram propostas de metas, de ações, de monitoramentos e de fiscalização, apontando como esses devem ser executados, conforme relatos:

[...] acho que é o Plano de Saúde que dirige todo o trabalho, que a gente faz a cada quatro anos, e depois tem [...] as Programações Anuais de Saúde, que eu acho que é importante [...] ali, tu sabes onde tem que melhorar, porque ali aparecem os furos. Os Relatórios de Gestão são importantes, tem o que foi feito, [...] isso é importante, a prestação de contas (CONS 10).

A gente trabalha com o Plano Municipal de Saúde [...]. A gente faz sempre o próximo plano, olhando para o vigente, fazendo uma análise institucional do que a gente conseguiu ou não evoluir [...], mas também olhando para o planejamento nacional, quais são as políticas nacionais estaduais de saúde vigentes. Aí, transversaliza-se estes Instrumentos com que as pessoas trazem das regiões (CONS 14).

[...] a gente trabalha muito com [...], as questões das Programações Anuais de Saúde. Com a questão dos Relatórios de Gestão. Que são os Instrumentos, digamos, obrigatórios (CONS 15).

[...] então é o Plano Municipal, Relatório de Gestão, o quadrimestral e Relatório Anual de Gestão. Então esses Instrumentos que o Conselho Municipal não pode se furtar de estar se debruçando neles (CONS 19).

O Relatório de Gestão, Programação Anual de Saúde e o Plano. Eu acho que estes todos, porque eles são diferentes. Penso que onde o embate é maior, é na programação Anual de Saúde. Porque é onde vão estar as Metas de fato e as Ações para aquele ano (CONS 21).

A partir destes relatos, pode-se observar que estas pessoas têm bom conhecimento acerca dos Instrumentos de Planejamento do SUS e, algumas, até aprofundaram o assunto, esclarecendo como é o processo de construção do PS e quais dos Instrumentos requerem mais atenção por parte delas. Aqui, é pertinente ressaltar que, nos depoimentos acima, a maior parte das falas foi do segmento trabalhador/a, prestador/a e gestor/a. Entende-se que o domínio que estes/as apresentaram sobre o assunto abordado pode estar relacionado à escolaridade, já que estes/as, na análise da caracterização, foram os que apresentaram maior grau de escolaridade quando comparado com o segmento dos/as usuários/as.

Ao encontro destas observações, Wendhausen e Caponi (2002), em uma pesquisa realizada em um CS de um município catarinense, buscaram compreender

a cotidianidade das relações discursivas e extra discursivas que operam suas práticas. Os resultados averiguados, em relação à escolaridade, demonstram que as pessoas com ensino superior completo se encontram nos segmentos governamentais, prestadores de serviços e profissionais da saúde, a maioria desses, com a profissão ligada à área da saúde. Já no segmento dos/as usuários/as, a maioria possuía o primeiro grau incompleto e apenas um havia concluído o terceiro grau, apenas, dois da área da saúde. Ainda, apontaram que o grau de escolaridade acaba tendo uma relação direta com a fala dentro do conselho estudado. Em outras palavras, compreende-se que o conselho, de fato, é um espaço que garante o direito da fala, mas em determinado contexto pode haver um silenciamento. Todavia, para se fazer um bom discurso depende de preparo, então, pode um falar ou, ao contrário, um calar. Isso vem reafirmar que a possibilidade de fala dentro do conselho está diretamente relacionada à escolaridade. Neste mesmo sentido, Lemos *et al.* (2016), no estudo que buscou compreender aspectos do perfil dos Conselheiros/as Municipais de Saúde de Anápolis-GO, concluíram que o bom grau de instrução é fator que pode facilitar a maior compreensão da dinâmica do SUS e do CMS.

Portanto, o conhecimento é uma forma de poder que surge nesse jogo e cabe salientar que, segundo Matus (1996), existem poucas pessoas no jogo social, ou seja, poucos tomam a decisão e representam as organizações sociais, colocando-se como líderes do coletivo social. Essa realidade pode ser observada nos momentos de discussão e em falas que traduzem o entendimento do cenário atual. O estudo dos atores permite avaliar a perspectiva das variáveis de aprendizagem e perícia, além das de personalidade. Essas variáveis auxiliam na avaliação, para ver de que lado o ator social atua, ou seja, quais são as estratégias que emprega e quais suas movimentações e como se posiciona no jogo social.

Essa análise estratégica permite inferir que nem todos os/as conselheiros/as são considerados atores sociais, ou seja, que se movimenta no jogo social, que disputa espaços de inserção de seu modelo de atenção, em especial, na participação da construção dos Instrumentos de Gestão e do PMS. Além disso, o bom conhecimento sobre os Instrumentos de Planejamento do SUS apresentados nos discursos acima, pode estar atrelado ao nível de envolvimento e de permanência destes/as no CMS/POA, dado que, alguns têm uma longa trajetória de atuação neste Conselho e/ou em outros espaços de participação.

[...] eu estou aqui há 12 anos como conselheiro, representante distrital e o local da UBS [...] e eu já era de uma creche, trabalhava numa associação como voluntário, na associação de moradores há 17-18 anos (CONS 2).

[...] eu participo ativamente do orçamento participativo (CONS 6).

[...] eu tenho uma trajetória [de participação] desde 2003 (CONS 17).

Como Conselheira desde 2003, mas estou envolvida no conselho, praticamente desde 1991 (CONS 21)

[...] eu tenho nove segmentos onde eu atuei e atuo como voluntário, além do CMS/POA. Então só vou citar três (CONS 16).

Ao conferir as falas acima, pode-se presumir que as experiências dos/as conselheiros/as em diversos espaços por tantos anos podem, sim, ter contribuído muito para o seu aprendizado. Visto que à medida que se tem mais contato com maior número de pessoas, por maior tempo e em um determinado espaço, isso permite que haja mais troca de experiências e maior transmissão de saberes, com isso, o aprendizado acaba acontecendo de forma automática.

Dessa forma, entende-se que o conhecimento construído de forma empírica¹² - conhecimento baseado na experiência, na observação, no resultado do senso comum, sem necessidade de comprovação científica – deve ser levado em consideração, haja vista que os assuntos que permeiam o conselho dizem respeito ao cotidiano das pessoas. E é nesse sentido que as experiências vividas por estes/as podem contribuir para propostas mais factíveis e compatíveis com as necessidades da população, assim contribuindo com a resolutividade do CMS/POA.

6.2.3 Instrumentos de Planejamento do SUS: participação, impasses, limitações e estratégias dos/as Conselheiros/as para avançar nas negociações

Buscando aprofundar o universo dos/as conselheiros/as sobre as suas participações na construção/proposição de metas ou ações para compor os Instrumentos de Planejamento do SUS, com ênfase no PMS de POA, realizaram-se questionamentos acerca de suas atuações, de suas proposições e de discussões de

¹² Conhecimento empírico - baseado na experiência ou dela derivado, designa o conhecimento adquirido com a prática. (MICHAELIS, 2009).

metas. Bem como, sobre as dificuldades, impasses, limitações e avanços identificados por estes/as no decorrer de suas gestões no CMS de POA.

Em resposta a isso, houve uma diversidade de posicionamentos, alguns divergentes, outros convergindo para o mesmo pensamento. A grande parte se mostrou receptiva a esses questionamentos. Muitos/as apontaram suas participações e apresentaram os contextos envolvidos nas discussões de alguns temas, metas e ações, com maior importância, no processo de construção dos PMS de POA, visando melhorias de saúde para a população:

[...] agora na implantação das clínicas [...], eu encaminhei que tivesse saúde bucal, que isso não estava lá colocado no planejamento deles, eu questionei se não poderia ter um dentista, aí eles disseram que era uma boa ideia e entrou no Plano no outro dia (CONS 2).

Eu consegui encaixar uma meta, de melhor qualidade de alimentação e atendimento em foco na linha dos indígenas [...] eu vibrava e pulava de alegria (CONS 3).

Uma outra meta que participei foi a da hepatite que ele [atual Gestor] queria tirar e a gente chegou num consenso [...], porque tinha ficado de fora. Todos outros conselheiros acharam que era importante e teria que agregar e ele [atual Gestor] acabou acatando (CONS 4).

Eu participei dos três Planos Municipais de Saúde. Eu acho que o próprio o capítulo [...], que fala sobre como que o planejamento em saúde se organiza dentro da SMS. Eu acho que essa foi a principal colaboração assim que eu tive (CONS 14).

A gente questionou e, como a gente tinha uma meta, daí a gente bancou [...]. Que foi a questão de constituir vigilância em saúde mental no distrito de saúde e aí se ampliar isso para cidade (CONS 15).

[...] eu participei da discussão, por exemplo, da saúde da população negra, colocar a questão da raça/cor [...] a gente tentou fazer uma adequação do PMS de forma que a gente pudesse colocar metas que fossem possíveis de mensurá-las (CONS 17).

Uma coisa que eu levantei a bandeira é a questão da informatização [...]de que isso é importante nas US (CONS 18).

No primeiro [Plano] eu trouxe mais a Pessoa com Deficiência, a Saúde do Trabalhador [...]. Eu me meti em tudo, na verdade, na Saúde Mental.... Nas Práticas Integrativas. Isso é algo que eu vi que fiz a diferença (CONS 19).

Ao examinar as falas acima, foi possível observar que dentre os vários exemplos de proposições de metas, contemplou-se diferentes assuntos, que têm a ver com as necessidades da população e que devem ser incorporadas ao PMS para serem executadas nos próximos anos. Dentro deste contexto, salienta-se que estas propostas de metas, em sua maioria, foram encaminhadas pelos/as componentes do

segmento usuários/as e dos trabalhadores/as. Estes temas podem ter sido apontados a partir do conhecimento que estes/as têm sobre as prioridades das pessoas, pela função de conselheiro/a ou profissional. Também contribui para a construção destas metas o fato destes/as conhecerem melhor as vulnerabilidades de determinados grupos de pessoas e/ou comunidades. Isso mostra o quanto a atuação deles/as pode contribuir para a saúde da população em geral.

O conhecimento da situação e trabalhar para a transformação desta realidade remetem à Testa (1992), que relata que o planejamento deve auxiliar na criação de condições para se realizar ações que tragam mudanças sociopolíticas e econômicas nos países. Interessante notar nas falas e nas reuniões que os pensamentos dos sujeitos se expressam nas ações dos atores sociais postos no jogo. O instrumento é a operacionalização do planejamento em saúde e, sim, tem a possibilidade de promover mudanças na realidade social, especialmente na área da saúde.

Outro ponto interessante mencionado por alguns foi o progresso contínuo da participação destes/as no CMS/POA, nos últimos anos, especialmente do segmento dos/as usuários/as e, a boa atuação dos/as representantes dos/as trabalhadores/as nas discussões dentro do CMS/POA. Infere-se que essa situação também ocorre, dentre outros, pelo uso de alguns meios estratégicos - discutidos por Matus (1996) - que permitem que haja reverses no jogo social. Pode-se falar, especialmente, a mediação, confronto e julgamento, sendo estes últimos acompanhados no início do ano de 2018.

Além disso, se posicionaram em relação às discussões e as análises das prioridades da população e, que se deve levar em conta os distintos territórios, iniciando as discussões pelas unidades de saúde, pelos conselhos locais e distritais de saúde, para depois serem trabalhadas e lapidadas pelo CMS/POA e pela Gestão, dado que a maior parte representa a população de um modo geral. E melhor compreendem as necessidades das comunidades por estarem inseridos nestes contextos.

[...] a gente tem a vivência das Gerências, dos postos, as reclamações das pessoas, e aí a gente faz o contraponto, tem coisas que a gente avança, tem coisas que estanca, não adianta (CONS 10).

Na verdade [...], nós somos representantes, somos ferramentas da própria Comunidade, [...]. Então nós temos sim essa obrigação de defender aquilo que a gente traz da base (CONS 12).

Os/as conselheiros/as citados remetem à necessidade de se avaliar a situação, olhar as necessidades, os problemas e, a partir disso, construir o Plano. Matus (HUERTAS, 1996) adverte que, ao utilizar o conceito de situação, obriga-se a determinar quem explica, haja vista, toda a explicação é trazida por alguém a partir de sua posição no jogo social ou com sua leitura da realidade. Isso pode gerar um impasse, o autor refere que a realidade pode ser explicada por situações diferentes, porque participam do jogo social com diferentes propósitos.

Retomando o papel dos/as conselheiros/as, todos atuam pela qualificação da saúde da população do município. Porém, os modelos de atenção em saúde - ou modelo explicativo utilizado - são diversas as intenções postas em cheque (MATUS, 1996). Nesse sentido, a análise situacional de Matus (HUERTAS, 1996), demonstra que o ator avalia de modo particular o jogo social. Assim, é necessário diferenciar as explicações dos diferentes atores. O autor relata que é difícil ser um bom estrategista e jogar bem se o ator social desconhece a explicação do outro ou lhe atribui a sua.

Muitos dos conflitos gerados em espaços como o CMS podem ser atribuídos às diferentes explicações que se têm da mesma realidade, ou seja, “[...] não são apenas respostas diferentes a perguntas iguais: são respostas diferentes a perguntas diferentes”, porque a leitura do problema por parte do/a usuário/a, do/a trabalhador/a, do/a prestador/a e do/a gestor/a é diferente (HUERTAS, 1996, p. 32). Por esse motivo, parece que os/as usuários/as entendem melhor o olhar da população sobre a realidade, porque ele a vive de uma forma mais próxima que é diferente da vivência dos demais segmentos.

Com o objetivo de explorar um pouco mais o universo das discussões entre os/as conselheiros/as e a Gestão em torno dos contextos que envolvem os processos de construção coletiva dos instrumentos de planejamento e de gestão do SUS, procurou-se averiguar se houve impasses, dificuldades e limitações durante este percurso de construção. Assim sendo, fez-se alguns questionamentos acerca desses temas. Muitos relataram que têm enfrentado alguns impasses, alguns limitadores que interferem no avanço dos debates. Outros enfatizaram as dificuldades relacionadas ao diálogo com a gestão, muitos entraves para se construir e efetivar suas propostas, conforme consta em alguns relatos:

[...] eu nunca consigo dizer que teria que ser de outra forma, já chega... vocês aceitam ou não? [...] nós somos mais fiscalizadores (CONS 2).

Esse governo [atual Gestor], [...] nenhum acordo, qualquer coisa que tu encaminhes por ali, eles travam tudo, trancam tudo [...], nenhum acordo, tem sempre alguma coisa contra (CONS 3).

Eu acho que tudo que a gente projeta, a maior parte ele entra contra [...]. A gente tenta fazer ele aceitar as nossas reivindicações e ele só apela e diz que não tem dinheiro (CONS 7).

O CMS/POA era o grande, forte, a gente tinha voz lá dentro. Só que nessa Gestão isso 'morreu'. O Secretário não ouve o Conselho, não existe uma abertura (CONS 9).

Agora está dificultando, dificuldade por causa que ele [atual Gestor] quer fazer uma coisa e o Conselho não aceita (CONS 11).

Observando os relatos acima, nota-se que houve muitas dificuldades nas negociações com a gestão. A partir das falas destes/as, entende-se que se estabeleceu um embate muito hostil durante estas discussões. De um lado, os/as conselheiros/as tentando colocar suas propostas em ação, de outro, a Gestão resistindo com suas justificativas. Vale ressaltar que os/as entrevistados/as que apresentaram mais dificuldades para colocar suas propostas e fazer valer suas ideias, a maior parte destes, foram os representantes dos/as usuários/as.

Diante desta constatação e somado à pouca instrução de alguns do segmento usuários/as em relação aos demais segmentos, conforme observado nos respectivos perfis, pode-se compreender que esses/as estão menos preparados para um embate com membros do Conselho que detêm um maior conhecimento e mais preparo técnico, como é o caso do Gestor, principal ator das discussões, que foi mencionado por eles.

Nesta mesma direção, Shimizu *et al.* (2013), em estudo realizado com conselheiros/as de dezenove municípios da Região Integrada do Distrito Federal e Entorno, identificaram pouco conhecimento e pouca formação dos membros desses conselhos. Consideram isso, um fator limitador para o desenvolvimento de todas suas funções de conselheiro/a e observaram que “[...] as relações de poder que se estabelecem entre os representantes do poder executivo e os de usuários, que são em grande parte legitimadas pelo saber técnico, se constitui grave problema no interior dos CS” (SHIMIZU *et al.*, 2013, p. 2279). Portanto, o saber técnico que sobrepõe o saber de senso comum acaba restringindo a liberdade de expressão desses sujeitos encarregados de responder pelas demandas da população.

Outros, mostraram-se preocupados com a maneira de como o Gestor costuma se impor em relação às deliberações do Conselho e como resolve as questões relacionadas à saúde. Relataram que se sentem muito contrariados com a forma dura e impositiva do Secretário em relação ao controle social, que, como consequência disso, acaba gerando muitos dissabores aos mesmos. E alguns enfatizam que consideram o CMS/POA um espaço democrático já consagrado há muitos anos e, por isso, esperam que seja respeitado.

[...] ele [gestor] abriu a primeira unidade da expansão de horário sem consultar o conselho municipal (CONS 7).

O maior ranço, a principal reação que os gestores sempre tiveram, ao longo desses anos todos, foi em relação à função deliberativa do Conselho Municipal de Saúde. [...] na Gestão atual há uma certa reação, vamos dizer, declarada, de que toda vez que é reclamada que os assuntos, os temas, os projetos, não são submetidos, previamente, à consideração do Conselho Municipal de Saúde, que tem a função deliberativa, há uma certa reação, irritação do Gestor em relação a essa situação (CONS 16).

O Conselho Municipal de Saúde, pela sua tradição, pela sua vocação, pela sua maneira de agir, pelos êxitos que teve na justiça, por tantas coisas que conseguiu, não abre mão de que os assuntos importantes na área de projetos, na área de políticas novas, na área de contratação de serviços terceiros etc., seja previamente submetido a ele. Eles [a gestão] reagem muito a isso, a tal ponto de que isso é explicitamente dito, que é uma forma, vamos dizer, de embargar, uma forma de retardar, uma forma de fazer demorar as coisas (CONS 17).

[...] agora está um horror, [...] é quase que a impossibilidade da participação. A Gestão não deseja participação. A Gestão não quer que as pessoas participem. [...] a participação que eles querem é a participação de quem não participa. É a participação que ocupa cadeira e levanta crachá sem criticar. (CONS 21).

A partir desses relatos, evidenciou-se claramente os entraves que os/as conselheiros/as enfrentaram, especificamente, devido à postura do atual Gestor, que segundo esses/as, tem dificultado o diálogo e o avanço de propostas por eles/as encaminhadas. É oportuno, aqui, fazer uma ressalva – o período de campo desta pesquisa passou pela mudança de propósito de governo, com a eleição do CMS, o que gerou um momento de importantes disputas, colocando o CMS/POA em meio a um campo de forças, de resistências e disputas em que os diferentes atores sociais envolvidos se colocavam em dois polos de embates, protagonizando situações que lembravam o jogo ‘cabo de guerra’.

Neste jogo ora um lado puxa mais, ora o outro lado é o mais forte. Isso foi visto, por exemplo, quando se chegou a um impasse no processo eleitoral do CMS/POA para a gestão 2018 – 2019, na qual a disputa foi levada ao poder judiciário. Foi um momento de muita aflição dentro do Conselho devido a disputa eleitoral que estava ocorrendo com muitas discussões entre as duas chapas concorrentes. Tudo isso, com a presença da Gestão que assistiu e participou de todo o processo até a véspera da eleição para o novo núcleo de coordenação.

Mas o que eles não esperavam, após a eleição do novo Núcleo de Coordenação, foi a decisão tomada pelo Gestor de proibir os/as servidores/as de se fazerem presentes nas plenárias em horário de expediente, bem como a proibição de participação dos/as trabalhadores/as em Cargos de Confiança (CCs) e servidores/as com cargo de gerência e de coordenação nas atividades do Conselho. Com um agravante de não reconhecer e não legitimar o novo núcleo de coordenação eleito, bem como proibir as atividades destes e dos/as demais membros nos espaços do CMS, uma vez que este se localiza nas dependências da SMS/POA. Salienta-se que Matus (1996) entende a imposição como um meio estratégico utilizado por atores no jogo social, a autoridade e o uso da hierarquia representam a situação colocada em jogo e as diretrizes como meio desta imposição.

Teve conselheiros/as, que apesar de considerarem o atual Gestor resistente às negociações e ao controle social, mesmo assim reconhecem a importância da Gestão e confirmam que ao longo dos anos vem melhorando o processo de construção coletiva. Muitos/as afirmaram que conseguem colocar suas ideias em debates e que o CMS/POA tem avançado em relação aos acordos com a Gestão, acima de tudo, quando se trata da construção, da elaboração e lapidação do PMS, que pode ser conferido em suas falas:

O Secretário não queria até o final que colocasse esse pedido, e no último momento o secretário abdicou, resolveu e colocou (CONS 1).

Apresentamos propostas para ele [Gestor], ex. a planilha de obras [...], faz dois anos com discussão e não conseguimos fazer uma meta naquela planilha, porque não tem dinheiro [...], aí a gente entendeu que no momento tivemos que deixar de fora. [...] o Gestor quis botar a política dele, então tivemos muitas dificuldades, mas, mesmo assim, conseguimos algo, construir um Plano (CONS 4).

Eu participei desde o primeiro Plano, desde 2010, primeiro Plano que a gente fez dessa forma aqui na Secretaria. Desde então, eu venho observando que vem havendo um crescente de qualificação da forma como a gente constrói esses Planos (CONS 15).

Eu acho que a gente conseguiu fazer uma expansão e se a gente olhar a série histórica do município, especialmente 2010 para cá, nós viemos num crescimento de atenção básica importante (CONS 17).

Apesar deste Governo, que a gente sabe que não quer o controle social, [...] assim mesmo o CMS pela história dele de construção, conseguiu bancar que tudo o que foi falado no seminário, [...]. Essa caminhada, da construção deste Plano, foi muito linda. [...] não terminou no seminário ou na Planária. Depois veio para a Secretaria, continuamos discutindo enquanto CMS e Gestão (CONS 19).

Diante dos relatos acima, pode-se observar que houve, de fato, valiosos avanços, o que é um bom exemplo de construção coletiva. Mas os/as que conseguiram avançar mais no processo de negociações com a Gestão, a maior parte destes, foi do segmento dos/as trabalhadores/as. Conforme foi analisado neste estudo, os/as trabalhadores/as detêm um maior grau de instrução em relação aos representantes dos/as usuários/as, assim, mais uma vez se percebe que o conhecimento é um fator decisivo para se construir coletivamente. Portanto, o conhecimento é uma ferramenta que contribui muito para o enfrentamento, para uma discussão mais argumentativa e, como consequência mais acordos e avanços.

As falas demonstram que mesmo se utilizando de meios estratégicos (MATUS, 1996) como a imposição, a negociação e a mediação ainda se mostram como possibilidades juntas à Gestão, apesar de o grupo ter chegado a situações de confronto, coação e julgamento. Alguns relataram que mesmo tendo de enfrentar obstáculos para estabelecer diálogo com a Gestão e avançar nas negociações, consideram o atual Secretário um Gestor preparado, um grande pesquisador e conhecedor dos assuntos relacionados à saúde.

[...] se conseguirmos nos unir com diálogo bom entre CMS e essa Gestão [Secretário de Saúde], que é inteligente, tem olhar para a frente, acho que a gente ia ter melhorias em avanço de políticas públicas, principalmente na área de ação básica (CONS 1).

Na Gestão do [atual Gestor], acho ele uma pessoa preparadíssima cientificamente, mas vejo certos comportamentos, certas posturas que poderiam ser facilitadas, poderiam ser evitadas, que geram problemas maiores. A saúde que ele [atual Gestor] conhecia da Academia, é uma saúde diferenciada da prática, distante da prática [...] (CONS 5).

Como se pode observar, a partir dos últimos depoimentos apresentados, de fato, alguns conselheiros/as reconhecem a qualificação técnica do atual Gestor, mas enfatizaram que este conhecimento está muito distante da vida prática e das necessidades das pessoas. Todavia, o desempenho técnico de um Gestor depende de um conjunto articulado de saberes, mas o conhecimento da realidade, do que se passa nas comunidades mais necessitadas, depende da habilidade e da disposição do Gestor para conhecer e enfrentar as questões relacionadas à saúde pública desses territórios. Em resumo, o que se percebeu em alguns relatos, é que estes/as esperam que um Gestor do SUS seja tecnicamente capaz e sensível às demandas da população.

Outro tópico muito pertinente foi sobre a descontinuidade das políticas de saúde, apontaram uma preocupação com a interrupção de muitos programas e ações de saúde por conta da troca de Gestão que, com isso, acaba impactando negativamente na saúde da população.

[...]quando uma Gestão assume, coloca a sua visão ali dentro desse Plano, até nesse Plano apresentado, ele praticamente foi desconstruído as outras /ideias, dos outros Planos, [...] e aí o Governo que assume quer botar a sua visão, não sei se é certo ou errado, a gente não consegue se fazer acordo nenhum (CONS 6).

Este planejamento ele se efetiva, infelizmente, através não de Estado, mas de Governos. E aí o que se constrói num Governo, infelizmente o outro vem e destrói, às vezes, coisas muito interessantes. Então há a falta de continuidade (CONS 22).

Ao longo dos anos, o que se tem observado na Gestão Pública é que algumas políticas públicas costumam ser interrompidas após as trocas de Governos. Boa parte das explicações dada por alguns gestores para tais interrupções está relacionada às propostas que cada Gestor construiu para compor o seu plano de Governo e, que, na maioria das vezes, acaba colocando isto em prática para responder aos apelos de ordem política partidária. Assim, muitos projetos com bons resultados já em andamento são substituídos pelos seus próprios projetos, e isso, é realizado sem levar em conta os possíveis danos para a sociedade com tais interrupções.

Outro dado bem relevante apontado por muitos/as, foi algumas situações inoportunas que frequentemente ocorrem dentro do CMS/POA, como por exemplo, manifestações com propósitos políticos partidários, confrontos de intenções

peçoais, reivindicação de classes, disputas entre os/as conselheiros/as, entre outros. Ainda, mencionaram que estas situações interferem muito no andamento dos trabalhos dentro do Conselho.

[...] o controle social, ele está visando o usuário, a população, [...] o que atrapalha, em minha opinião, é o jogo de interesse, é só briga, bate boca [...] (CONS 2).

[...] eu observo que, de parte dos próprios conselheiros [...], eu notei um enfrentamento e interesses políticos confundindo políticas administrativas com politicagem administrativa. Sentia problemas de atritos constantes (CONS 5).

[...] o Conselho, ele teve nesses dois últimos anos, eu senti assim que ele ficou muito difícil de avançar. Ficou parado ali porque as... as disputas internas estavam impedindo de avançar (CONS 13).

Os conselhos de saúde, [...] os atores e os segmentos são muito politizados. Alguns politizados partidariamente, outros não, porque a política não se dá só em forma de partido, mas política de interesses está. Também tem a questão de conflitos de interesse de classe [...]. Tem todos os interesses em jogo, [...] há uma micropolítica viva, [...] tem intenções pessoais ali, tem interesses coletivos, [...]. Essa disputa de classes e de intenções pessoais e políticos, eles atrapalham em alguns momentos, porque[...] na hora da votação uma manobra que é feita por interesses pessoais, interesses de classes colocava isso em cheque (CONS 17).

Nós vivemos um momento agora, meses atrás, [...] foi uma coisa muito triste. Uma estrutura que precisa se afirmar como controle social, fazendo disputas internas horríveis. Disputas internas assim até meio antiéticas. (CONS 22).

Essa situação remete novamente às variáveis de aprendizagem e perícia do ator social que atua no jogo (MATUS, 1996), após a seleção de problemas (foco de atenção) e do modelo explicativo utilizado, analisa-se a posição do ator social perante os problemas e as operações que se remete às motivações pelas quais o mesmo opera no jogo social.

Ao encontro disso Lemos *et al.* (2016), em seu estudo que buscou compreender aspectos do perfil dos conselheiros municipais de saúde de Anápolis-GO, conferiram com os/as participantes da pesquisa sobre a sua participação em algum partido político: 58% disseram não serem filiados. Em torno de 39% afirmaram participar de algum partido. Questionaram sobre as influências do partido político no CMS de Anápolis, 42% disseram que parcialmente, 30% responderam que sim, 21% disseram que não e outros 6% afirmaram não ter conhecimento. Os autores concluíram que o partido político pode influenciar a autonomia dos CS na tomada de decisões.

Outro assunto que se identificou nas conversas com os/as entrevistados/as foi sobre os nós críticos relacionados a algumas políticas e programas específicos para determinados grupos populacionais, alguns destes/as mencionaram que estes são grandes impasses que não se consegue avançar, conforme mostram as falas:

Para a construção do Plano [...], teve muito impasse. A gente teve impasse na questão da saúde mental. A gente teve impasse sobre a saúde da mulher, porque a gente não tem mais uma Secretaria voltada para saúde da mulher (CONS 8).

É, a saúde mental mesmo, [...] eu estou aqui há quase 10 anos vendo pessoas dormir no chão lá no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul [...]. As criaturas não têm para onde serem encaminhadas para o serviço próprio [...] (CONS 10).

No Plano 2018/21, enquanto comissão de saúde mental, nós fizemos várias propostas de inclusão no Plano, e a maioria delas não foi acatada. [...] (CONS 15).

É, o tema da saúde mental foi algo assim que, [...] era um tema muito latente assim, da saúde mental, que não conseguimos avançar. Eu acho que tem outras coisas assim, da DST/AIDS que a gente não conseguiu avançar (CONS 19).

Nos relatos acima, observa-se que, realmente, são muitas as dificuldades para se avançar em algumas demandas, em particular, no que se refere a determinados grupos populacionais. Aqui, as questões relacionadas à Saúde Mental foram bem citadas e consideradas difíceis de resolver. Para entender um pouco melhor como se poderia avançar nessas questões, vale citar Matus (HUERTAS, 1996), que se refere a quatro aspectos quando trata sobre processar problemas. Primeiro, deve-se explicar o surgimento e desenvolvimento do problema e em segundo lugar construir os planos que interfiram na causa do mesmo, ou seja, os nós críticos. O terceiro importante aspecto diz respeito à avaliação da viabilidade política desse plano ou o modo de viabilizá-lo e, por fim, o quarto é realizar as operações que foram planejadas para interferir no problema. Essa é uma importante organização para se conseguir atuar sobre o problema.

Levando em conta os inúmeros impasses, apontados pelos/as integrantes do CMS/POA durante o processo de construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS e/ou nos debates em torno das questões relevantes apresentadas em plenária, procurou-se investigar que estratégias os/as mesmos/as costumam empregar para minimizar e/ou solucionar estes obstáculos. Todavia, a priori, considera-se que o CS

é um espaço de participação democrática, no qual debates estão sempre presentes por distintos atores, que discutem e constroem ideias, sendo também uma arena decisória. Portanto, até que se chegue a um consenso para conseguir avançar nas negociações de questões que necessitem de acordos coletivos, limitações e dificuldades se fazem presentes dentro desse universo. Para enfrentar esses entraves e alcançar os objetivos desejados, algumas estratégias foram adotadas pelos sujeitos envolvidos, conforme suas falas demonstram:

Argumentar de várias maneiras, trazendo suas ideias, manter-se firme e fazer enfrentamento com a Gestão mostrando as necessidades dos usuários, [...] discutir até esgotar o assunto [...] cada um colocar seu ponto e seu contraponto até fazer com que a Gestão consiga ver que a gente está esclarecida do que estamos falando (CONS 1).

O grande argumento é sempre fortalecer a necessidade do usuário (CONS 5).

Dialogando com os conselheiros, buscando fortalecer a decisão que a gente julga a melhor [...]. A Gestão articula, mas nós também [...] conchavo como se diz, essa discussão toda buscando o que é melhor para o controle social, para as regiões e para o SUS (CONS 12).

Eu acho que quando tem uma articulação, [...] a gente tem mais condições de poder disputar (CONS 15).

[...] para mim não existe outra maneira que não seja através do diálogo e da capacidade de convencimento que todos temos. Eu acho que o conselho de Porto Alegre é muito maduro nesse processo (CONS 17).

Bom, a estratégia que a gente está usando e está dando certo, ao longo dos anos, na verdade é a união (CONS 18).

Acho que precisa articulação. Quando é uma pauta que precisa mais avançar e aprofundar, tem que ir para os conselhos distritais para ser discutido. Porque tem que vir da base para ser decidido (CONS 19).

Eu acho que eles se articulam [usuários], conversam entre eles, formam grupos, estabelecem, muitas vezes, articulações com os Trabalhadores. Eu nunca até hoje assisti nenhum momento que os Usuários ficaram só os Usuários. Sempre se construiu a unidade dos Trabalhadores com os Usuários (CONS 21).

[...] quando há interesse do Controle Social, Trabalhadores e Usuários se unem de uma forma muito linda de ver. É lindo, eu adoro. [...] se você levar qualquer coisa fora disso, eles não dão espaço (CONS 22).

A partir dessas falas, percebeu-se que muitos dos/as pesquisados/as apontaram alguns mecanismos bem resolutivos para combater os impasses, como a união entre eles/as, fazer articulações e estabelecer muito diálogo. Os aspectos supracitados, união e articulação, enfrentamento e conhecimento podem ser

considerados estratégias para serem escutadas suas demandas e ideias. Segundo Matus (HUERTAS, 1996, p. 72), “[...] a estratégia é o uso da mudança situacional para alcançar a situação objetivo [...]” e complementa que é a arte do líder (MATUS, 1996). Pode-se observar que os/as conselheiros/as têm clareza da situação objetivo que buscam, qual seja a qualificação da saúde para a população e, a partir disso, lançam mão de possibilidades que viabilizem seu alcance.

Outros/as apontaram que o bom conhecimento em torno dos temas discutidos no CS facilita para que estes/as façam um bom debate com o Gestor, convencendo-o de que suas propostas são melhores e que os/as mesmos/as têm conhecimento do assunto.

Eu notei, que ao longo dos anos, se construiu um aprendizado e uma formação dos conselheiros. Ao ponto de que as desavenças, a falta de critérios, os questionamentos. Vieram diminuindo (CONS 5).

Então eu acho que para ti brigar com o Secretário, tem que mostrar o contraponto, o que quer, porque que ele sempre vai ter a faca e o queijo na mão [...] e quando estiver munido de informações, [...] tu vais fazer o contraponto (CONS 10).

Então, no momento que a gente tem esse conhecimento e tem essa união, a gente está fortalecida. E aí a gente vai para o diálogo com a Gestão (CONS 18).

Teve conselheiros/as que consideraram fundamental a prática do monitoramento e da fiscalização de metas, fazer sindicância para ver se o que está no plano, se, de fato, está sendo cumprido, procurar averiguar *in lócus*, se as metas estão sendo executadas.

[...] a gestão tem que fazer. Eu, [...] eu acho que é importante da gente cobrar, não só a parte, mas assim, ficar mais em cima do que é a gestão, as metas de gestão. [...] eu cobro muito (CONS 13).

Segunda coisa que eu acho que tem que acontecer, é que o que for deliberado. Tem que fazer uma sindicância, [...] tem que haver, efetivamente, respostas àquilo que o Plenário decidiu (CONS 16).

Além disso, outros/as apontaram que ultimamente as discussões dentro do Conselho têm sido muito duras e difíceis de resolver, sobretudo, quando se refere às cobranças feitas ao Gestor. Diante disso, entendem que ao esgotar todos os meios de diálogo para o consenso, o único caminho é o Ministério Público. Conforme pontuado nos diálogos a seguir:

Hoje com esse Governo, é o Ministério Público, esta é a estratégia que está tendo ultimamente, porque todas vezes que se tenta o diálogo a gente não consegue [...], realmente, só com a união e buscando o Ministério e Defensoria Pública que estamos conseguindo adentrar e negociar, fazer aquilo que é o correto (CONS 3).

[...] é difícil trabalhar com o Gestor atual, complicado. Agora tudo está no Ministério Público (CONS 6).

Não havendo avanço no diálogo com a Gestão, aí a gente vai ter que procurar os Órgãos de Controle Social, que seria o próprio Ministério Público (MP), que é parceria ou o próprio Tribunal de Contas também do Estado, que está sendo parceiro nessa construção (CONS 18).

[...] o nosso recurso é a Justiça, é o Ministério Público. Então a gente recorre ao Ministério Público [...] quando nada avança e se avança é meio passo que não representa absolutamente nada (CONS 20).

De acordo com os depoimentos de alguns, o que se percebe é que o CMS/POA está buscando resolver alguns impasses junto ao MP, a Defensoria e ao Tribunal de Contas, acima de tudo, para resolver questões com o atual Gestor. No entanto, cabe ressaltar que as referidas queixas, com mais ênfase à Gestão atual, podem ser atribuídas ao momento vivido pelos/as conselheiros/as em função do difícil processo eleitoral para a eleição do novo Núcleo de Coordenação do Conselho, bem como pela maneira rígida de agir do Secretário e de suas arbitrariedades sobre este processo.

Destaca-se que isso ocorreu no período em que estava sendo realizadas as atividades com os/as integrantes desta pesquisa. Houve muitos relatos mencionando que o Conselho sempre contou com o MP e demais órgãos fiscalizatórios para resolver questões que não foram possíveis de serem sanadas entre o CMS/POA e a Gestão. Segundo Matus (1996), o uso da justiça no jogo social, remete ao uso do meio estratégico de julgamento, em que os propósitos são opostos e os mesmos são submetidos às regras jurídicas.

Outro dado interessante que se propôs verificar foi o estado de satisfação ou de insatisfação do/a conselheiro/a em relação a sua participação e ao seu desempenho no processo de construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS. Para isso, fez-se indagações na tentativa de compreender seus sentimentos, que podem ser positivos ou negativos. A compreensão destes sentimentos pode ser percebida de formas distintas, uma vez que o sentimento é variável subjetiva do indivíduo, assim, expressando-se de diferentes modos. Levando isso em

consideração e objetivando entender o sentimento dos/as mesmos/as acerca deste assunto, foram feitas perguntas bem direcionadas em relação às suas proposições de metas e ações para compor os Instrumentos de Planejamento do SUS, com ênfase no PMS. Perguntou-se ao/a entrevistado/a qual é o seu sentimento, como é que ele/a se sente quando suas demandas são acolhidas e como se sente quando isso não acontece.

Se é positivo tu sentes um prazer enorme de fazer parte daquela história (CONS 01).

Me senti feliz..., nos sentimos vitoriosos, [...] feliz com os conselheiros que atuaram junto conosco, vendo realmente o verdadeiro papel do conselho municipal (CONS 3).

[...] eu acho que papel cumprido. Sabe, é isso. Sabe... o que eu mais fiquei feliz, de toda a trajetória, é o senhorzinho lá do [nome do lugar] me dizer assim. a política de saúde está chegando lá. É isso que a gente quer (CONS 19).

A gente faz porque gosta. Eu gosto, eu me sinto bem, eu quero me sentir útil, [...]. Então tudo o que eu faço é porque eu gosto de fazer e quando as coisas não acontecem a gente fica triste (CONS 20).

A maior parte dos/as participantes narrou sobre suas satisfações, declarando sentimentos de prazer de ter participado do Conselho, de ser útil, de vitória quando vê as questões serem resolvidas, de alegria e realização, de papel cumprido, feliz porque fez a sua parte, porque cumpriu seu dever de cidadão e porque gosta de participar. Ainda, apontaram que se sentem realizados/as ao verem que as coisas estão acontecendo, que estão tendo retorno de seu trabalho, alegres por se sentirem valorizados nos espaços do Conselho e gratos/as por poderem ter participado de momentos de avanços no controle social.

Eu me sinto realizado. Porque eu vejo uma realidade acontecendo, que deveria ser para todas as pessoas que participam do processo da gestão. Tanto na parte de conselheiros usuários, quanto conselheiros trabalhadores, quanto conselheiros prestadores de serviço (CONS 5).

Eu me sinto satisfeito. Eu estou vendo um retorno da minha caminhada, dessa luta. [...] quando a gente consegue conquistar o que a gente está almejando, lutando, é bom (CONS 18).

Eu senti como um cidadão importante, porque cidadão que participa dos espaços do controle social [...], mas satisfeito com o valor do trabalho de todos, [...] (CONS 17).

[...] acho pelo sentimento que eu tive durante muito tempo, é especialmente ser grata porque vivi um momento de muito trabalho ali no Conselho, mas de ver o resultado das coisas andando, a gente teve muito êxito ali (CONS 21).

Outros/as complementaram referindo que, para fortalecer e alcançar seus objetivos, os/as mesmos/as dependem de articulações que são capazes de fazer e do quanto conseguem fortalecer e compor com os/as demais suas propostas. Essas constatações estão assinaladas nas falas:

Fortalecido, tantos que disseram para mim, como vai deixar uma meta importante de fora? [...] aí a meta entrou, todo mundo tinha articulado com seus pares (CONS 4).

Eu gostei porque eu vi que os meus colegas concordaram, foi uma busca daquele momento articulando, foi para o plano (CONS 6).

Quando a gente consegue [...], incorporar algo que vem sendo trazido legitimamente [...], seja de um território, seja de um segmento, duma entidade, óbvio que a gente sente está fazendo o trabalho que a gente tem que fazer. Que é poder agregar e compartilhar e fazer uma gestão compartilhada (CONS 15).

Diante dos relatos acima, percebe-se que estes/as conselheiros/as realmente se sentem contemplados pelos seus êxitos e muito felizes pela própria trajetória de sucesso do Conselho. O gosto e a satisfação em participar de um órgão de decisões políticas foram mencionados pela maioria deles/as. Neste mesmo sentido, Bianchia e Nicolau (2017), em sua pesquisa, que teve como objetivo compreender as trajetórias de conselheiros/as municipais de saúde representantes dos/as usuários/as e traçar reflexões a respeito da participação popular e da cultura política, os autores identificaram que estes/as se sentiram muito satisfeitos em poder participar do conselho.

Dentre outras questões perguntadas, foi solicitado que os/as mesmos/as fizessem uma breve narrativa sobre um momento gratificante e um momento difícil durante suas participações; a grande maioria relatou satisfação em participar de um órgão (conselho) que trata de decisões. Além disso, os autores concluíram que: “[...] a frequência nas reuniões e a permanência como membro do conselho se sustenta pela crença de poder fazer um bem comum e colaborar com uma melhor oferta de saúde para a população” (BIANCHIA; NICOLAU, 2017, p. 61). Por fim, cabe salientar que os elementos que compõem as falas de satisfação dos/as conselheiros/as remetem ao conceito de ator social proposto por Matus (1996, p. 203):

[...] aqueles que declaram as insatisfações, que processam ou ignoram as teorias para entender a realidade em que vivem; acumulam vontade, valores, preconceitos, ideologias, poder de mudança e incapacidades; criam visões diferenciadas, como se usassem óculos que os fazem ver a realidade com lentes de diferentes cores e graus; rebelam-se contra o evitável e geram conflito; lutam pelo poder e governam no âmbito particular de seus domínios. São portadores e, às vezes, criadores de ideias.

Salienta-se que nem todos/as os/as conselheiros/as são considerados atores sociais quando se remete ao jogo da discussão do planejamento por meio dos Instrumentos. Porém, demonstraram suas atuações e, conforme Matus (1996), percebe-se que produzem a realidade, assim como são produtos dela. A satisfação evidencia que nem todos estão conectados a esta perspectiva, mas utilizam suas lentes para enxergar a realidade.

Colaborando com isso, Lemos *et al.* (2016) encontraram resultados que demonstram satisfação dos/as participantes em relação ao desempenho de seu conselho. Dos/as 42 integrantes, 33 (78%) responderam ao questionário, destes, 91% tem uma visão positiva em relação ao papel do conselho. Os resultados demonstram que os/as conselheiros/as são motivados e acreditam que o CMS tem contribuído para a consolidação do SUS no seu município (LEMOS *et al.*, 2016).

Muitos/as conselheiros/as referiram que para fazer valer suas propostas dentro dos espaços do CMS/POA tiveram que lutar muito, revelaram sentimentos de frustração, de sofrimento, de brigas para conseguir avançar. Eles consideraram tudo isso como pontos que geram insatisfação:

[...] tu não tens que está lá brigando, é dever desta ou de qualquer outra Gestão, é dever deles nos proporcionar a nós todos, uma saúde de qualidade, um acesso de qualidade [...] (CONS 8).

[...] uma das lutas que para mim foi muito frustrante foi o PSF [nome do PSF] há 15 anos, a gente briga por ele [...]foi para dentro do [outro local], lá o atendimento é muito demorado (CONS 10).

As pessoas tinham mais espaço, de diálogo. Estou bem decepcionada porque eu vejo assim, [no momento] muita disputa, muita disputa assim [...] e sem avanço (CONS 13).

A gente se sente muito mal [proposta não acatada], porque na verdade fica parecendo que o processo, na verdade, não é participativo de fato, [...] a correlação de forças ela é diferente (CONS 15).

Analisando os depoimentos acima, percebe-se que alguns se mostraram insatisfeitos/as com algumas questões que não avançam e com o pouco diálogo que

eles/as têm com a Gestão para debater e resolver temas que envolvem as necessidades das pessoas e as demandas do controle social. Ainda mencionaram que enfrentam muitos entraves para poderem exercer seu papel dentro do CMS/POA. É oportuno salientar que os pontos negativos e as frustrações dos/as conselheiros/as podem estar relacionados às dificuldades de diálogo e às turbulências dentro do Conselho ocasionadas pelos enfrentamentos do atual Gestor com o Conselho, conforme mencionado.

Ressalva-se que o sentimento de satisfação e insatisfação referido por eles/as pode se remeter a uma falsa dicotômica, o que parece para um, não parece para o outro. Mesmo assim, neste estudo, foi possível levantar dados relativos ao sentimento que se consideram relevantes para os atores em questão.

Diante de tudo que se discutiu e analisou nos tópicos acima, o que mais emergiu nas falas dos/as entrevistados/as foram os assuntos sobre des/conhecimento, capacitação e formação. Isso pode estar relacionado aos propósitos do estudo que procurou investigar o conhecimento dos/as conselheiros/as sobre vários temas envolvendo a construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS. Essas pressuposições adentram um pouco mais no universo do saber destes/as, com o objetivo de levantar informações referentes à formação e/ou capacitação para conselheiro/a realizadas por ele/as. Logo, perguntou-se a eles/as se já haviam feito algum tipo de curso/capacitação/formação para conselheiro/a e qual a avaliação deles/as acerca dessa formação. Algumas constatações podem ser conferidas nas falas que seguem:

Eu fiz [capacitação] para entender a política pública, o SUS...fui buscando conhecimento...e isso que fez minha formação até hoje (CONS 2).

Fiz quatro cursos voltados para conselheiro. Foi abordado sobre controle social, não política pública, que é em outra parte (CONS 11).

Acho extremamente necessária a capacitação, que não só usuários e trabalhadores, mas gestores e, que todos, tenham, obrigatoriamente, qualificação para entender o que é o controle social e gestão colaborativa (CONS 14).

A educação permanente não é só quando tu entras, tem que ter educação permanente sempre (CONS 17).

Fiz várias, vários. Nessa trajetória então eu participava da Comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde e fiz vários cursos de capacitação (CONS 19).

E aí a gente precisa fazer a política. Para construir as políticas a gente precisa de formação, a gente precisa de debate e de encontro. É isso que eu acho que é um dos entraves no momento (CONS 21).

A partir desses depoimentos, observa-se que muitos/as destes/as reconhecem que a formação para conselheiro/a facilita a compreensão sobre diversos assuntos e melhora o diálogo entre o Conselho e a Gestão. Alguns referiram que a formação deve abranger todos os segmentos e deve ser continuada, na modalidade de EP. Ainda, a formação para conselheiro/a deve ser promovida por meio de capacitações, que incluam palestras, seminários, cursos complementares, entre outras formas de transmissão de conhecimento, sendo de responsabilidade de seu respectivo conselho promover esta formação.

No que diz respeito à formação dos/as conselheiros/as do CMS/POA, dos/as 22 integrantes desta pesquisa, 17 mencionaram que já fizeram algum tipo de capacitação para conselheiro/a e apenas cinco não, estes últimos referiram não ter feito nenhum curso específico, mas têm o conhecimento empírico. Competência que a foram adquirindo com o passar do tempo e com o convívio com outros atores sociais nos espaços de participação, nos quais debatem assuntos que são abordados nas capacitações.

Referente à avaliação e a importância da formação para conselheiro/a, foi perguntado os/as mesmos/as o pensam sobre este processo. A maior parte julgou que é fundamental e necessária a capacitação para melhorar o conhecimento e o entendimento dele/as, sobre leis, instrumentos e políticas do SUS entre outros e, que a formação colabora para o seu empoderamento. Com isso, tornam-se mais capazes de realizar debates qualificados, consequentemente, mais eficiência no controle social do CMS/POA. Alguns apontaram que, mesmo já tendo feito alguma formação específica para conselheiro/a, sentem a necessidade de mais capacitação e outros/as fizeram algumas ressalvas quanto à eficácia das capacitações feitas pelo CMS/POA.

Eu acho que ainda falta muita capacitação, [...] faltam informações palpáveis, principalmente na parte financeira (CONS 1).

Eu acho que na questão da legislação, acho que nós precisamos, nós conselheiros, inclusive eu, nos apropriar bem mais na questão da legislação (CONS 12).

Na verdade, essas formações, no meu ver, para mim até agregou, mas para quem tem pouco conhecimento não consegue assimilar tudo, ela não é uma linguagem coloquial, ela é uma linguagem mais técnica e eu vejo que o usuário tem muita dúvida do papel dele (CONS 13).

Ao observar essas falas, observa-se que os mesmos/as têm consciência da necessidade de formação e o quanto ainda, para eles/as, esta é insuficiente, especialmente, no que se refere aos assuntos relacionados a Leis e financiamento. Nesta mesma direção, Shimizu *et al.* (2013), identificaram carência de conhecimento e de formação dos/as conselheiros/as sobre assuntos específicos como os recursos financeiros e, que essa carência de capacitação acaba limitando-os/as no desenvolvimento de todas suas funções.

Corroborando, Jurberg, Oliveira e Oliveira (2014) no estudo realizado com os/as conselheiros/as da região Sudeste (São Paulo, MG, Espírito Santo e Rio de Janeiro). Entre outras perguntas, os autores questionaram, qual a opinião deles/as sobre os/a conselheiros/as mais bem informados, se isso tem maior influência nos debates realizados no CS? e Por quê? A Grande maioria (90%) dos que responderam concordaram com a relação entre a informação e a influência nos debates.

Ao encontro disso, Alencar (2012), em seu estudo, relata a experiência da criação do projeto de EP, a partir da identificação da necessidade de ampliar e potencializar a participação das pessoas, em especial dos/as conselheiros/as do CMS/POA. Em relação à EP, a autora refere que:

[...] a qualidade do processo de negociação permanente, do qual resultam as deliberações e propostas para a política de saúde, depende do acesso dos conselheiros, oriundos dos diferentes segmentos, às informações e conhecimentos necessários para o exercício de seu papel e da interação entre os membros do conselho (ALENCAR, 2012, p. 226).

Alencar (2012) observou que a necessidade de instrumentalização e de capacitação era expressa pelos/as conselheiros/as em diversos momentos, como nos debates do plenário do CMS, nas conferências de saúde, nas plenárias de conselhos, entre outros. Assim, o curso do Programa de EP do CMS/POA estabeleceu como um dos propósitos: “instrumentalizar os/as conselheiros/as para acesso e compreensão das informações relacionadas à área da saúde, melhorando a sua interlocução e protagonismo no controle social do SUS” (ALENCAR, 2012, p. 225). A autora destaca que o Programa de EP do CMS/POA tem sido um importante

instrumento para a potencialização da ação de controle social no SUS, dado que a atuação do CMS percorre de “[...] forma transversal e permanente suas relações com outros setores e esferas governamentais” (ALENCAR, 2012, p. 229).

Diante das falas de muitos/as, pode-se observar que estes/as entendem a capacitação para conselheiro/a como uma ferramenta necessária para o controle social e que deve abranger todos os segmentos. Eles/as referiram que a capacitação é de suma importância e vital para que possam adquirir mais conhecimentos sobre diversos assuntos pertinentes ao CMS/POA e o controle social. Também apontaram a necessidade da continuidade da formação com novas capacitações, tanto para os/as novos/as que estão iniciando no Conselho como para os/as mais antigos/as e, junto a isso, que se reavalie a metodologia e a frequência das capacitações que estão sendo promovidas pelo CS/POA.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado o exposto, os CS se constituem em instância para a democracia participativa, em espaços de controle social, consolidado por lei, com poder deliberativo e, com isso, trabalham em defesa das causas da coletividade. O CMS/POA, onde esta pesquisa foi realizada, mostra-se bem atuante e com um alto potencial resolutivo quanto ao controle social.

Tendo em vista os aspectos observados em torno do processo de construção coletiva entre o CMS e a Gestão da SMS/POA para a consolidação dos Instrumentos de Planejamento do SUS, objetivo deste estudo, encontrou-se resultados com diferentes informações que contribuiram para as análises dos contextos pertinentes aos propósitos da pesquisa.

Em relação aos dados da caracterização dos/as conselheiros/as de saúde, foram levantados e analisados com a intenção de conhecê-los melhor, bem como, verificar se alguma informação pesquisada interfere ou não na atuação dos/as mesmos/as para o controle social. Os dados mostraram uma distribuição uniforme quanto ao sexo, 11 (50%) feminino e 11 (50%) masculino; relativo à raça/cor (11) se declarou de cor branca; referente ao estado civil, quase a metade (10) se declararam casados/as.

Quanto ao segmento representativo, 12 são do segmento usuários/as; em relação à Gerência de Saúde adstrita ao/a conselheiro/a, houve entrevistados/as em todas elas; referente ao meio de transporte utilizado pelos/as conselheiros/as para seu deslocamento até ao Conselho, a grande maioria (17) utiliza transporte público; quanto ao modo de ingresso no CMS/POA, a maior parte foi via eleições e/ou indicados pelos seus órgãos representativos. Em relação à caracterização dos/as conselheiro/as, para o que se propôs observar, todos os dados mencionados acima não mostraram indicativo que pudesse interferir na atuação dos/s mesmos/as para o controle social.

Em relação à faixa etária, a média de idade foi de 58,28 anos. Ainda se verificou que o Conselho é pouco frequentado pela população mais jovem. A idade considerada mais avançada de alguns conselheiros/as sugere estar relacionada à falta de renovação de novos membros do CMS/POA, mas, salienta-se que a idade mais avançada acompanhada pelas experiências de vida pode ser um fator positivo.

No tocante às profissões/ocupações, os dados mostraram uma diversidade de profissões, e esta foi apontada como um dado favorável, já que a diversidade propicia a troca de saberes e de aprendizado.

Quanto ao tempo de participação no CMS/POA, a média de permanência foi de 7,8 anos e da atuação em outros espaços de participação, a grande maioria (18) participa em outros espaços, alguns, em mais de um local. Portanto, verificou-se que ambos os modos de participação contribuem muito para a qualificação do/a conselheiro/a. Ademais o aumento da permanência no Conselho e a diversidade de espaços de participação social vivenciados por eles/as acabam agregando experiências e conhecimentos que se tornam essenciais para o colegiado do CMS/POA.

No que diz respeito à escolaridade, os dados mostraram que os/as conselheiros/as com maior grau de instrução e/ou com maior formação técnica conseguem melhor desenvolver e propor ideias e os que têm baixa escolaridade encontram mais dificuldades no momento dos debates e articulações dentro do Conselho, incidindo negativamente no desempenho destes/as. Um ponto muito lembrado pelos/as pesquisados/as e que deve ser considerado pela sua relevância, foi sobre o saber empírico, saber adquirido do indivíduo a partir das experiências trazidas de seus locais de trabalho e das bases da sociedade. Então, as duas formas de conhecimento são necessárias, já que elas se sobrepõem, assim formando o equilíbrio entre o conhecimento técnico e o empírico. Com isso, constroem-se discussões mais proveitosas e mais resolutivas em busca de consenso dentro desta arena de debates, como pode ser caracterizado o CMS/POA.

Em resumo, os pontos positivos que contribuem para o bom desempenho do/a conselheiro/a, conseqüentemente, em mais eficiência do controle social do CMS/POA, foram os dados relacionados ao alto nível de escolaridade e à capacitação para conselheiros/a realizada pelos/as mesmos/as. Além disso, foi referido como positivo a idade mais avançada, os anos de permanência no conselho, a participação em outros espaços e a diversidade de profissões, responsáveis pela promoção de troca de saberes.

Já, os fatores que podem interferir no desempenho e na garantia do exercício de controle social do CMS/POA, identificados ao longo da pesquisa, foram os dados em relação ao pouco conhecimento dos/as conselheiros/as sobre temas pertinentes ao CS, gestão e políticas públicas, a baixa escolaridade, a pouca renovação dos

membros e a ausência de jovem no Conselho. Portanto, salienta-se que estes pontos merecem ser revistos e, alguns deles, até podem ser revertidos à medida que se promova mecanismos para isso, como mais capacitação e mais informação para a população sobre a existência do CMS/POA, assim permitindo a inserção de novos atores sociais.

Em relação aos aspectos em torno da construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS (PS, PAS e RAG) envolvendo a Gestão e o CMS/POA, que teve como propósito conhecer os caminhos desta construção e quais os conhecimentos e o envolvimento dos/as conselheiros/as neste processo, com ênfase no PMS de POA. Os resultados mostraram que muitos/as têm, de fato, dificuldades para descrever de forma clara como se constrói estes Instrumentos. Alguns, nem mesmo souberam dizer os nomes dos tais Instrumentos, mas, de um modo específico de cada um, demonstraram conhecimentos sobre metas e ações que são incorporadas ao PS e de mecanismos do Planejamento e da Gestão em Saúde. Já, outros/as entrevistados/as apresentaram um bom conhecimento, acerca dos nomes dos Instrumentos de Planejamento do SUS e de como se constrói a Gestão em Saúde em POA, a partir destes Instrumentos. Ainda, descreveram todo o processo de construção coletiva entre a Gestão e o Conselho e das negociações em torno de assuntos pertinentes ao PS. Como também, mostraram um bom nível de conhecimento em relação às leis, processos e instrumentos que norteiam as políticas públicas e, das atribuições do CMS/POA.

No que concerne o envolvimento dos/as conselheiros/as no processo das negociações para a consolidação dos Instrumentos de Planejamento do SUS, de propostas de metas ou ações, em especial, para a composição do PMS, a grande maioria se mostrou bem inserida nas discussões e proposições para estas construções. Também se observou que, nos últimos anos, vem ocorrendo um crescimento contínuo da participação dos/as mesmos/as dentro do Conselho.

Quanto aos impasses e limitações para se avançar na construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS e de outras demandas do CMS/POA e, relativo ao diálogo entre o Conselho e a Gestão em torno desta construção observou-se que ocorrem muitos entraves. Referiram que as maiores dificuldades enfrentadas se deram, pelo modo de como o Gestor costuma receber as reivindicações e proposições do Conselho. Além disso, salientaram que a Gestão

tem demonstrado certa resistência às deliberações do controle social no CMS/POA. Alguns se mostraram otimistas em relação ao Gestor, mesmo considerando as dificuldades de diálogo reconhecem sua capacidade científica e de execução de propostas e ações para melhorias da saúde da população.

Verificou-se dentro do Conselho que há muitas discussões de cunho político-partidário e de classes. Isso foi apontado por muitos/as com um ponto que dificulta o andamento dos debates relacionados às pautas do CMS/POA. Outra temática identificada foi a descontinuidade de programas e ações de saúde promovida pela troca de Gestão, seja a nível da SMS e/ou do próprio Município. Desse modo, as interrupções se tornam prejudicial ao setor saúde, da mesma forma que resultam em danos à população.

O CMS é um espaço de participação democrática, considerado uma arena decisória, com a presença de distintos atores que enfrentam, muitas vezes, limitações e dificuldades para avançar nos debates e na construção coletiva de propostas. O maior objetivo desses atores, via de regra, é chegar a um consenso para avançar nas negociações de demandas, nos acordos e soluções. Portanto, para enfrentar, minimizar e/ou solucionar os entraves e as limitações dentro do CMS de POA e, para alcançar os propósitos desejados em torno da construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS observou-se algumas estratégias usadas pelos/as conselheiros/as, tais como: articulações e muito diálogo entre eles/as; inserir-se nos assuntos das plenárias do Conselho para fazer um bom contraponto com o Gestor; procurar convencer o Gestor de que suas propostas são melhores. E, para os casos difíceis de resolver com a Gestão, após esgotar-se toda a forma de conversa, o que tem sido adotado pelo CMS/POA é o Ministério Público e/ou a Defensoria Pública para intervir e proferir seus pareceres e decisões sobre os impasses entre o Conselho e o Gestor.

Ressalta-se que a solicitação de apoio aos órgãos públicos para mediar os impasses dentro do Conselho se deu mais em função do momento singular que o CMS/POA estava passando, estava em pleno processo eleitoral para troca do seu Núcleo de Coordenação. Neste período, o Secretário de Saúde levado pela sua postura intransigente e autoritária acabou provocando muitas divergências entre a Gestão e os/as conselheiros/as.

Quanto aos dados levantados sobre o estado de satisfação (positivo) ou de insatisfação (negativo) do/a conselheiro/a em relação a sua participação e ao seu

desempenho no processo de construção dos Instrumentos de Planejamento do SUS, os resultados mostraram formas distintas e difíceis de perceber, haja vista que essas são variáveis subjetivas do indivíduo, mas, mesmo assim, referiram pontos considerados fundamentais para a construção coletiva do Conselho. A grande maioria mostrou sentimentos positivos, de satisfação e prazer por ter participado da história do Conselho, de satisfação de ter sido útil e de ter cumprido seu papel de cidadão. Outros revelaram sentimentos de insatisfação, considerados negativos, representados pelo movimento de luta, de frustração, de brigas para fazer valer suas propostas e para poder exercer o papel de conselheiro/a dentro desse espaço de disputas que é o CMS/POA.

Outro tema que emergiu no decorrer deste estudo, que não poderia deixar de ser abordado por ter sido lembrado por muitos/as, foi a importância da formação, de capacitações para conselheiros/as e do quanto o conhecimento faz a diferença para eles/as exercerem bem suas atribuições dentro do CMS/POA. Ressalta-se que este assunto, provavelmente, apareceu diversas vezes em função dos objetivos da pesquisa, que em sua maioria, tiveram como propósito verificar o conhecimento dos/as conselheiros/as sobre vários temas que envolvem a construção coletiva dos Instrumentos de Planejamento do SUS.

Grande parte dos/as pesquisados/as apontou que a pouca formação é um forte limitador, já que o pouco conhecimento impacta negativamente no desempenho, interferindo muito nas decisões e na elaboração de propostas de metas, em especial, para compor o PMS. Entendem que a formação para conselheiros/a deve contemplar tanto os novos membros que estão chegando ao CS como os/as mais antigos/as. A formação por meio da EP pode aumentar a consciência crítica de cada integrante, bem como a qualificação do Conselho. De forma geral, consideram que a formação do/a conselheiro/a sobre os temas pertinentes ao controle social na saúde é fundamental para que possam se sentir empoderados/as e torná-los/as mais preparados/as para responder aos anseios e às necessidades dos seus representados e para buscar melhorias para a saúde dos municípios de POA.

Com a intenção de provocar uma reflexão faz-se um questionamento sobre o modo de atuação e conformação atual dos conselhos de saúde e a relação destes com a gestão, interrogações que foram surgindo ao longo desta pesquisa. Mesmo

que se tenha observado capacidade suficiente dos/as conselheiros/as do CMS/POA para resolver os impasses e desempenhar bem suas funções no controle social, em especial, acerca do processo de construção coletiva dos Instrumentos de Planejamento do SUS, envolvendo o Conselho e a Gestão da SMS/POA, ainda fica a pergunta sobre este questionamento.

A conformação do CS acima questionada se refere ao atual modelo que integra a estrutura do Município, que constitui condição legal para o repasse de verbas públicas e que cabe ao gestor, conforme a Resolução nº 453 de 2012, de cada ente federado garantir a autonomia administrativa do seu respectivo conselho para o pleno funcionamento, incluindo a parte financeira, organização com apoio técnico e infraestrutura. Assim, espera-se que estes Conselhos desempenhem suas atribuições com autonomia, deliberando sobre as suas demandas com vistas às necessidades da população, bem como seu efetivo controle dos gastos de seu município. No entanto, o que se tem observado na prática são dificuldades que muitos dos CS enfrentam devido às imposições por parte de alguns gestores (secretários de saúde). Isso, muitas vezes, acaba interferindo na autonomia destes CS – o que, o mesmo se observou durante algumas plenárias do CMS/POA e nos diálogos com alguns entrevistados/as, que ficou registrado em diário de campo para compor o presente estudo.

Além disso, outros/as respondentes relataram sobre seus embaraços com o Gestor, particularmente, pela sua resistência à presença do controle social, ocasionando alguns entraves no andamento das atividades e no encaminhamento de algumas demandas do CMS/POA. Neste jogo de forças entre a Gestão e o Conselho, alguns conselheiros/as com maior poder de embates enfrentam o gestor desencadeando muitas discussões e, outros/as com menos poder de argumentação, mesmo não concordando com as decisões do Gestor, disseram que acabam aceitando as condições impostas pelo ele.

Então, o questionamento que se faz é sobre este modelo de controle social, se é de fato um modelo que está dando certo ou parece que sofreu mudanças no protagonismo de seus atores sociais, que noutra hora, ou melhor, nos tempos da Reforma Sanitária eram impulsionados por suas ideologias e pelo espírito de cidadania, em busca de melhorias para a sociedade? Desse modo, vale repensar se o atual modelo de controle social é o melhor para o fortalecimento do SUS e para a

garantia de políticas públicas, bem como, para o despertar contínuo do cidadão para a participação social, ou pode ser considerado um modelo que merece ser revisto?

Outro questionamento que se constituiu a partir dos relatos dos/as pesquisados/as está relacionado à necessidade de se formar um coletivo mais coeso para que se minimizem os impasses dentro do CMS/POA, dando lugar ao consenso. Para isso, sugere-se algumas mudanças de atitude como diminuir as divergências entre os/as componentes do Conselho as quais costumam ocorrer por conta de questões pessoais e político-partidárias (relatado por muitos/as, como pontos negativos). Além disso, espera-se que os atores envolvidos no CMS/POA dialoguem mais e caminhem ao encontro de soluções dos nós críticos que estão impactando negativamente nas questões de saúde de alguns grupos e/ou pessoas do município de POA. É preciso o aprimoramento das políticas de saúde para grupos especiais e/ou vulneráveis como a Saúde Mental, os Portadores de Deficiências, entre outros.

Além do mais se verificou a necessidade de alguns melhoramentos como mais e melhor formação para os/as conselheiros/as. Para isso, sugere-se estratégias de EP que visem o empoderamento e a libertação de todos os envolvidos no Conselho, em especial, uma formação que contribua para o processo de construção e de consolidação dos Instrumentos de Planejamento do SUS. Ademais, entende-se que há necessidade de mais protagonismo, tanto por parte dos/as conselheiros/as de saúde como pela população em geral, nos processos de formulação e controle das políticas de saúde no SUS, levando em conta as necessidades relacionadas à saúde da população.

Por fim, considera-se o CMS/POA como um espaço consolidado de debates, composto por diversos atores sociais com distintos propósitos, com conselheiros/as atuantes, propositivos/as e fiscalizadores. Entretanto, no andamento do estudo foram identificadas muitas questões relevantes e nós críticos envolvendo o controle social e a Gestão, os quais, não foram possíveis aprofundar devido ao fato de não estarem atrelados aos propósitos deste estudo e pela própria limitação do tempo destinado à pesquisa. Acredita-se, no entanto, que esses tópicos requerem estudos mais aprofundados em um momento mais oportuno.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Heloisa. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, supl.1, p. 223-233, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/19.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002. Disponível em: [Http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23\(1\)028.pdf](Http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23(1)028.pdf). Acesso em: 11 nov. 2016.

AZEVEDO. Creuza. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 129- 133, abr./jun., 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n2/v8n2a03.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS FILHO, Reinaldo; LOPES, Leandro; BARROS, Vanessa; PINTO, Neide. A concepção dos conselheiros sobre seu papel no Conselho Municipal de Saúde. **Revista de Ciências Humanas**, Viçosa, v. 17, n. 1, p. 31-46, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://www.cch.ufv.br/revista/pdfs/vol17/artigo2vol17-1.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BAUER, Martin; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002. Disponível em: <http://www.pet.eco.ufrj.br/images/PDF/bauer-gaskell.pdf>. Acesso em: 21 maio 2017.

BIANCHIA, Pamela; NICOLAU, Stella. Trajetórias de conselheiros de saúde: refletindo sobre cultura política e participação popular. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 53-66, 2017. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-493.ctoAO0702>. Acesso em: 21 jun. 2018.

BRASIL. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *In*: Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 17 a 21 mar. 1986. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 17 out. 2016.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Palácio do Congresso Nacional. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 1, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 28 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Série Articulação Interfederativa; v. 4). 2016a. disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 25 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Dario Oficial da União**. Brasília, 2013a. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/59577137/dou-secao-1-26-09-2013-pg-60>. Acesso em: 9 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 575, de 29 de março de 2012**. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0575_29_03_2012.html. Acesso em: 25 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: Instrumentos Básicos**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Cadernos de Planejamento. 2. ed. 1 reimpressão. v. 2. Brasília - DF, 2009a. Disponível em: http://saude.am.gov.br/planeja/doc/sistema_planejamento_sus_v2.pdf. Acesso em: 08 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html. Acesso em: 17 jul. 20017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde. Brasília, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 11 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. História do CNS. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 2017a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>. Acesso em: 19 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 453 define funcionamento dos conselhos de saúde. O que mudou. **Ministério da Saúde**, Brasília, jun. 2017b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html. Acesso em: 12 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisa em Ciência Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016b. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/116492885/dou-secao-1-24-05-2016-pg-44>. Acesso em: 17 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Para entender o Controle Social na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Brasília, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 15 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS - Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Ministério da Saúde, Brasília: 2006c. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf. Acesso em: 21 jun.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2003, n. 236, seção 1, p. 57. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1, Brasília, dez. 1992. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_92.htm. Acesso em: 18 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais - pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). SargSUS (Acesso à informação). **Portal da Saúde**, [S.l.], 2017c. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-

Americana da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf. Acesso em: 19 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 17 jul. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). **Almanaque do planejamento**. Para entender e participar. Brasília: MPOG, 2017d. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/servicos/central-de-conteudos/publicacoes/121107_almanaque_do_planejamento.pdf. Acesso em: 03 jun. 2017

BRASIL. Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 249, seção 1, p. 608, 29 dez. 2006e. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=608&data=29/12/2006>. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos **Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014**. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm. Acesso em: 24 abr. 2017.

BRASIL. Presidência de República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. Presidência de República. Casa Civil. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, Casa Civil. Brasília, 31 dez. 1990a. nov. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 03 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990b. disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Presidência de República. Casa Civil. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 jan. 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0378.htm. Acesso em: 22 mar. 2017.

BRASIL. Presidência de República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012rep.html. Acesso em: 11 mar. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 11 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 jul. 2006f. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm#art16. Acesso em: 11 jan. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 fev. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm. Acesso em: 24 ago. 2017.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria-Geral da Mesa. Decreto nº 847, de 5 de abril de 1962. Aprova o Regimento do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, p. 4026, coluna 1, Brasília, 9 abr. 1962. Disponível em: http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=847&tipo_norma=DCM&data=19620405&link=. Acesso em: 22 mar. 2017.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria de Informação Legislativa. Decreto nº 45.913, de 29 de abril de 1959. Modifica o Regimento do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 35.347, de 8 de abril de 1954. **Diário Oficial da União**- Seção 1 - 10/6/1959, Página 13285. Câmara dos Deputados. Brasília, 1959. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-45913-29-abril-1959-385052-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 12 nov. 2016.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria de informação Legislativa. **Decreto nº 34.347, de 8/04/1954**. Aprova o Regimento do Conselho Nacional de Saúde. Portal de Legislação, Rio de Janeiro, 8 de abril de 1954. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/99357-aprova-o-regimento-do-conselho-nacional-de-saude.html>. Acesso em: 18 nov. 2016.

CECHINEL, Neuza. **Participação social em conselhos locais de saúde da cidade de Porto Alegre – RS**. 2016. Trabalho de conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva), Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, 2016.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE – CEBES - AROUCA, Antônio. O Planejamento de saúde em uma sociedade em transição. Entrevista: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 13-18, 1981. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.12&pesq=&x=67&y=16. Acesso em: 19 dez. 2016.

COLLISELLI, Liane; REIBNITZ, Kenya; KLEBA, Maria; COMERLATTO, Dunia. Conselho de saúde: uma reflexão sobre os processos de participação dos conselheiros. **REVISTA GRIFOS**, Chapecó, v. 21, n. 32/33, p. 191-212, 2012. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/grifos/article/view/2408>. Acesso em: 22 jun. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS. **Cartilha-participação social no SUS: o olhar da gestão municipal**. [S.l.], Conasems, 2009. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/29029832/cartilha-participacao-social-no-sus>. Acesso em: 08 jun. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. 1ª Edição, Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf. Acesso em: 05 ago. 2017.

CORREIA, Niedja; MAGALHÃES, Anne; LIRA E SILVA, Selma. Política de saúde no Brasil: os impactos das tendências neoliberais e o sucateamento da saúde. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA UFMA. São Luís, 2015. **Anais...** São Luis: UFMA, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/politica-de-saude-brasil-sucateamento.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul. 2009. Disponível em: Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 set. 2017.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos

usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 3, n. 1, p. 5-17, jan. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100005 Acesso em 14 set. 2016.

COSTA, Ana; VIEIRA, Natália. Participação e controle social em saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro, 2013. vol. 3. 271 p. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2016.

DOMINGUEZ, Bruno. As vozes do Brasil. *In*: Controle social: participação direta amplia expressão da sociedade. **Revista Radis**, Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro, n. 144, p.10-17, set, 2014. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis-144-web.pdf> . Acesso em: 19 nov. 2016.

DUARTE, Elisfabio; MACHADO, Maria. O exercício do controle social no âmbito do conselho municipal de saúde de Canindé, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl.1, p.126-137, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/11.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018.

FIOCRUZ. **Linha do tempo**: conferências nacionais de saúde. Rio de Janeiro, [2017]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/pt-br/linhadotempo_conferenciasdesaude. Acesso em: 26 mar. 2017.

GARCIA, Paola; REIS, Regimarina. **Gestão pública em saúde**: Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão. São Luiz: EDUFMA, 2016. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp05.pdf. Acesso em: 09 mar. 2017.

GOHN, Maria. 500 Anos de Lutas Sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. *Mediações & 58*; **Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 5, n. 1, p. 11- 40, jan./jun. 2000. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/9194/7788>. Acesso em: 19 set. 2016.

GLASER, Barney; STRAUSS, Anselm. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, 1967. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=rtiNK68Xt08C&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 28 jun. 2017.

GUIZARDI, Francini; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30994.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2017.

HUERTAS, Franco. **Entrevista com Carlos Matus: o método PES**. São Paulo. FUNDAP, 1996.

JURBERG, Claudia; OLIVEIRA, Eloy; OLIVEIRA, Eloiza. Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4513-4523, [S.l.], 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4513.pdf>. Acesso em 22 abr.2018.

LABRA, Maria. Conselhos de saúde. Visões “macro” e “micro” Civitas. **Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 6, n.1, p. 199-221, jan./jun. 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/742/74260111.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

LEMOS Cristiane; BOVO, Kadinne; COSTA, Julliana; SILVEIRA, Nusa; CARDOSO. Clever. Perfil e visão dos conselheiros municipais de saúde sobre sua atuação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 7, n. 03, set. 2016. p. 1126-1139. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5658768.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018.

LIMA, Juliana. Democracia no Brasil e participação das mulheres na política: algumas barreiras para o desenvolvimento democrático. *In*: Seminário Internacional de Ciências Política. 1. 2015, Porto Alegre. **Anais ...** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015. Disponível em: https://www.ufrgs.br/sicp/wp-content/uploads/2015/09/10_DE-LIMA_Democracia-no-Brasil-e-participac%C2%A6%C2%BAa%C2%A6%C3%A2o-das-mulheres-na-poli%C2%A6%C3%BCtica.pdf. Acesso em: 12 jun. 2018.

LOPES, Bruno; SILVA, Edson; MARTINS, Simone. Conselho Municipal de Saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. **Interações**, Campo Grande, v. 17, n. 2, p. 163-172, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/inter/v17n2/1518-7012-inter-17-02-0163.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Os argonautas do pacífico**. São Paulo: Abril, 1980. Coleção Os Pensadores.

MARTINS, Camila *et al.* Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, jul/set. 2013. Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/39/Sa%C3%BAde%20em%20Debate%20jul_set_2013.pdf#page=77. Acesso em: 17 dez. 2016.

MATUS, Carlos. **Política, planificação e governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1993. p. 297-554.

MATUS, Carlos. **Estratégias políticas**: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. São Paulo: Fundap; 1996.

MENEZES, Juliana. **Saúde, participação e controle social**: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade. 2010.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde Pública) - FIOCRUZ/ENSP, Rio de Janeiro, 2010.

MICHAELIS, Dicionário da Língua Portuguesa. **Dicionário online UoL** Editora Melhoramentos, 2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?id=Oayw>. Acesso em: 8 jul. 2018.

MINAYO, Maria. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

MINAYO, Maria (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 23 jun. 2018.

MORAIS, Caroline. **Perfil dos conselheiros de saúde do município de Solânea - PB**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Gestão de Saúde) – Universidade Estadual de Paraíba. Campina Grande, 2012. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/13079/1/PDF%20-%20Caroline%20Lopes%20Morais.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MOREIRA, Marcelo; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, 2009.

NORONHA, José; LIMA, Luciana; MACHADO, Cristiani. O Sistema Único de Saúde - SUS. In GIOVANELLA, Ligia *et al.* (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: <http://www.prppg.ufpr.br:8080/saudecoletiva/sites/default/files/processoseletivo2015/politicas/NORONHA,%20Jose%20-%20O%20Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

OLIVEIRA, Milca; ALMEIDA, Eurivaldo. Controle social e gestão participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do município de Campo Grande, 1994-2002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p.141-153, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/14.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

PAIM, Jairnilson. A criação e a implementação do SUS. In: PAIM, Jairnilson *et al.* (Orgs.). **O Que É o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 18 dez. 2016.

PAIVA, Carlos; TEIXEIRA, Luiz. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

PASCHE, Dário; RIGHI, Liane; THOMÉ, Henrique; STOLZ, Eveline. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. Opinion y análisis. **Revista Panamericana de Salud Pública**. INIJUÍ, v. 20, n. 6, p. 416 – 422. IJUÍ, RS, 2006. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2006.v20n6/416-422/>. Acesso em: 19 out. 2018.

PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT - PHM. **Site oficial**, [201-?]. Disponível em: <http://phmovement.org/about/>. Acesso em: 05 out. 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Histórico do Orçamento Participativo**. Porto Alegre, 2018a. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php?p_secao=1129. Acesso em: 20 nov. 2018.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **ObservaPOA**. Porto Alegre, 2018b. Disponível em: http://observapoa.com.br/default.php?p_secao=4#Saude. Acesso em: 25 nov. 2018.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Organograma**. Porto Alegre, 2018c. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=898. Acesso em: 03 jul. 2018.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde - 2018 - 2021**. Porto Alegre, 2017a. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=927. Acesso em: 12 set. 2018.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Programação Anual de Saúde - PAS 2017**. Porto Alegre, 2017b. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pas_2017_final-16marco2017.pdf. Acesso em: 23 jun. 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão - 2016**, Porto Alegre, 2016a. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_final_2016.pdf. Acesso em: 18 jun. 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde - 2014 - 2017**, Porto Alegre, 2013. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf. Acesso em: 22 jan. 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei Complementar nº 277 de 20 de maio de 1992**. Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, 1992. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/lei_complementar_277,_de_20-05-1992,_com_alteracoes.pdf. Acesso em: 22 nov. 2016.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal. **Estrutura. Conselhos Distritais de Saúde.** Porto Alegre, 2017c. Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=71. Acesso em: 17 mar. 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal. **Estrutura. Conselhos Locais de Saúde.** Porto Alegre, 2017d. Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=76. Acesso em: 17 nov. 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Histórico.** Porto Alegre, 2017e. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=4. Acesso em: 02 fev. 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Núcleo de Coordenação.** Porto Alegre 2017f. Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=27. Acesso em: 17 fev. 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Comissões Executivas e Temáticas.** Porto Alegre 2017g. Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=33. Acesso em: 15 jan. 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.** Porto Alegre, 2008. Disponível em:

[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/regimentointerno2008\[1\].pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/regimentointerno2008[1].pdf). Acesso em: 19 dez. 2016.

ROESE, Adriana. **Planejamento regional ascendente e regionalizado: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde.** 2012. 268F. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, 2012.

SALIBA, Nemre; MOIMAZ, Suzely; FERREIRA, Nelly; CUSTÓDIO, Lia. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, nov./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/07.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018.

SALIBA, Nemre; GARBIN, Cléa; GONÇALVES, Patrícia; SANTOS, Joildo; SOUZA, Neila; MOIMAZ, Suzely. Plano Municipal de Saúde: análise do instrumento de gestão. **Bioscience Journal**, Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 224-230, jan./feb. 2013.

Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/plano-municipal-de-saude-analise-do-instrumento-de-gestao.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2018.

SANTOS, Sílvia; VARGAS, Andréa; LUCAS, Simone. Conselheiros usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 483-495, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/19.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

SANTOS, Fausto; MERHY, Emerson. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n.18, p.25-41, jan/jun, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a03v1019.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2018.

SHIMIZU; Helena; PEREIRA, Marcio; CARDOSO, Antonio; BERMUDEZ, Ximena. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 8, p. 2275-2284, [S.I.], 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/11.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018

SUNDERMANN, Jorge; PEREIRA, Jose; ALVES, Claudemir; BRITO, Mozar. Democracia Deliberativa: uma análise do Decreto nº 8.243. **Cadernos de Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo. v. 21, n. 68, p. 19-41, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/viewFile/52967/58722>. Acesso em: 07 set. 2017.

TEIXEIRA, Carmen. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. TEIXEIRA, Carmen. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/livro_planejamento_em_saude_carmem_teixeira.pdf. Acesso em: 15 mar, 2017.

TESTA, Mario. **Pensamento estratégico e lógica de programação** - o caso da saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Editora Hucitec; Abrasco: 1995.

TESTA, Mario. **Pensar em saúde**. Artes Médicas. Porto Alegre, 1992.

VIEIRA, Fabíola. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a30v14s1.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017.

WENDHAUSEN, Águeda; BARBOSA, Tatiane; BORBA, Maria. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.131-144, set./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/11.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1621-1628, nov-dez, 2002. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2002.v18n6/1621-1628/pt>. Acesso em: 11 ago. 2017.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Título: Conselho e Gestão Municipal de Saúde: Processo de Construção Coletiva dos Instrumentos de Planejamento.	
ENTREVISTADORA: Mestranda Neuza de Freitas Raupp Cechinel	
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof ^a Dr ^a Adriana Roese Ramos	
Nº Entrevista:	Data:
O assunto da entrevista será acerca de como ocorre o processo de construção coletiva entre o Conselho Municipal de Saúde e a Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, para a consolidação dos instrumentos de planejamento.	
Idade:	Sexo: () Masculino () Feminino
Estado civil: () Solteiro () Casado () União Estável () Divorciado () Viúvo () Outros	
Sua raça/cor: () Branca () Preta () Parda () Amerela () Indígena	
Grau de instrução: () Ensino fund. Incompl. () Ens. fund compl. () Ens. médio incompl. () Ens. médio compl. () Superior Incompl. () Superior compl. () Pós Graduação	
O senhor/a trabalha atualmente? () Sim () Não Se sim, qual a ocupação: Se não – explorar se está aposentado ou afastado para tratamento de saúde.	
Gerência Distrital de Saúde a qual o/a entrevistado/a é adstrito/a: O senhor/a representa: () Gestão () Prestadores de serviços () Trabalhador () Usuário Qual o meio de transporte que o senhor/a utiliza para se deslocar até o Conselho () Ônibus () Veículo Próprio () Táxi () A pé () Outros - Qual? _____	
O Senhor/a poderia me contar como se deu a sua inserção/participação no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA): Como começou a participar? Como foi o seu processo de indicação para participar do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA)? – Explorar, outros espaços que já participou regularmente, como Conselheiro/a. Há quanto tempo é Conselheiro/a? Fez alguma formação para Conselheiro/a? O que achou da formação?	
O Senhor/a conhece como se constrói a gestão da saúde, quais os instrumentos de planejamento que o senhor/a conhece, que são discutidos no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA)? Quais instrumentos de Planejamento de saúde o Senhor/a conhece? O Senhor/a colaborou nas discussões para a construção, análise ou aprovação de algum Instrumento de Planejamento do SUS? () Sim () Não ; Se sim, Qual? Como foi a sua participação? Sua opinião foi aceita? Explique. Houve algum impasse? Se sim como foi resolvido? Houve acordos e como foram pactuados?	

Que estratégias costumam ser usadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) para avançar nas negociações?

Como se sentiu ou se sente neste processo?

O Sr/a acha que os instrumentos de Planejamento possam servir como uma ferramenta de controle social para o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA)?

() sim ; () não; Se sim, quais instrumentos?

Fale um pouco sobre eles.

Durante a sua gestão no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) o Sr/a identificou alguma limitação do Conselho e/ou do Conselheiro/a para o exercício do controle social? Se sim, poderia descrevê-las?

Quais as principais competências do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA), quanto ao planejamento, de acordo com o seu Regimento Interno, que o Sr/a conhece.

Como o senhor/a acha que é realizado, de fato, o controle social no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA)?

Algo a mais que o Sr/a gostaria de falar sobre os instrumentos de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre ou sobre a sua participação no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA)?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada ‘Conselho e Gestão Municipal de Saúde: Processo de Construção Coletiva dos Instrumentos de Planejamento’, que compõe o estudo para a dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da UFRGS, orientado pela Dra Adriana Roese Ramos e realizado pela mestrande Neuza de Freitas Raupp Cechinel.

A pesquisa tem como objetivo principal analisar a construção coletiva entre o Conselho Municipal de Saúde e a Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre nos processos de consolidação dos Instrumentos de Planejamento. Você será convidado (a) a participar de uma entrevista, na qual responderá perguntas para compor o estudo. A entrevista terá duração em torno de 30 minutos, realizada em horário e local acordados com o Sr (a) e, se concordar, será gravado. A sua participação é voluntária e sua cooperação seja como Usuário, seja com Trabalhador, seja como Prestador de Serviços de Saúde ou como Gestor, além nos ajudar a compreender melhor os processos de como se dá as discussões acerca da construção dos Instrumentos de Planejamento contribui para a participação social, controle social e gestão em saúde, assim beneficiando a pesquisa. Mas caso a sua participação lhe cause algum risco ou desconforto, sua desistência estará assegurada a qualquer momento, sem qualquer ônus e constrangimento para Sr (a).

Esta pesquisa pretende contribuir com reflexões em torno dos processos de construção, envolvendo o Conselho Municipal de Saúde e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, para a consolidação dos Instrumentos de Planejamento. E instigar o participante a pensar e refletir sobre a importância de suas atribuições, como Conselheiro/a (representando seu segmento) e de sua participação na agenda da saúde e no controle social do CMS de Porto Alegre (CMS/POA) para a melhoria da saúde da população e para o fortalecimento do SUS.

Como voluntário/a desta pesquisa o Sr(a) terá a garantia de receber todos os esclarecimentos relacionados à pesquisa, que poderão ser esclarecidas pelas pesquisadoras professora Dra Adriana Roese Ramos, por meio do telefone (51) 33085251 ou e-mail: adiroese@gmail.com e Neuza de Freitas Raupp Cechinel através do telefone (51) 993103014 ou e-mail: neuzaraupp@gmail.com.

Todas as informações obtidas neste estudo como sua identificação e relatos serão confidenciais e será assegurado o sigilo de sua participação, poderão ser

publicadas somente para fins científicos, preservando seu anonimato.

O presente projeto de pesquisa, em princípio, apresenta riscos mínimos aos seus participantes, como o tempo de realização do colóquio, assim como poderá eventualmente surgir demandas que a mestrandia não poderá atender e nesses casos, em comum acordo com o participante, será encaminhado à pesquisadora principal. O participante da pesquisa não terá benefício pessoal, mas sua participação contribuirá para o conhecimento na área, o que, no futuro, possa trazer melhorias para o controle social e, por consequência, melhorias para a população.

O Sr (a) também poderá entrar em contato, no caso de dúvidas quanto a questões éticas, com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo telefone (51) 3308- 3738, endereço Av. Paulo Gama, 110 – Sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro – Porto Alegre/RS. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br, no horário de atendimento de segunda-feira à sexta-feira, das 8h30 às 12h e das 14h às 18h. Ou com o CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51) 32895517, no endereço: Rua Capitão Montanha, 27, 6º andar, Centro. E-mail: cep_sms@hotmail.com.br e cep_sms@sms.prefpoa.com.br, no horário de atendimento externo: das 8h até às 14h, sem intervalo.

Eu,.....declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de forma clara e detalhada e concordo em participar da mesma. Declaro que também fui informado (a): Da garantia, a qualquer etapa do estudo, de receber esclarecimentos com a pesquisadora responsável, de qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados a esta pesquisa. De que minha participação é voluntária e poderei retirar o meu aceite a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo de qualquer natureza. Da garantia de que não serei identificado (a) quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos desta pesquisa. Declaro que recebi cópia deste TCLE, ficando outra via com a pesquisadora.

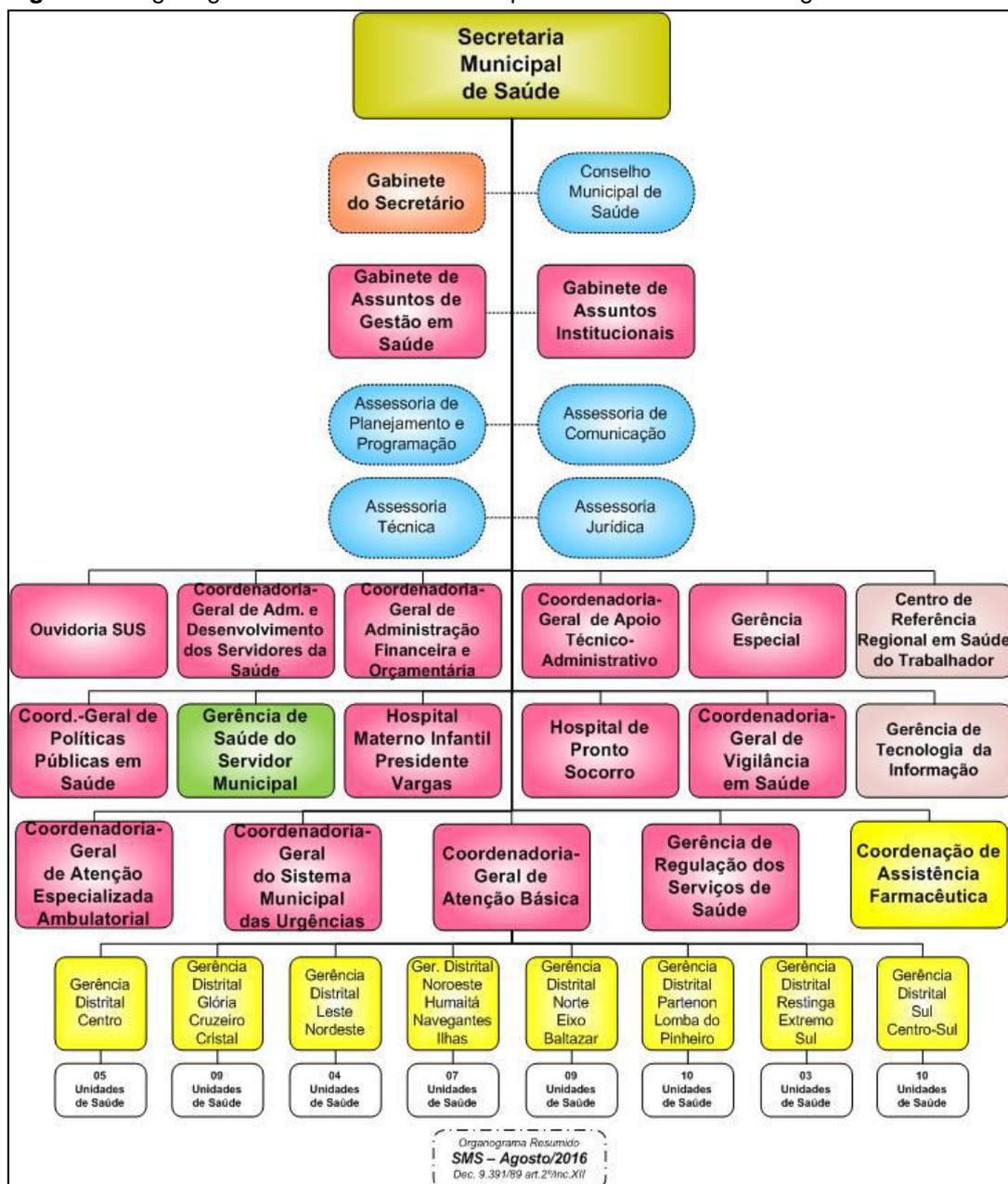
Porto Alegre, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A - ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Figura 3 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre



Fonte: PORTO ALEGRE (2018c, p. 1).

