

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Maria Raquel Pilar Steyer

Dinâmicas Participativas e processo deliberativo: uma
análise sobre a atuação dos conselhos municipais de saúde
da Macrorregião dos Vales (RS)

Santa Cruz do Sul

2023

Maria Raquel Pilar Steyer

Dinâmicas Participativas e processo deliberativo: uma análise sobre a atuação dos conselhos municipais de saúde da Macrorregião dos Vales (RS)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Doutorado, Área de concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de pesquisa Estado, instituições e Democracia, da Universidade de Santa Cruz do Sul –UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Prof. Dr^a. Cláudia Tirelli

Santa Cruz do Sul

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Steyer, Maria Raquel Pilar

Dinâmicas Participativas e processo deliberativo: uma análise sobre a atuação dos conselhos municipais de saúde da Macrorregião dos Vales (RS) / Maria Raquel Pilar Steyer. – 2023.

236 f. ; 27 cm.

Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Cláudia Tirelli.

1. Dinâmicas Participativas. 2. Desenho Institucional. 3. Conselhos Municipais de Saúde. 4. Política Pública de Saúde. I. Tirelli, Cláudia. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC com os dados fornecidos pelo (a) autor(a).

Dinâmicas Participativas e processo deliberativo: uma análise sobre a atuação dos conselhos municipais de saúde da Macrorregião dos Vales (RS)

Esta tese foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional- Mestrado e Doutorado; Área de concentração em Desenvolvimento Regional: Linha de Pesquisa: Estado, Instituições e Democracia Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Desenvolvimento Regional.

Prof. Dr^a. Cláudia Tirelli Dr^a. (Orientadora) – PPGDR/UNISC

Prof. Dr^a. Sílvia Virgínia Coutinho Areosa – PPGDR/UNISC

Prof. Dr. Marco André Cadoná – PPGDR/UNISC

Prof. Dr^a. Cátia Grisa – PGDREDES/UFRGS

Prof. Dr^a. Maria Isabel Barros Bellini – PPGCS/PUCRS

Dedico esta tese a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a sua realização. Em especial, para Victoria, minha filha e companheira, pelo apoio e confiança nos meus objetivos e decisões

AGRADECIMENTOS

Acredito que nada que conquistamos é fruto exclusivamente de nossos esforços e capacidade. E ao chegar no momento final desta tese quero agradecer às pessoas que estiveram ao meu lado dando um toque especial para a sua realização, especialmente:

À bondade divina por me permitir viver esta experiência e pelas graças alcançadas no período da elaboração deste trabalho.

À minha fonte de energia e esperança em um mundo melhor, minha querida filha Victoria Thalya, que me incentivou durante todo o tempo. És maravilhosa, eu a amo e agradeço a Deus por tê-la em minha vida.

À minha mãe, que nas atitudes mais simples me ensinou o verdadeiro valor da vida, das pessoas e do trabalho. E principalmente, me ensinou a construir, desconstruir e reconstruir. Bem como aos meus irmãos, que mesmo de longe me apoiaram com energias positivas.

À minha orientadora, Cláudia Tirelli, que com sua sabedoria me instigou a vencer desafios e a construir sonhos. Obrigada pelos ensinamentos, pela tolerância, pelo comprometimento e dedicação. Agradecer é pouco. Deixo registrado a sua importância no processo de construção desta tese.

Às professoras, Dra Cátia Grisa, Dra Maria Isabel Barros Bellini, Sílvia Virgínia Coutinho Areosa, Prof. Dr. Marco André Cadoná que aceitaram em participar da banca de defesa desta tese e que brilhantemente trouxeram contribuições e sugestões para a conclusão da mesma.

À coordenação, professores e trabalhadoras do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, da Universidade de Santa Cruz do Sul (PPGDR) pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis.

Aos colegas do PPGDR agradeço a vocês por toda confiança, tolerância, respeito, força, companheirismo e alegrias. Obrigada por vocês terem feito parte da minha vida nesta caminhada, pelos momentos de troca de experiências e aprendizado proporcionados.

À CAPES, pelo financiamento indispensável para que este trabalho se tornasse realidade. Sem ela isto não teria sido possível.

Aos colegas, amigos (as) e companheiros (as) de trabalho e todos que estiveram comigo nesses tempos inesquecíveis de estudo e que souberam entender meus afastamentos me incentivando na conquista desse trabalho: muitíssimo obrigada!

Aos sujeitos da pesquisa, conselheiros de saúde pelo acolhimento e disponibilidade em participar do estudo. Aprendi muito com todos vocês! Muito obrigada!

Finalmente, agradeço muito a todos os profissionais da saúde que acreditam no SUS, que procuram aprender e reinventar as suas práticas na construção dessa rede em prol dos usuários.

“Esta é mais uma etapa que se cumpre. E outra que se inicia nessa roda viva que é a nossa vida”.

As dinâmicas participativas não se constroem no vazio; pelo contrário, deitam suas raízes nas tramas relacionais existentes e a elas se adaptam ao mesmo tempo em que podem potencialmente transformá-las.

(Tatagiba, 2011).

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS - Ações Integradas de Saúde
AL - Assembleia Legislativa
ANC – Assembléia Nacional Constituinte
APAE – Associação de Pais e Alunos Excepcionais
APS – Atenção Primária em Saúde
CDS- Conselho de Desenvolvimento Social
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CER - Centro Especializado em Reabilitação
CGR – Colégio de Gestão Regional
CGT – Confederação Geral dos Trabalhadores
CI – Comissão Intergestores
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIES - Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIR - Comissão Intergestores Regionais
CISVALE – Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAPS – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS - Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde
CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CRR - Centro de Referência Regional
CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde
CS – Conselhos de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores

DOE - Diário Oficial do Estado

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FAS – Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Social

FADS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FPE - Fundos de participação dos Estados

FPM – Fundos de participação dos Municípios

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IDSUS – Índice de Desempenho do SUS

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

MPAS – Ministério de Previdência e Assistência Social

MR - Mobilização de Recursos

MS – Mapa da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB SUS – Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OP – Orçamentos Participativos

PAS – Programação Anual de Saúde

PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNI - Programa Nacional de Imunização

PNPS - Política Nacional de Participação Social

PP - Processo Político

PPA – Plano de Pronto Ação

PPA – Plano Plurianual

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PRI – Planejamento Regional Integrado

PS- Plano de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RASS – Rede de Atenção e Serviços de Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RIDE/DF - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e entorno

RS – Rio Grande do Sul

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SINPAS – Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TEA - Transtorno do espectro do Autismo

TCG – Termos de Compromisso de Gestão

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE MAPAS

Figura 1. Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul.....	130
Figura 2. Mapa da Macrorregião dos Vales.....	136
Figura 3. Mapa da Região de Saúde 27 – Jacuí Centro.....	137
Figura 4. Mapa da Região de Saúde 28 – Vale do Rio Pardo.....	138
Figura 5. Mapa da Região de Saúde 29 – Vales e Montanhas.....	139
Figura 6. Mapa da Região de Saúde 30 – Vale da Luz.....	140

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Instrumentos de planejamento e gestão do SUS.....	104
QUADRO 2	Inovações implementadas pelo Decreto nº 7.508/11 em relação ao Pacto pela Saúde/06.....	108
QUADRO 3	Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios, RS.....	134
QUADRO 4	Lei e data de criação dos conselhos, nº de conselheiros e população dos municípios da macrorregião de saúde.....	142
QUADRO 5	Período de mandato da mesa diretora e periodicidade de reuniões dos CMS.....	143
QUADRO 6	Cachoeira do Sul – segmentos e representações.....	143
QUADRO 7	Estrela – segmentos e representações.....	144
QUADRO 8	Lajeado – segmentos e representações.....	144
QUADRO 9	Santa Cruz do Sul – segmentos e representações.....	145
QUADRO 10	Comissões dos Conselhos de Saúde e temas abordados em suas reuniões.	145
QUADRO 11	Categorias e subcategorias enquanto questões norteadoras.....	157
QUADRO 12	Entrevistados, de acordo com algumas características de atuação.....	158

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Relação de gênero dos conselheiros de saúde.....	147
Tabela 2	Número e percentual dos conselheiros de saúde por faixa etária.....	147
Tabela 3	Número e percentual dos conselheiros de saúde por grau de instrução.....	148
Tabela 4	Número e percentual dos conselheiros de saúde por profissão/ocupação.....	148
Tabela 5	Número e percentual dos conselheiros de saúde por segmento que representam.....	149
Tabela 6	Número e percentual dos conselheiros de saúde de acordo com o tempo de mandatos exercido.....	149
Tabela 7	Número e percentual dos conselheiros conforme a instituição que representam.....	150
Tabela 8	Número e percentual dos conselheiros conforme a instituição que representam.....	151
Tabela 9	Número e percentual dos conselheiros quanto a participações nas reuniões	152
Tabela 10	Número e percentual dos conselheiros com disponibilidade para atuação no Conselho.....	152
Tabela 11	Número e percentual dos conselheiros que recebem liberação para participar das reuniões.....	153
Tabela 12	Número e percentual dos conselheiros que consideram a importância da participação no CMS.....	153
Tabela 13	Número e percentual dos conselheiros que têm influência na tomada de decisão.....	154
Tabela 14	Número e percentual dos conselheiros que possuem maior influência nas reuniões.....	154
Tabela 15	Número e percentual dos conselheiros conforme participação em Conferências de Saúde.....	155
Tabela 16	Número e percentual dos conselheiros conforme as comissões que participam.....	156
Tabela 17	Número e percentual dos conselheiros com respostas sobre o papel das comissões.....	156

RESUMO

Esta tese analisa a influência das dinâmicas e dos desenhos institucionais adotados pelos Conselhos Municipais de Saúde na implementação da política de saúde em escala local. Partindo-se do pressuposto de que a política pública formulada, no âmbito do Governo Federal, sofre uma série de alterações ao longo do seu processo de implementação nos diferentes territórios, neste caso nos municípios, busca-se compreender os condicionantes locais que influenciam na sua execução. Nesse sentido, investigou-se os desenhos e as dinâmicas dos conselhos de saúde em quatro municípios-sede das regiões que formam a Macrorregião dos Vales/RS, sendo eles: Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul, Estrela e Lajeado. Além disso, buscou-se analisar as percepções dos seus integrantes, oriundos de diferentes segmentos sociais, acerca das suas atribuições e dos conflitos e demandas que se apresentam nos momentos de tomadas de decisão no processo deliberativo. Os Conselhos de Saúde constituem um espaço de luta, de negociação e de articulação repleto de limitações e ambiguidades, mas também de oportunidades e desafios. Devido à importância da participação social na gestão de saúde, enquanto possibilidade de reforçar o caráter democrático do Estado, e da necessidade de investigar a efetividade das novas formas de contratualidade entre o Estado e a sociedade civil, este estudo centrou-se na influência da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde na implementação da política de saúde no âmbito municipal. Para atingir os objetivos propostos, a pesquisa valeu-se da abordagem neoinstitucional e dos estudos sobre implementação de políticas públicas, os quais foram fundamentais para a compreensão dos constrangimentos institucionais e territoriais dos atores vinculados a implementação da política pública de saúde nos municípios. Enquanto percurso metodológico, os procedimentos de investigação e coleta de dados basearam-se nas seguintes estratégias: a) Análise documental (legislação relacionada à política de saúde e documentos dos Conselhos de Saúde de cada município, tais como atas, relatórios, regimentos internos, listas de presenças, etc.); b) Observação participante, efetuada a partir das observações em reuniões dos conselhos municipais; c) Aplicação de questionários a todos os participantes dos conselhos municipais de saúde pesquisados, visando conhecer o perfil dos conselheiros e suas percepções sobre o funcionamento e atuação do Conselho na implementação e controle da política de saúde em nível local, e, d) realização de entrevistas semiestruturadas com os integrantes dos conselhos municipais de saúde dos municípios investigados considerando como recorte temporal o período de 2010 a 2020, compreendendo várias gestões. A escolha dos entrevistados respeitou a forma de composição paritária de cada Conselho (50% usuários, 50% entre gestão, prestador de serviços e trabalhadores em saúde) após a análise preliminar do número de participantes, pois houve variações entre os municípios. A análise dos resultados indicou alguns desafios para a atuação mais efetiva dos conselhos municipais de saúde, entre os quais destacaram-se os seguintes: recursos insuficientes para prover o funcionamento adequado dos conselhos, os quais somados aos escassos recursos financeiros dos conselheiros, trazem dificuldades à participação social dos diversos setores representados; insuficiência e descontinuidade de atividades de formação visando uma atuação mais qualificada dos conselheiros (em todos os conselhos investigados). Como fatores positivos, os conselheiros apontaram a maior participação da comunidade, que produziu melhorias no acesso e na qualidade dos serviços de saúde em nível local, bem como a promoção de ações mais condizentes com as necessidades dos usuários das políticas de saúde. Nesse sentido, ressalta-se a importância dos conselhos municipais na produção de uma maior confluência entre as ações implementadas pelo executivo municipal e as demandas provindas das organizações da sociedade civil em relação às políticas de saúde.

Palavras-chave: Dinâmicas Participativas; Desenho institucional; Conselhos Municipais de Saúde, Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This thesis analyzes the influence of the dynamics and institutional designs adopted by Municipal Health Councils on the implementation of health policy on a local scale. Starting from the assumption that the public policy formulated within the scope of the Federal Government undergoes a series of changes throughout its implementation process in different territories, in this case in municipalities, we seek to understand the local conditions that influence its implementation. In this sense, we investigated the designs and dynamics of health councils in four main municipalities in the regions that form the Macroregion of Vales/RS, namely: Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul, Estrela and Lajeado. Furthermore, we sought to analyze the perceptions of its members, coming from different social segments, regarding their responsibilities and the conflicts and demands that arise during decision-making moments in the deliberative process. Health Councils constitute a space for struggle, negotiation and articulation full of limitations and ambiguities, but also of opportunities and challenges. Due to the importance of social participation in health management, as a possibility of reinforcing the democratic character of the State, and the need to investigate the effectiveness of new forms of contractuality between the State and civil society, this study focused on the influence of the Municipal Health Councils in the implementation of health policy at the municipal level. To achieve the proposed objectives, the research used the neo-institutional approach and studies on the implementation of public policies, which were fundamental for understanding the institutional and territorial constraints of the actors linked to the implementation of public health policy in the municipalities. As a methodological path, the investigation and data collection procedures were based on the following strategies: a) Document analysis (legislation related to health policy and documents from the Health Councils of each municipality, such as minutes, reports, internal regulations, lists attendance, etc.); b) Participant observation, carried out based on observations at municipal council meetings; c) Application of questionnaires to all participants in the municipal health councils surveyed, aiming to understand the profile of the councilors and their perceptions about the functioning and performance of the Council in the implementation and control of health policy at the local level, and, d) carrying out semi-structured interviews with members of the municipal health councils of the municipalities investigated considering the period from 2010 to 2020 as a time frame, comprising several administrations. The choice of interviewees respected the parity composition of each Council (50% users, 50% between management, service providers and health workers) after preliminary analysis of the number of participants, as there were variations between municipalities. The analysis of the results indicated some challenges for the more effective performance of municipal health councils, among which the following stood out: insufficient resources to provide adequate functioning of the councils, which added to the councilors' scarce financial resources, bring difficulties to the social participation of the different sectors represented; insufficiency and discontinuity of training activities aimed at a more qualified performance of counselors (in all councils investigated). As positive factors, the counselors pointed to greater community participation, which produced improvements in access and quality of health services at the local level, as well as the promotion of actions more in line with the needs of users of health policies. In this sense, the importance of municipal councils in producing greater confluence between the actions implemented by the municipal executive and the demands coming from civil society organizations in relation to health policies is highlighted.

Keywords: Participatory Dynamics; Institutional design; Municipal Health Councils, Public Health Policies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 DINÂMICAS PARTICIPATIVAS NO BRASIL E A IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NOS TERRITÓRIOS.....	27
2.1 Dinâmicas democráticas e participativas.....	28
2.1.1 Arranjos participativos de políticas públicas.....	29
2.1.2 Esfera pública e sociedade civil.....	35
2.1.3 Inovações institucionais participativas.....	42
2.2 Políticas públicas e sua implementação nos territórios.....	50
2.2.1 Concepções de políticas públicas sob diferentes perspectivas.....	51
2.2.2 Análises de políticas públicas.....	54
2.2.3 Abordagens sobre implementação de políticas públicas.....	60
2.2.4 Implementação de políticas públicas nos territórios.....	66
2.2.5 Perspectivas neoinstitucionalistas para a análise da implementação de políticas públicas.....	70
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	76
3.1 A trajetória histórica da política de saúde no Brasil.....	77
3.1.1 Reforma sanitária brasileira.....	81
3.1.2 Sistema Único de Saúde - SUS e seus princípios.....	84
3.1.2.1 Descentralização com direção única em cada esfera de governo.....	86
3.1.2.2 Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.....	93
3.1.2.3 Participação da comunidade.....	108
3.2. Controle social.....	112
3.2.1 Conselhos de Saúde.....	114
3.2.2 Regionalização e Macrorregiões em saúde.....	118

4 O DESENHO INSTITUCIONAL DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA MACRORREGIÃO DOS VALES – RS.....	125
4.1 Percurso metodológico.....	125
4.2 A Macrorregião dos Vales.....	129
4.2.1 Características da Macrorregião dos Vales.....	130
4.3 Análise documental e desenhos dos Conselhos Municipais de Saúde.....	135
4.4 Perfil sócio-políticos dos conselheiros de saúde.....	139
4.5 Entrevistas semi estruturadas.....	148
4.5.1 Atribuições e competências dos conselheiros de saúde.....	149
4.5.2 Tomada de decisão pelos conselheiros de saúde.....	157
4.5.3 Relações de poder e dinâmica de interação entre governo e os conselheiros de saúde.....	166
4.5.4 Desmonte das políticas de saúde num contexto da pandemia Covid-19.....	174
4.6 Análises e considerações do perfil e das entrevistas dos conselheiros de saúde	186
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	193
REFERÊNCIAS.....	202
APÊNDICES.....	220

1. INTRODUÇÃO

A presente tese tem por objetivo compreender como as dinâmicas e os desenhos institucionais adotados pelos Conselhos Municipais de Saúde têm interferido na implementação da política de saúde em escala local. Para atingir tal objetivo, realizou-se uma investigação empírica em quatro conselhos municipais da Macrorregião dos Vales, no Rio Grande do Sul (RS), por meio da qual se buscou compreender como a atuação dos diversos atores que integram esses espaços, bem como o desenho institucional adotado por cada conselho, repercutem na forma como a política acontece de fato nos municípios. Nesse sentido, investigou-se como esses atores interpretam, discutem e constroem estratégias de ação nas arenas da política de saúde de seus territórios, condicionados pelas estruturas institucionais, pelos recursos que dispõem e pelas relações que estabelecem entre si e com a gestão pública municipal.

A participação da sociedade na formulação, implementação e controle social das políticas públicas foi projetada durante o processo de redemocratização brasileiro, que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando foi afirmada a ampliação da participação cidadã através da criação de instâncias participativas nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) como um dos pilares necessários à construção e consolidação democrática.

Entre os diversos arranjos institucionais (conferências, fóruns, orçamentos participativos, conselhos gestores de políticas públicas e de direitos, entre outros) que previam a participação de representantes da sociedade civil e de atores governamentais, este estudo analisou os conselhos de políticas públicas que, ao longo da década de 1990 e dos anos 2000, surgiram com o objetivo de fomentar a participação da sociedade civil na formulação e implementação das políticas públicas. A discussão sobre a participação popular já vinha acontecendo no Brasil desde as décadas de 1970 e 1980, período em que diversos movimentos sociais enfrentaram as forças repressivas do Estado para reivindicar o acesso a bens, serviços e direitos, até então negados aos cidadãos que não pertenciam às elites dominantes. O debate sobre as instâncias participativas foi intensificado ao longo da década de 1990, focando sobretudo na relação entre a sociedade civil e o Estado, e nos seus desdobramentos sobre a qualidade dos espaços deliberativos, considerados como fundamentais para o fortalecimento de uma gestão democrática, integrada e compartilhada. (ALMEIDA, *et al*, 2016).

Em relação à política de saúde, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS),

prevista na Constituição Federal de 88, foi institucionalizada a prática participativa através da Lei nº 8.142/90, a qual dispõe “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e outras providências” e institui as instâncias colegiadas de participação, conferências e conselhos de saúde, atribuindo-lhes papéis deliberativos e fiscalizadores (BRASIL, 1990b). Através dessa normativa, os Conselhos Municipais aparecem como fóruns públicos que possibilitam a interação entre a sociedade civil e o Estado, proporcionando uma maior proximidade entre os cidadãos e a gestão pública local. A legislação que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS apontou que os conselhos de saúde, em todas as instâncias governamentais, deveriam ser constituídos de forma paritária entre representantes dos usuários, dos prestadores de serviço, do governo e de profissionais que atuam na área da saúde. Segundo Cortes e Silva (2010), os conselhos de direitos e de políticas no Brasil passaram a fazer parte do cenário das decisões, tornando-se fóruns deliberativos em que são representados, formal e publicamente, os interesses da população, assumindo importância fundamental na discussão sobre a política de saúde e sua efetivação.

No âmbito da produção acadêmica sobre as novas instâncias participativas e a sua efetividade, pode-se observar a existência de distintos momentos de análise, sustentados por diferentes abordagens teóricas e contextos políticos. A década de 1990 foi altamente marcada pelo debate sobre a sociedade civil a partir de uma abordagem normativa, a qual enfatizava a positividade trazida pelas inovações democráticas das instituições participativas nas diferentes fases do ciclo das políticas públicas. Segundo Almeida *et al.*, (2016, p. 250), nessa perspectiva “as instituições participativas aprofundariam a democracia ao fazer da tomada de decisão um processo mais público e inclusivo, aumentando sua legitimidade”. Nesse sentido, “teriam também poder para impactar positivamente os resultados das políticas públicas ao aproximar a tomada de decisões daqueles que são por elas afetados” (ALMEIDA *et al.*, 2016, p.250). Os autores relatam, ainda, que inúmeros estudos realizados em distintas regiões e municípios do país mostraram que as instituições participativas apresentam variações significativas quanto ao seu ‘grau de institucionalização’, ‘regras de funcionamento’ e ‘tipos de atores’ incluídos (ALMEIDA *et al.*, 2016, p. 250). Apesar dessa heterogeneidade, essas instituições participativas foram vistas, no seu conjunto, como arranjos que estabelecem práticas participativas, e/ou investem de responsabilidades representativas, atores e instituições não previstos pelo modelo tradicional de democracia representativa (LAVALLE; ISUNZA, 2011).

O fato é que os estudos sobre os arranjos institucionais participativos avançaram na

última década, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, principalmente em relação a estudos comparativos e referentes às experiências municipais (ALMEIDA *et al*, 2015). Alguns autores, tais como Avritzer e Ramos (2016) e Cunha e Teodoro (2015), têm destacado a relevância do desenho institucional para analisar a efetividade, a igualdade e a ampliação da participação e da deliberação, pois é ele que apresenta as regras para a sua execução. Considerado como um conjunto de regras que organizam uma forma institucional, Avritzer e Ramos (2016) afirmam que os desenhos institucionais não são neutros, pois suas escolhas e variações podem influenciar diretamente nos resultados da participação política. Isto porque o tipo de desenho define quem pode participar, quais assuntos são deliberados, como as discussões são feitas, qual a frequência de encontros entre os participantes e quais são os modelos de gestão e de tomada de decisão adotados (AVRITZER; RAMOS, 2016).

Nesta direção, Tatagiba (2011), na sua investigação sobre a institucionalização da participação democrática nos conselhos municipais do Estado de São Paulo, considerou-os como arranjos institucionais inovadores que detinham competência para a interpretação de práticas coletivas e para a democratização concreta nos procedimentos de gestão em questões públicas. No entanto, para que esses conselhos consigam alcançar os objetivos para os quais foram criados, Silva *et al.*, (2014) afirmam que o desenho institucional precisa estar devidamente delineado como um conjunto de normas que trazem questões relativas a seu funcionamento, organização e competências. Esses autores buscaram avaliar e discutir a efetividade das instâncias criadas para promover a participação social, especialmente os conselhos municipais de saúde, objeto deste estudo. A avaliação da efetividade dos Conselhos, considerados como espaços de representação dos envolvidos com as políticas de saúde e de exercício direto da cidadania pela população, requer a explicitação do que está sendo entendido como participação e de como são estabelecidas as inter-relações entre os distintos atores.

Almeida *et al.*, (2016) relatam que os estudos mais recentes abordam as instituições participativas a partir de três enfoques: *i*) as conexões estabelecidas entre as instituições do Estado e da sociedade civil; *ii*) o abandono da polarização entre participação e representação; e, *iii*) a seleção de variáveis mais precisas e a adoção de instrumentos metodológicos mais eficazes que possam aferir a efetividade das instituições participativas e seus efeitos nas políticas públicas e nos governos (ALMEIDA *et al.*, 2016).

A intenção desta tese é contribuir, principalmente, com os estudos referente ao primeiro enfoque mencionado a partir da análise sobre as relações entre as instituições do Estado e da sociedade civil, visando compreender como eles influenciam nos resultados da política de

saúde.

Partindo-se do entendimento de que os municípios têm sido o palco de inovações relativas à institucionalização da participação e que a avaliação desse avanço requer uma análise que possibilite compreender a natureza das práticas que ocorrem no interior destas instâncias e as condições associadas à sua efetividade, esta tese busca responder ao seguinte problema de pesquisa: Como as dinâmicas e os desenhos institucionais existentes nos Conselhos Municipais de Saúde interferem na implementação da política de saúde em escala local?

Buscando responder ao problema central, formulou-se as seguintes questões norteadoras, as quais orientaram a construção dos objetivos específicos e os roteiros das entrevistas: *i)* De que forma o desenho institucional dos Conselhos de Saúde está constituído nos municípios-sede das regiões que integram a Macrorregião dos Vales? *ii)* Como os representantes dos distintos segmentos sociais percebem as suas atribuições e competências e as dos demais conselheiros? *iii)* De que maneira os diferentes segmentos representados nos conselhos municipais de saúde defendem os seus interesses diante dos conflitos e demandas que se apresentam na tomada de decisão? *iv)* Como se apresentam as relações de poder enfrentadas pelos representantes dos conselhos municipais de saúde diante dos conflitos de interesses no processo de deliberação? *v)* Como os conselheiros se relacionam com a gestão municipal?

Buscando analisar como as dinâmicas e os desenhos institucionais existentes nos Conselhos Municipais de Saúde têm interferido na implementação da política de saúde em escala local, delineou-se os seguintes objetivos específicos: *i)* Investigar os desenhos institucionais adotados pelos distintos conselhos municipais de saúde desde a sua formação; *ii)* Identificar quais atores participam efetivamente das reuniões do Conselho de Saúde; *iii)* Analisar a forma como os conselheiros se articulam politicamente na defesa dos interesses que representam nos processos de tomada de decisão; *iv)* Perceber como os conselheiros estabelecem relações com a gestão municipal.

A partir desses objetivos, almeja-se contribuir com as análises que têm sido desenvolvidas no campo das políticas públicas, sobretudo em relação às pesquisas que buscam investigar como os arranjos institucionais participativos influenciam na forma como a política é implementada em um dado território e nos seus resultados, considerando para isso as instituições (formais e informais), os atores e suas redes de relações (no próprio conselho e com atores de outros espaços e organizações). Trata-se, portanto, de compreender os avanços e contradições dos mecanismos de governança que possibilitam a implementação da política de

saúde em nível local.

Diante disso, a investigação procurou analisar a atuação dos arranjos de participação e a sua dinâmica em âmbito municipal, verificando em que medida os princípios normativos que regulamentam o SUS produziram e/ou produzem efeitos locais entre os municípios de determinadas regiões. A análise foi embasada nas contribuições recentes aportadas pela literatura sobre os arranjos institucionais brasileiros que busca avaliar a sua efetividade e qualificar as formas de deliberação pública.

No momento em que as democracias representativas, por todo o mundo, enfrentam dificuldades e descrenças em seus ideais, a revalorização dos arranjos institucionais participativos pode representar um caminho para o aprimoramento democrático. Na área da saúde, faz-se necessário ampliar a participação da sociedade na efetivação de um sistema universal e de direito à saúde, a começar pelos conselhos e as conferências de saúde. Neste sentido, a pesquisa vai ao encontro do que a literatura internacional tem buscado, ao longo da última década, que consiste em sistematizar os aprendizados e problemas desses novos modelos de cooperação entre sociedade civil e agentes governamentais para aperfeiçoar seus desenhos e funcionamento em prol de políticas mais eficazes e eficientes, processos que a literatura mais recente passou a chamar de novos arranjos institucionais aliados à ideia de coprodução de serviços (LOTTA, 2017).

No caso brasileiro, esta questão entra na agenda a partir da proposição de um Estado mais democrático e participativo, proposto pela Constituição Federal de 1988. Nas últimas décadas, a dimensão da intersetorialidade foi incluída às políticas, principalmente com o avanço dos novos arranjos institucionais (LOTTA; FAVARETO, 2015). É neste contexto que vários governos municipais, estaduais e governo federal buscam desenvolver novos procedimentos de implementação em rede, implicando nos mais diversos tipos de parcerias – intra e intergovernamentais, envolvendo também atores do mercado e atores da sociedade civil. Com o surgimento dos novos arranjos institucionais, se complexificaram as redes e parcerias no campo das políticas públicas (GOMIDE; PIRES, 2014).

Vários estudos têm demonstrado que, nas últimas décadas, houve um avanço considerável em relação a incorporação de diferentes atores nos processos de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas (LOTTA; VAZ, 2015). Embora se tenha mais clareza deste movimento e seus aspectos no caso das políticas federais, o conhecimento sobre como estas tentativas e arranjos ocorrem no nível municipal, que é onde as políticas se concretizam territorialmente, ainda são limitados. Existem relatos empíricos de que algumas

políticas têm sido implementadas com a parceria e envolvimento de outros atores, porém, são poucas as análises e sínteses teóricas que possam permitir uma compreensão mais abrangente sobre como estes processos estão sendo desenvolvidos e seu impacto para as políticas municipais. Considera-se, portanto, que embora cada vez mais surjam arranjos complexos baseados em parcerias intergovernamentais e envolvendo atores não estatais, persiste o desconhecimento das formas dessas experiências e suas consequências no nível municipal. Esta pesquisa buscou contribuir nessa direção, com a observação do que acontece em nível municipal e como estas experiências podem inspirar o desenho de políticas federais, estaduais e municipais que se apropriem das redes e parcerias de maneira mais efetiva em prol dos resultados das políticas. Segundo Lotta, Pires e Oliveira (2014, p. 465) “[...] há uma lacuna nos estudos empíricos brasileiros a respeito dos diversos elementos e fatores que influenciam a fase da implementação” das políticas públicas.

Nesse sentido, a intenção desta tese foi produzir uma análise que fosse para além do debate ideológico ao redor desse objeto e possibilitasse uma percepção sobre os muitos fatores que têm interferido nesse processo com base em investigações empíricas sobre a implementação de políticas públicas em nível municipal.

Este estudo investigou os conselhos municipais de saúde de quatro municípios da Macrorregião dos Vales-RS – Santa Cruz do Sul, Cachoeira do Sul, Lajeado e Estrela - visando compreender como eles influenciaram no processo de implementação e nos resultados da política de saúde nos seus municípios. Os municípios selecionados contemplam as quatro regiões de saúde que compõem essa Macrorregião, sendo que cabe às regiões de saúde a responsabilidade pelo planejamento da gestão sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. O planejamento da gestão busca integrar as ações e serviços para a população por meio da construção de estratégias e do compartilhamento de percepções e valores que respondam às necessidades e realidades regionais (Decreto nº 7.508 de 2011).

Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa amparou-se na abordagem neoinstitucionalista e na literatura sobre implementação de políticas públicas, as quais possibilitam perceber como as instituições (regras formais e informais) existentes nos territórios condicionam as ações dos integrantes dos conselhos municipais no tocante à política de saúde. Nesse sentido, a abordagem neoinstitucionalista permite “elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 194).

Segundo Skocpol (1992, *apud* Marques, 2006), as regras legais e os desenhos

organizacionais irão compor o contexto institucional em que ocorre uma determinada dinâmica política. Isto aponta para a necessidade de se observar como os atores e suas ações estão condicionados por contextos institucionais específicos (regras de funcionamento da política estabelecida em normas informais, no direito positivo e em formatos organizacionais específicos).

Ainda no tocante ao percurso metodológico, os procedimentos de coleta de dados da tese estiveram baseados em quatro (4) estratégias, as quais compreendem: *i*) análise documental (legislação relacionada à política de saúde e atas, relatórios e regimentos internos dos Conselhos de Saúde de cada município pesquisado); *ii*) Observação participante nas reuniões dos conselhos. *iii*) Aplicação de questionários a todos os participantes dos conselhos municipais de saúde pesquisados, visando conhecer o perfil destes conselheiros e suas percepções sobre o funcionamento e atuação do conselho na implementação e controle social da política de saúde em nível local; e, *iv*) realização de entrevistas semiestruturadas com um grupo de representantes dos conselhos municipais de saúde dos municípios investigados, considerando como recorte temporal o período de uma década (2010 a 2020) referindo-se a várias gestões. A escolha dos entrevistados respeitou a forma de composição paritária de cada Conselho (50% usuários, 50% divididos entre gestores, prestadores de serviços e trabalhadores em saúde). Como foi constatada a existência de variações na composição dos conselhos nos quatro municípios investigados, a seleção dos entrevistados se deu após a análise preliminar sobre o número e a representatividade segmental dos participantes.

No momento do contato inicial com os entrevistados, foram apresentados os objetivos da pesquisa e fornecidos os esclarecimentos com relação à participação na pesquisa e à utilização das informações levantadas. Também por ocasião da entrevista, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado pela pesquisadora e os entrevistados, conforme o modelo definido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC que consta nos apêndices.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2021 e março de 2022, por meio de entrevistas gravadas e transcritas em sua íntegra, visando a utilização integral de todas as falas possíveis dos entrevistados como material de análise.

É preciso destacar que o presente estudo ocorreu durante um momento pandêmico quando um novo coronavírus, proveniente da China, colocou o mundo na pandemia da Covid-19. A situação pandêmica mudou de forma extraordinária e rápida a vida de milhões de pessoas ao redor do mundo, provocando mortes, modificando rotinas e impactando as formas de

sociabilidade, além de impor restrições ao funcionamento da economia em todo o mundo.

No Brasil, a pandemia de Covid-19 encontrou a população em situação agravada, com extrema vulnerabilidade devido à crescente desigualdade socioeconômica do país, com altas taxas de desemprego, cortes em diversas políticas sociais, insegurança alimentar, entre outros retrocessos evidenciados pelos indicadores sociais a partir de 2015.

Após a aprovação da Emenda constitucional nº 95, em 2016, que impôs um congelamento dos gastos públicos nas áreas da saúde e na educação por vinte anos, somadas às políticas econômicas adotadas pelos governos Temer e Bolsonaro, houve um crescente estrangulamento dos investimentos em saúde e pesquisa no Brasil. Foi no momento de crise sanitária que a sociedade percebeu a importância de contar com um sistema único de saúde que garantisse o direito à saúde para todos os cidadãos. (WERNECK; CARVALHO, 2020).

A situação pandêmica provocou mudanças nas formas de atuação do SUS e nas instâncias responsáveis pelo controle social da política de saúde, provocando alterações nas suas dinâmicas, pautas e estratégias de ação. Além disso, a crise sanitária trouxe novos desafios à participação social, pois o isolamento atingiu diretamente a dinâmica de funcionamento dos Conselhos e a possibilidade de realização de Conferências. Para agravar a situação, o Governo Federal adotou uma postura negacionista em relação à pandemia, questionando sua gravidade e a necessidade de tomar medidas articuladas com base em evidências científicas, o que resultou na execução de ações desencontradas e contraditórias entre os entes federados.

Esses desafios atingiram em cheio o percurso da presente pesquisa. Seja pelo fato da exigência de isolamento intenso em algumas regiões, seja pelas prioridades de alguns municípios em restabelecer a agenda com ações e serviços paralisados por quase dois anos.

Cabe mencionar que a proposta desta tese vai ao encontro do necessário aprofundamento do debate sobre os efeitos da participação social, por meio da estruturação e funcionamento dos arranjos institucionais participativos, na formulação e implementação das políticas públicas. O destaque aos constrangimentos existentes nestes espaços é essencial para que se possa repensar e qualificar as formas de participação social no processo de construção e execução das políticas públicas.

A tese encontra-se estruturada em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais.

O capítulo 2 apresenta os fundamentos teóricos da problematização da tese. Discute-se, inicialmente, os conceitos-chaves relacionados às dinâmicas participativas e aos arranjos institucionais de políticas públicas na perspectiva de ampliação da democracia. Na sequência,

retoma-se o debate em torno dos conceitos de esfera pública e de sociedade civil, demonstrando como esta foi compreendida, durante os anos de 1990, como um *locus* que reúne atores que se diferenciam e se opõem às lógicas de funcionamento do Estado e do mercado. Em seguida, passa-se a descrever as definições de políticas públicas e o modelo do ciclo da política pública, visando situar o foco da tese na fase de implementação, ou seja, no momento em que a política de saúde será executada num território particular. O território vai ser percebido, por um lado, como uma construção histórica e social, fruto da ação passada realizada por múltiplos atores, e por outro, como um elemento que condiciona no presente a forma como os atores locais se apropriam das políticas públicas e agem nesse espaço, produzindo diversos efeitos sobre ele. O capítulo finaliza com a apresentação da abordagem neoinstitucional, demonstrando como ela contribui para a compreensão das diferenças observadas na implementação das políticas públicas nos distintos territórios.

O capítulo 3 descreve a construção das políticas públicas na área da saúde coletiva. Inicialmente, retoma-se a trajetória histórica da saúde pública no Brasil, desde a década de 1920 até os dias atuais, passando pelo movimento da Reforma Sanitária, o processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, os quais trouxeram em seu bojo os princípios e as diretrizes que direcionam o ordenamento das ações e serviços de saúde. Na segunda parte, é abordado o tema do controle social e de como este se efetiva por meio das ações de setores organizados da sociedade civil sobre o Estado. A participação de atores não governamentais na construção e implementação de políticas públicas de saúde ocorre por meio dos Conselhos de Saúde, existentes nos distintos níveis da federação, com representação paritária de usuários, representantes governamentais, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação ocorre via conferências de saúde, as quais ocorrem periodicamente e têm como objetivo definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde (BRASIL, 1990b). Encerra-se o capítulo com uma retomada acerca da regionalização da política de saúde, evidenciando as regiões e as macrorregiões existentes.

No capítulo 4 encontra-se os resultados da investigação empírica da tese e suas interpretações à luz do referencial teórico construído. Na primeira parte do capítulo, são descritos os aspectos metodológicos que fundamentaram a pesquisa empírica e a forma de seleção dos municípios. Posteriormente, passa-se a descrever as características das 4 regiões pesquisadas, o desenho institucional existente nos conselhos de saúde de cada município (sua estrutura, normatizações, recursos) e as dinâmicas participativas existentes nesses conselhos municipais da Macrorregião dos Vales. Em seguida, apresenta-se a análise do perfil dos

conselheiros municipais dos municípios pesquisados. Na sequência, descreve-se os resultados da investigação empírica realizada nos municípios que possibilitaram compreender algumas questões centrais para a problemática da tese, tais como, as regras formais instituídas pelos conselhos (participantes, funcionamento, etc.), as atribuições e competências dos conselheiros, o processo de tomada de decisões, as relações de poder, os conflitos de interesse, entre outras questões.

Importante destacar que a autora desta tese já havia identificado através da pesquisa de mestrado diferentes abordagens sobre os espaços de participação social. Naquela ocasião, o estudo estava direcionado à política de educação em saúde e à análise da atuação da CIES - Comissão de Integração Ensino-Serviço enquanto um espaço de militância na Região 28 de Saúde (RS). Da mesma forma, foram analisados os conflitos e embates presentes nas concepções da política pública de educação em saúde, sobretudo na articulação de estratégias sociopolíticas que possibilitassem um processo formativo dos trabalhadores de saúde como fator fundamental e indispensável à qualidade da atenção à saúde. (STEYER, 2016).

O resultado da pesquisa anterior revelou duas questões importantes para a construção de uma política de educação permanente em saúde no Brasil. Primeiro, que o processo de regionalização dessa política ainda é incipiente, requerendo maior adesão e comprometimento dos poderes públicos municipais. Segundo, que a CIES, embora instituída pela legislação como um espaço apenas consultivo no âmbito das Regiões de Saúde, pôde se colocar como um importante espaço de militância e, inclusive, de deliberação e execução da política de educação permanente em saúde em âmbito regional (STEYER, 2016). Desta forma, pôde-se perceber que os diferentes movimentos sociais e organizações comprometidas com o campo das políticas de saúde na região concebem essa Comissão como um espaço político importante para a construção da política de educação permanente em saúde. A região 28 de saúde através da atuação na CIES, foi transformada num “território de militância”, espaço/tempo a partir do qual indivíduos, coletividades, movimentos sociais, instituições sociais e até mesmo os governos municipais, passaram a se mobilizar e agir politicamente com o intuito de que seus interesses pudessem ser representados na construção da política de educação permanente em saúde na região. (STEYER, 2016).

Em decorrência desse estudo, a autora que possui formação em serviço social e sociologia, com especialização sanitária é profissional da área de saúde e militante por uma saúde universal e gratuita, também conselheira municipal de saúde. Teve agora em sua tese a atenção direcionada para a análise dos processos e dinâmicas dos novos arranjos participativos,

principalmente, sobre a participação social dos atores que se representam nos conselhos municipais de saúde e o movimento destes para a implementação de políticas públicas nos municípios de regiões que compõem a Macrorregião dos Vales.

2 DINÂMICAS PARTICIPATIVAS NO BRASIL E A IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NOS TERRITÓRIOS

A efetividade das instituições democráticas, segundo a perspectiva aqui apresentada, encontra-se atrelada ao debate sobre os arranjos institucionais e o processo de implementação das políticas públicas. Os moldes pelos quais os arranjos institucionais são definidos e como operam geram efeitos diferenciados nos resultados das políticas públicas, pois são capazes de direcionar as regras, os espaços e os processos que definem a forma particular de como se articulam os atores e interesses na implementação de uma política pública. Este capítulo apresenta duas perspectivas que têm permeado as discussões em torno dos arranjos institucionais participativos na implementação das políticas públicas e, mais amplamente, da sua contribuição para o aprofundamento da democracia.

A primeira perspectiva aborda as novas dinâmicas participativas e os arranjos de políticas públicas relacionando-os diretamente à ampliação da democracia através da inclusão de novas formas de representação. A produção acadêmica acerca dos modelos democráticos – democracia representativa, democracia participativa e democracia deliberativa – encontra-se inserida nessa perspectiva, assim como a visão normativa que acompanhou boa parte dessa literatura sobre os novos arranjos institucionais. Nessa perspectiva, os conceitos habermasianos de esfera pública e de sociedade civil ganharam proeminência, sobretudo a partir da sua incorporação, na América Latina, por meio da produção de Cohen e Arato (1994).

A segunda perspectiva situa-se no campo das políticas públicas, sobretudo nas discussões em torno dos processos de implementação das políticas públicas e de como os arranjos institucionais influenciam nesses processos. Os resultados da atuação desses arranjos institucionais passam a ser vistos como contingenciais, como algo que necessita ser investigado empiricamente, contrapondo-se às análises baseadas em pressupostos normativos sobre como esses arranjos deveriam funcionar e as suas contribuições para a efetividade das políticas públicas e para a própria democracia. Esta perspectiva vai influenciar os estudos sobre as políticas públicas, a influência dos arranjos institucionais e dos fatores que condicionam a sua implementação nos distintos territórios.

O capítulo encerra descrevendo a contribuição das abordagens neoinstitucionais, as quais fornecem ferramentas conceituais que possibilitam investigar empiricamente os contextos institucionais em que as políticas acontecem, evidenciando os fatores que produzem as suas diferenças nos distintos territórios durante o processo de implementação.

2.1 Dinâmicas democráticas e participativas

As discussões sobre as mudanças nas formas de representação política, que começaram a ser idealizadas no período da redemocratização brasileira, tiveram como objetivo incorporar formas de representação social que fossem além da representação eleitoral. Ao ser comparado a outros países, o Brasil diferiu-se tanto na sua forma de conciliar participação com governo representativo, quanto na extensão em que a sociedade civil passou a partilhar do poder decisório através das novas instâncias participativas criadas a partir dos anos de 1990. Esses novos arranjos institucionais passaram a incluir representantes das organizações da sociedade civil e atores governamentais na proposição e deliberação de políticas públicas (ALVES, 2020).

A transição democrática brasileira, que se iniciou no regime militar e se consolidou com a Constituição de 1988, alterou profundamente a dinâmica das relações entre Estado e sociedade. Um dos espaços visíveis destas transformações foi a união entre representação e democracia, principalmente porque ela deixa de ser uma ideia implícita para se tornar uma força organizadora da representação.

Com esse decurso, a estrutura política passou por um profundo movimento de renovação institucional marcado pela pluralização do sistema partidário, democratização do sistema eleitoral, reorganização político-administrativa do país, ampliação das responsabilidades do Estado no provimento de direitos sociais e criação de canais variados de interação Estado/sociedade.

As abordagens teóricas sobre as manifestações da sociedade civil nos últimos anos e sua interação com o Estado destacaram as dimensões participativas e deliberativas desses encontros, nos quais o papel representativo da sociedade civil ganhou força. A certificação de que os atores sociais agem e falam em nome de públicos, temas ou grupos não presentes, demandou a incorporação de uma noção ampla de representação, para além do quadro teórico consolidado da representação eleitoral. Na última década, pôde-se observar o esforço realizado por alguns pesquisadores brasileiros no sentido de avaliar a legitimidade dessa representação e sua contribuição para a qualidade da democracia (LÜCHMANN, 2011; LAVALLE, ISUNZA VERA, 2011). Por isso, neste capítulo faz-se necessário uma análise sistemática sobre como distintos desenhos representativos respondem aos desafios da representação e uma atenção às diferenças entre o contexto nacional e internacional.

2.1.1 Arranjos participativos de políticas públicas

No Brasil, ao longo dos últimos anos, a democracia tornou-se uma das principais referências no âmbito das experiências e dos debates, visto as circunstâncias históricas que a sua dinâmica imprimiu ao propiciar o surgimento de inúmeros arranjos institucionais de políticas públicas que garantem a participação conjunta de representantes da sociedade civil e de atores governamentais.

Dentre esses arranjos, salientam-se os conselhos de direitos e de políticas públicas, os quais possuem, entre seus objetivos, fomentar a participação da sociedade civil na formulação, implementação, controle social e avaliação das políticas públicas, nos diversos níveis da federação. A conformação das instituições participativas foi vista, a princípio, como um processo que conduziria, naturalmente, à elevação dos níveis de acesso aos direitos civis, políticos e sociais através da criação de novos parâmetros normativos da vida pública, contribuindo para a construção democrática e para a gestão pública aberta à participação de amplos setores da sociedade. Estudos sobre os efeitos desses arranjos participativos de políticas públicas nos distintos territórios passaram a ser realizados de forma menos prescritiva na última década, o que tem demandado esforços dos pesquisadores no sentido de avaliar como os desenhos institucionais e as dinâmicas empreendidas pelos distintos atores nesses espaços refletem sobre as políticas.

Os arranjos participativos surgiram em um contexto de reabertura democrática, após a promulgação da Constituição Federal, quando foram geradas novas possibilidades políticas baseadas na construção coletiva da sociedade civil e do Estado, modificando a forma e a estrutura da administração pública através da inclusão de novos e distintos atores não estatais nos processos decisórios. Essas novas institucionalidades propiciavam um canal de diálogo com o governo e o reconhecimento dos movimentos e organizações civis enquanto interlocutores.

Neste contexto surgem os conselhos gestores que, no Brasil, foram constituídos como fóruns deliberativos que estabelecem uma aproximação entre a sociedade civil e o Estado, possibilitando que sejam representados, formal e publicamente, os interesses da população.

As dinâmicas de participação estão associadas às transformações que ocorreram na sociedade brasileira, ao menos, desde a década de 1960. Neste período surgiram mobilizações, em vários países do mundo, de atores coletivos contrariados com os desfechos dos regimes democráticos. Esses movimentos buscavam, sobretudo, a consolidação de uma democracia participativa que abrangesse uma visão mais ampla de participação com todas as formas e

dispositivos criados para ampliar os espaços da sociedade nas decisões políticas e nos atos da administração pública. Na prática, a proposta da democracia participativa introduziu novos instrumentos de controle e de participação no poder destacada pelos mecanismos de controle social que impôs a participação efetiva e operante do povo na coisa pública (MOURA, 2010).

A própria dinâmica democrática se encarregou pela criação dos mecanismos necessários para a efetiva participação da população, uma vez que a democracia está baseada em uma dinâmica de controle das atividades estatais, com o próprio Estado a fomentar a participação da sociedade. No entanto, as experiências democráticas, conforme Moura (2010), possuem um sistema que passa por diversos questionamentos sobre o funcionamento, sobre legitimidade social e sobre a efetividade das instituições participativas e representativas. Questionamentos estes, cujos impactos e a atuação de movimentos populares em sociedades democráticas reforçam os debates ancorados sobretudo no interesse de diversos autores em identificar como os movimentos se comportam, afetam e podem produzir algum tipo de poder democrático em diferentes contextos (MOURA, 2010).

A preocupação com os efeitos dos movimentos populares e sociais, bem como a sua atuação participativa, foi abordado na teoria brasileira a partir de elaborações que privilegiaram o papel dos movimentos no desenvolvimento de ações estratégicas da defesa da cidadania e das garantias constitucionais. Os cenários que influenciaram o desenvolvimento das experiências participativas destacaram a participação popular e a atuação de atores específicos que acompanharam os avanços das instituições participativas marcando presença, sobretudo, no processo de produção de políticas públicas (AVRITZER, 2013).

Nas Ciências Sociais, o tema da participação popular tem sido objeto de amplos estudos e análises, observados inclusive nas práticas cotidianas da sociedade, assim como nos discursos e práticas de ações das instituições participativas com diferentes sentidos e significados tendo em vista a diversidade e os novos papéis assumidos pelos movimentos diante do elevado grau de complexidade e de pluralidade da vida social. Isto fez com que as dinâmicas participativas e democráticas se tornassem campo de interesse e estudos (LUCHMANN, 2014).

Desta forma, a temática da participação popular com sua ampla dimensão entra em cena através dos movimentos sociais trazendo uma contribuição para o desenvolvimento da teoria social e para a compreensão da dinâmica de organização e reorganização das sociedades modernas. Este tema vinha ganhando espaço, desde os anos 60, em várias regiões acadêmicas do mundo e a partir de distintas perspectivas teóricas, principalmente nos Estados Unidos e Europa Ocidental. Segundo Gohn (2011), esta visibilidade dos movimentos sociais e a produção

acadêmica a seu respeito se deu em função de fenômenos sociais concretos, pois o período foi marcado por intensas e massivas mobilizações críticas à sociedade de consumo e ao modelo capitalista (GOHN, 2011). No caso dos EUA, a contestação social e política foi levada a cabo, nos anos 60, por meio do movimento pelos direitos civis, o que contribuiu para o surgimento das teorias da mobilização de recursos (MR) e do processo político (PP). Já na Europa, os protestos emergentes conduziram a construção das análises em torno da defesa dos direitos humanos (NUNES, 2014).

No Brasil, a questão da participação social e popular foi colocada em pauta a partir do final da década de 70 e início da década de 80, quando as crises políticas e econômicas intensificaram os problemas sociais, dando início a uma maior organização da população em torno da luta por melhorias na infraestrutura dos serviços públicos e maior disponibilidade dos bens de consumo (MATEOS, 2011). Esta ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais produziram a ampliação das demandas da sociedade sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento das políticas públicas como direito universal, sendo dever do Estado garanti-las (MENDES, 2011).

Esta crise é interpretada como uma pré-condição necessária para a emergência de novas abordagens teóricas que pudessem aportar instrumentos de análise alternativos aos existentes. Perante essa realidade fez-se necessário uma mudança substantiva do modelo de políticas, implicando não apenas em um novo sistema, mas em mudanças políticas culturais e cognitivo-tecnológicas.

Foi possível, nesses anos, precisar movimentos sociais, com suas inúmeras frentes e demandas que foram também movimentos de lutas civis, luta pela via do fortalecimento da sociedade civil, pela reconstrução da cidadania e recuperação da democracia (SANTOS, 2022). Um período marcado pela (re) organização dos movimentos sociais tradicionais e a emergência de novos movimentos, no qual diversos espaços de interação foram criados na medida em que a participação social emergia como referencial de rupturas e tensões e suas práticas ganhavam visibilidade pública com vasta repercussão na sociedade (MUTZENBERG, 2011).

Tanto do ponto de vista das práticas participativas como da produção acadêmica, o período surge com novas pautas de mobilizações constituídas em torno de demandas simbólicas e identitárias, resultando dessa conjuntura o surgimento de inúmeros movimentos (GOHN, 2019; CORREIA, ARAÚJO, 2014; TIRELLI, 2013). É o caso do movimento negro, do movimento gay, da luta das mulheres, entre outros

A questão central agora não é mais a busca do conforto material, mas a luta pelo direito de livre afirmação da identidade, de liberdade de expressão, do direito de reconhecimento nas diferenças. Essas demandas foram chamadas de demandas pós-materiais (TIRELLI, 2013; CORREIA, ARAÚJO, 2014). Neste sentido, buscaram ampliar as pautas sociais garantindo patamares de direitos antes não vistos e tampouco discutidos. Esses movimentos, juntamente com as organizações civis passaram a ser vistos como marcos de cidadania, aparecendo como um novo ator coletivo, portador de um projeto cultural, sendo que seus integrantes não se definiriam mais por uma atividade, mas sim a partir da qualidade de vida. As novas mobilizações preocupavam-se em construir uma mudança cultural de longo prazo a partir da sociedade civil. (SOUZA, PEREIRA, 2022).

A participação dos novos movimentos sociais, nos primeiros anos da década de 1980, foi considerada, por alguns pesquisadores brasileiros, como uma forma de resistência popular e oposição ao Estado autoritário e ao capitalismo (TATAGIBA *et al.*, (2018). Em geral, as análises adotavam um tom normativo, atribuindo aos movimentos sociais o protagonismo da luta pela transformação social e a construção democrática. Com o fim da ditadura militar, o campo da sociedade civil ampliou-se na prática e nos discursos a seu respeito (TATAGIBA *et al.*, 2018). De igual forma, com a progressiva abertura de canais de participação e de representação política, os movimentos sociais foram perdendo a centralidade que tinham nos discursos sobre a participação da sociedade civil (PAIVA, 2016).

A emergência de uma variedade de atores conferiu a um outro conceito, o de cidadania, a mesma significância que tinha o conceito de autonomia nos anos anteriores. Uma cidadania que já estava posta, tanto nas lutas pela redemocratização, que levaram ao movimento Diretas Já e à nova Carta Constitucional de 1988 destacando a questão dos direitos civis e políticos, como nas lutas populares por melhorias na qualidade de vida, quando a cidadania ganhava novos contornos enquanto cidadania coletiva (PAIVA, 2016).

A autonomia dos membros da sociedade civil deixa de ser um alicerce fundamental para a construção de uma sociedade democrática porque, com a saída dos militares do poder e o retorno dos processos eleitorais democráticos, a sociedade política e seus aparelhos passam a ser objeto de desejo das forças políticas organizadas. Atores sociais contemporâneos e antigos definem suas metas de lutas e conquistas na sociedade política, especialmente nas políticas públicas (PAIVA, 2016).

A passagem para os anos de 1990 marcou o momento em que diferentes forças políticas procuraram desenvolver propostas de um novo padrão de relação entre Estado e sociedade, cada

uma delas afirmando como deveria ser a construção democrática no Brasil. Os novos atores que emergiram na cena política necessitavam de espaços e instituições próprias para participarem de novos pactos políticos que direcionassem o modelo político vigente, o que fez com que precisassem reavaliar suas posições para enfrentar os desafios colocados pela abertura e descentralização do Estado, que proporcionava novas frentes de atuação para as organizações civis e para os próprios movimentos sociais. Agora, a sociedade civil organizada passa a ter seu papel reequacionado porque, do ponto de vista da construção dos direitos, há uma luta pela implementação do direito conquistado (GOHN, 2019). Pois mesmo que eles vissem parte de suas demandas serem atendidas surgiram impasses sobre a sua institucionalização e a defesa da autonomia ante as ameaças de cooptação pelo Estado neste período de transição.

Contudo, o papel mais próximo em relação ao período anterior não foi menos importante, pois os atores passaram a desempenhar funções de representação e de intermediação enquanto movimentos sociais, estabelecendo relações na luta por mudanças pontuais no plano territorial (LUCHMANN, 2011). Além disso, esses atores ganharam relevância na inter-relação com o Estado em torno de seus papéis no processo de demandas territoriais (LAVALLE, BUENO, 2012).

Dessa forma, os movimentos sociais figuraram como alguns dos atores relevantes, embora que com a ampliação das instituições participativas e a reconfiguração dos atores coletivos ganhassem menor projeção em alguns cenários, dada a projeção de atores mais centrais, como é o caso das entidades civis e associações articuladoras (LAVALLE *et al.*, 2018).

É importante lembrar que o marco constitucional, ao mesmo tempo em que significou o retorno de instituições democráticas também abriu possibilidades para novos arranjos na inter-relação entre governos e organizações sociais, possibilitando a inclusão de novos atores não-governamentais e a volta à cena política nacional de atores sociais já conhecidos (associações, sindicatos, movimento sociais, entre outros). Embora alguns movimentos nunca tenham deixado de existir, vários deles deram origem à formação de organizações não governamentais (ONG) criadas para defender os direitos civis e atuar onde o Estado era incipiente (GOHN, 2011; CORREIA, ARAÚJO, 2014). As ONGs contribuíram para a reconstrução do conceito de sociedade civil e para a inovação de lutas sociais por meio de ações coletivas desenvolvidas em espaços de expressão da cidadania. A partir desta construção, as instituições democráticas tornaram-se um processo que demandaria a princípio, a elevação dos níveis de acesso aos direitos civis, políticos e sociais.

Uma consequência concreta dessa visão foi a construção dos espaços públicos, tanto dos

que visam promover o debate amplo dentro da sociedade civil sobre temas e interesses até então esquecidos de uma agenda pública, como dos que se constituem como espaços de ampliação e democratização da gestão estatal (CORREIA, ARAÚJO, 2014).

A partir desses pressupostos, foram concebidas várias modalidades de participação com o objetivo de diminuir a distância entre os cidadãos e o sistema político e promover a incidência de atores coletivos nas diferentes fases do ciclo das políticas públicas. Segundo Lotta e Vaz (2015, p.173), esses novos arranjos institucionais constituem “[...] as regras e instâncias específicas estabelecidas para definir a forma de coordenação das políticas envolvendo um número significativo e heterogêneo de agentes públicos e privados abrangendo diferentes etapas do ciclo das políticas públicas”.

Nos setores públicos, a participação dos diferentes segmentos sociais tem sido defendida como parte importante do processo de construção de políticas públicas nas diferentes áreas. Esta participação está intimamente ligada à ideia de democracia, não na sua concepção liberal, centrada no papel dos sistemas eleitorais na representação do eleitorado e legitimação de governos, mas sim na conquista do direito à participação da sociedade na gestão pública (FERRETTI *et al.*, 2016). Isto implica uma real partilha de poder e o reconhecimento da necessidade de articulação entre democracia representativa e democracia participativa, bem como pela diminuição da distância entre Estado e Sociedade (SANTOS *et al.*, 2015).

Portanto, sem dúvida, nenhum sistema político é mais propício à participação social do que o sistema democrático. Pode-se afirmar que sistemas políticos democráticos são aqueles em que os indivíduos ou grupos sociais se mobilizam livremente, se organizam sob as mais diversas formas (partidos, sindicatos, movimentos, etc.) para defender seus interesses, tanto frente à própria sociedade quanto frente ao Estado (CORREIA, ARAÚJO, 2014). Daí a importância em discutir sobre a democracia para que se compreenda de forma mais ampla os seus conceitos. O assunto referente a organização política da sociedade associada à questão da democracia remete a outros temas correlatos como mobilização, organização política e formas de ação coletiva.

É fato que o estudo sobre a democracia requer um conjunto de formas participativas que ampliem as chances de expressão de um número cada vez maior de pessoas, capacitando-as a partilharem do exercício do poder político. Nesse sentido, para além da contradição da importância da dinâmica institucional para o fortalecimento de uma determinada democracia, destaca-se também a importância da dinâmica de sociedade através da prática de um conjunto de movimentos, organizações e associações que possibilitarão a formação de uma cultura

política norteadora de ações capazes de fortalecerem a um só tempo, o sentido da democracia e sua arena político institucional (HABERMAS, 1997).

A perspectiva democrática dada às ações públicas com a Constituição de 1988 no Brasil, viabilizou a participação das representações comunitárias, de categorias profissionais e de lideranças organizacionais nas decisões que envolvem o bem público. Todavia, a sociedade civil pode ser vista como espaço sociocultural, elaborado e assegurado juridicamente, onde são formados meios de inclusão social e coordenação políticas legítimas, mediante o exercício de argumentação e da construção de consensos públicos através do debate, disputa e avaliação de reivindicações normativas diferenciadas e contraditórias propostas por uma pluralidade de atores sociais ou sujeitos privados (AVRITZER, 2013).

Neste sentido, as dimensões da sociedade civil podem ser consideradas como o espaço social onde se dá a criação de formas institucionais (associações, grupos sociais, organizações, movimentos) que detêm a capacidade de ampliação do político, o que possibilitaria a transformação de práticas políticas dominantes, o aumento da cidadania e a inserção de atores sociais historicamente excluídos da cena política.

A chave conceitual para os estudos desses espaços sociais tem sido a concepção de esfera pública de Habermas. De acordo com Avritzer e Costa (2004), é possível utilizar a concepção discursiva de espaço público para se pensar a democratização, principalmente através dos estudos sobre os movimentos sociais pós abertura democrática que começam a perder a importância na literatura das Ciências Sociais sendo substituídos por análises da nova sociedade civil, visto que esta passa a ser vista como o *locus* que congrega os atores que constroem a democracia. Estes estudos foram desenvolvidos por pesquisadores que passaram a discutir as contribuições das organizações civis para o processo de construção da democracia demarcando análises em diferentes visões de uma vasta literatura sobre a participação da sociedade civil no país apontando suas contribuições e limites para a consolidação da democracia, pois buscavam também entender as mudanças que estavam ocorrendo na sociedade (AVRITZER; COSTA, 2004).

2.1.2 Esfera pública e Sociedade civil

Foram várias as realizações de balanços críticos sobre a literatura dos movimentos sociais no Brasil¹ que colocaram em pauta as discussões e análises sobre a sociedade civil e o espaço

¹ Autores como Eveline Dagnino, Luciana Tatagiba, Leonardo Avritzer, Roberto Pires, Sérgio Costa, Adrian Gurza

público. Houve também o engajamento de diversos autores com os movimentos populares, e isso fez com que a própria vivência das experiências os levassem a focalizar cada vez mais as estruturas e não apenas a reação às suas determinações (TATAGIBA, ABERS, SILVA, 2018).

Importante retomar que, ao longo dos anos 90, consolidou-se uma nova abordagem sociológica da democratização, a qual buscava ultrapassar os limites das abordagens sobre a transição democrática, muito centradas na retomada dos processos políticos institucionais como sendo suficientes para a volta do regime democrático. Esta abordagem, liderada pelos estudos de Avritzer e Costa (2004) a partir da retomada da teoria habermasiana feita por Cohen e Arato (1994), buscava demonstrar que os processo de redemocratização - tanto dos países latino americanos como no Brasil – necessitavam tanto da construção de instituições democráticas² como da incorporação de valores democráticos nas práticas cotidianas (AVRITZER, COSTA, 2004).

Avritzer e Costa (2004) trouxeram à discussão as contribuições das organizações civis para o processo de construção da democracia a partir da retomada dos conceitos de esfera pública (ou espaço público) e sociedade civil concebidos pelo filósofo Jürgen Habermas. Esses conceitos indicavam a necessidade de reorganizar o modelo efetivo de relações entre o Estado, as instituições políticas e a sociedade civil em um movimento permanente de construção da democracia. Segundo os autores, essa abordagem permitiu a ressignificação dos “diferentes atores que surgiram ao longo da democratização e suas formas de relacionamento com o Estado e as instituições, permitindo que fossem contextualizados em um amplo marco teórico” (AVRITZER, COSTA, 2004. p. 704). Esta perspectiva resultou de intensos debates entre os teóricos democráticos deliberativos acerca da função e estrutura da sociedade civil no processo de formação da opinião pública e da definição da agenda política nos processos de construção e aperfeiçoamento da democracia³ (AVRITZER, COSTA, 2004)⁴.

No entanto, o que mais chamou a atenção nessas discussões foi que os principais atores envolvidos nem sempre se localizavam na polarização entre capital e trabalho. Opunham-se, na maioria das vezes, a um Estado autoritário que limitava as possibilidades de auto-organização da sociedade. Para compreender esse novo contexto, Avritzer e Costa (2004) incorporaram a

Lavalle, Ilse Scherer-Warren, Lúcia Helena Hahn Lüchmann, entre outros.

² eleições livres, parlamento ativo, liberdade de imprensa etc.

³ Ver, entre outros, Avritzer (1996), Costa (1997), Olvera (1999), além do estudo inter-regional sobre sociedade civil e *governance* publicados em Dagnino (2002a), Panfichi (2002) e Olvera (2003).

⁴ A idéia de sociedade civil ressurgiu no cenário teórico e político das sociedades ocidentais nos anos 80 (KEANE, 1988), WOLFE (1989) e COHEN e Arato (1992).

abordagem de Cohen e Arato (1994) sobre a nova sociedade civil e passaram a utilizar o referencial habermasiano, que separa as esferas da vida social entre mundo do sistema e mundo da vida. Esta nova interpretação do conceito de sociedade civil passou a ser utilizada como base de interpretação e um importante instrumento analítico para a compreensão da organização e coesão interna das sociedades modernas (AVRITZER, COSTA 2004).

Os conceitos de sociedade civil de Cohen e Arato estão associados às transformações que aconteciam nas sociedades contemporâneas no final da década de 1980 nos países da Europa Central e do Leste e a crise do planejamento democrático da síntese democrática-keynesiana-liberal. Conforme Avritzer (2004) estas transformações estão também associadas aos processos de (re) democratização, nos anos 80, dos países da América Latina que resultaram em esforços teóricos voltados à compreensão dos impactos das políticas autoritárias nas relações Estado e sociedade civil, bem como dos diferentes modos de entender a relação entre processos de democratização, cultura política e práticas dos atores da sociedade civil (AVRITZER, COSTA, 2004).

Foram acontecimentos históricos que marcaram, além das mudanças materiais e institucionais em direção à maior inclusão das relações de livre mercado nos países do Leste, a reavaliação das relações Estado, mercado e sociedade nos países de democracia real e a análise das condições mais apropriadas à consolidação das democracias nos países latino-americanos (AVRITZER, 1994). Uma espécie de crise de valores e uma retomada das questões relacionadas à vida ética, aos fundamentos morais da normatividade e da noção de cidadania.

Para Cohen e Arato (1992), o conceito de sociedade civil é empregado para pensar outra forma que vá além da dicotomia Estado e mercado, na busca em apresentar novos projetos normativos ou abrir novas vias de democratização nestes países. O modo como eles lidaram com o conceito de sociedade civil, apresentando suas características constitutivas foram inseridas numa teoria da sociedade. Para este propósito, Avritzer e Costa desenvolveram no contexto de sociedade civil um intenso diálogo com Habermas, verificando um processo de modernização da vida elencando alguns elementos constitutivos do contexto de democratização latino-americano, tais como:

i) A emergência de *new publics*, associadas com a emergência de uma multiplicidade de novos atores urbanos, novas subculturas e novas etnias, bem como uma heterogeneidade no campo social, cujos modelos de famílias, relações de gênero e opções de sexualidade vêm dando lugar a novas formas de vida e comportamento;

ii) A relevância dos *subaltern counterpublics*, composto por atores sociais tradicionalmente excluídos do espaço público e que reivindicam a ampliação do espaço político e seu direito de participar;

iii) O surgimento de *diasporic publics*, os quais são representados pelos novos públicos que partilham do espaço nacional, e ao mesmo tempo compartilham redes transnacionais e se constituem como agentes permanentes de inovações sociais no contexto nacional;

iv) Os *deliberative* ou *participatory publics*, que, diferentemente da separação entre sociedade civil e sociedade política presente na teoria habermasiana, requerem uma articulação entre deliberação pública e tomada de decisão (AVRITZER; COSTA, 2004, p. 722- 723).

Conforme Avritzer e Costa (2004), na América Latina, onde os mecanismos de controle do Estado pelos cidadãos e os partidos políticos não funcionam adequadamente, é imprescindível que os temas trazidos pelos novos atores sociais na esfera pública encontrem formas institucionais de penetrar o Estado e, por essa via, democratizá-lo, tornando-o mais acessível ao controle dos cidadãos (AVRITZER; COSTA, 2004, p. 723). O principal instrumento dos movimentos sociais em sua luta pela democratização foi a adequação do conceito de cidadania como busca por direitos iguais, o que garantiu a instrumentalização de sua visão ampliada de democracia.

Além do espaço da cultura, estas representações estão associadas à emergência de formas não-convencionais de organização social e manifestação política. Ele é reelaborado tendo em vista a compreensão destes moldes e do modo de coordenação da ação dos movimentos sociais que lhes correspondem. Por isso a dinâmica da sociedade civil é percebida por “movimentos democratizantes autolimitados que procuram proteger e expandir espaços para o exercício da liberdade negativa e positiva”⁵ (AVRITZER, 1994, p. 36). Para melhor compreender a teoria da sociedade civil de Cohen e Arato, faz-se importante conhecer quais os principais traços, argumentos e reflexões da análise sociológica de Habermas para então ver como foram incorporados pela abordagem de Cohen e Arato.

A análise habermasiana da sociedade teria como objetivo determinar a sociedade enquanto esfera simultaneamente pública e política, na qual a explicação da ação social se articularia com o movimento político de defesa da sociedade contra a penetração dos

⁵ Visto desta forma, o conceito de sociedade civil não pode prescindir das ideias de Hegel - principalmente o resgate da ideia de um espaço público para o exercício da vida ética -, de Marx - a contradição entre o espaço de interação e operação do mercado - e de Gramsci - a necessidade de conceber a sociedade em articulação com a esfera da reprodução da cultura. Essas ideias são, por si sós, insuficientes para localizar a sociedade civil no contexto das sociedades contemporâneas marcadas pela crescente complexidade e diferenciação dos vários domínios da ação humana. Daí a necessidade da filiação à teoria habermasiana da sociedade.

subsistemas em áreas organizadas em torno da reprodução de formas comunicativas de ação (AVRITZER, 1994, p. 28).

O diagnóstico que Habermas apresenta sobre as sociedades modernas perpassa por conflitos e tensões cujas origens estariam nas relações estabelecidas entre o mundo sistêmico e o mundo da vida. O espaço de manifestação destes conflitos e lutas é a esfera pública, considerada como espaço social onde pode ser restabelecida a conciliação entre reflexão e ação, momento em que diversos atores buscam tornar-se conscientes das normas, regras e procedimentos que orientam seus julgamentos, suas ações e relações na sociedade. É nele que as diferentes experiências privadas, pessoais e sociais podem encontrar expressão e adquirir algum valor político normativo onde se dá a discussão e tematização dos fundamentos ético-morais legítimos da vida política e social, bem como da justificação da autoridade e da ação política do Estado (COSTA, 1997).

Aí, a refutação é saber como os atores políticos conseguem fazer com que os consensos gerados na argumentação e na discussão pública possam redefinir uma determinada agenda política ou influenciar a reestruturação de ordenamentos constitucionais, de arranjos institucionais e de configurações de poder estabelecidos ou em vias de se estabelecerem (AVRITZER, 2007). Em outras palavras, isto implica interrogar-se sobre as condições que tornam possível a tradução, sempre acompanhada de tensões e conflitos, da linguagem do mundo da vida num ordenamento político-jurídico.

Percebe-se que a teoria habermasiana, ao determinar a importância do direito, mantém-se fiel à ideia de organização complexa e diferenciada das sociedades modernas perpassadas pela dicotomia mundo da vida e sistema, onde o sistema político aparece como um sistema de ação ao lado de outros, não no centro, nem no ápice, muito menos o modelo estrutural da sociedade (HABERMAS, 2018).

Cohen e Arato oferecem importantes contribuições para o esclarecimento dos fundamentos sociológicos constitutivos desse discurso ao reorganizarem o conceito de sociedade civil. Isso para que se entenda o modo como a racionalidade comunicativa e racionalidade cognitivo-instrumental se articulam, apontando os fóruns e atores capazes de proporem projetos normativos de democratização e de reformulação do delineamento de inserção social e dos parâmetros político-jurídicos (COHEN, ARATO, 1994).

Além dos direitos fundamentais que propiciam a emergência de formas autônomas de organização, manifestação e expressão política, a manutenção e a expansão das práticas e das estruturas de comunicação da esfera pública e da sociedade civil mantêm-se devido a existência

de uma sociedade viva e atuante. Uma sociedade que detém uma cultura política auxiliada por processos primários de reprodução social conduzidas por diferentes conteúdos ético-morais diferenciados e que dão suporte e constituição às diversas exigências normativas que aparecem nos espaços públicos de discussão (AVRITZER, 2007).

Reivindicações normativas que, além da preservação das estruturas e práticas comunicativas do mundo da vida propõe um rearranjo das relações entre privado e público; ética e moral; propõe novos fóruns de participação política, ampliar as fronteiras da ação política com a inclusão de novos atores, novos temas e mudanças nas regras e procedimentos de tomada de decisão (AVRITZER, 2007).

Costa (2002) propõe pensar a sociedade civil como um contexto de ação, no qual atores que não querem ser assimilados nem por partidos nem pelo Estado, apresentando formas renovadas de manifestação. As associações da sociedade civil constituem apenas uma das forças de transformação das instituições democráticas. As possibilidades de influência dos atores da sociedade civil baseiam-se na capacidade de canalizar atenções e sua identidade é constituída no contexto das próprias ações.

Essa cautela metodológica é importante para compreender a construção do espaço público no Brasil. A sociedade civil é, a partir dessa percepção, uma das esferas sociais que participam desse processo. É nela que ocorre a ampliação do espectro de problemas que saem da esfera privada para serem tematizados na esfera pública. O autor refere-se aos atores coletivos que oferecem novas formas de percepção sobre questões de gênero, raciais, ecológicas e de distribuição material. Temas que serão captados por uma outra esfera, a dos meios de comunicação. E é nesse processo que Costa percebe uma mediação ou, como prefere, uma interessante constelação de interesses, que faz com que as mensagens dos meios de comunicação sejam ideologicamente ambivalentes, ou seja, não mero instrumento de difusão ideológica apesar da concentração da propriedade dos meios de comunicação no Brasil (COSTA, 2002).

Contudo, no que diz respeito à reformulação do conceito da nova sociedade civil, Lavallo (1999) caracteriza-o pelo abandono da premissa fundamental sobre o caráter internamente constitutivo do vínculo entre a sociedade e o Estado e pelo reestabelecimento de uma relação de oposição externa entre eles. Segundo o autor,

A polêmica novidade dessa nova sociedade civil reside na sua definição como um momento oposto ao Estado, sem qualquer liame ou intercâmbio conformativo que não seja dado a posteriori, isto é, apenas como decorrência do seu confronto (LAVALLE, 1999, p. 96-97).

O autor salienta que “o enfoque da nova sociedade civil reputou-se investido de maior pertinência” para ponderar os atuais desafios, pois não viabilizava uma “caracterização meramente descritiva” do histórico dos atores sociais emergentes. Antes, se atinha em restabelecer um marco de interpretação de normas práticas que absorvesse o pleno sentido cabal das novas tendências registradas na ação coletiva, extraíndo-lhes consequências relevantes para a redefinição da democracia e do espaço público no país (LAVALLE, 1999, p. 97).

Mais especificamente, a nova sociedade civil foi definida como uma trama diversificada de atores coletivos, autônomos e espontâneos para mobilizar seus recursos associativos mais ou menos escassos – via de regra dirigidos à comunicação pública – para debater e problematizar questões de interesse geral. Essa definição dominou a produção acadêmica das Ciências Sociais na década de 1990. Nas palavras de Avritzer, “o que caracteriza a sociedade civil brasileira é a procura pela autonomia de uma esfera de generalização de interesses associada à permanência de uma forma institucional de organização baseada na interação comunicativa” (AVRITZER, 1994, p. 284).

Lavalle faz uma análise crítica da literatura acerca da “nova sociedade civil” produzida ao longo dos anos de 1990, apontando para as características que essa produção conferiu às organizações da sociedade civil e suas dificuldades em contemplar atores que escapavam aos seus preceitos normativos. Segundo o autor, essa literatura afirmava que as organizações seriam definidas pelos seguintes predicados:

i) [sua] natureza coletiva ou horizontal como “associações autônomas”, “associativismo civil”, “ancoragem no mundo da vida”; ii) o caráter legítimo de seus propósitos, interpretados em termos de “interesse geral”, problemas oriundos do mundo da vida” ou “objetivos não-sistêmicos”; iii) a adesão e desligamento livre e espontânea de seus membros, o que remetia à índole não-organizacional ou informal da associação (“associativismo voluntário”, “espontaneidade social”, “inovação social”); iv) a importância dos processos de comunicação na formação da vontade coletiva e nas estratégias para suscitar a atenção pública (“tematização pública de problemas”); v) seu papel de mediação entre a sociedade não organizada e os poderes econômico e político. (LAVALLE, 2003, p. 93).

Esse conjunto de aspectos, na visão de Lavalle (2003) explicaria o protagonismo conferido pela literatura da nova sociedade civil como sendo a “força revitalizadora do espaço público e da democracia”, da mesma forma como já havia sido feito pelo pensamento sociológico com relação aos movimentos sociais nos anos de 1980 (LAVALLE, 2003, p. 98).

No entanto, Lavalle (2003) aponta que, pelos critérios elencados, vários atores da sociedade civil brasileira, entre eles os sindicatos e as organizações ligadas à Igreja católica, os quais foram pilares das lutas sociais empreendidas no país durante a Ditadura Militar, estariam excluídos.

Pode-se perceber, que os anos de 1990 foram palco de mudanças profundas no Estado e na organização dos atores sociais. Os canais de participação e formulação de políticas públicas em torno aos direitos conquistados coexistiram com políticas federais e locais de (des) responsabilização do Estado, implementadas a partir da Reforma do Estado que tomou lugar nesta década. Foi um período de criação de várias organizações não governamentais (parte delas com o intuito de realizar “parcerias” com governos) e do aumento de iniciativas da chamada “responsabilidade empresarial” por meio de vários institutos e fundações. Por outro lado, além da participação que se expressa em canais institucionais, inúmeras manifestações participativas ganharam espaço na arena pública (VALLE, 2011, p. 67).

As mudanças ocorridas nas formas de participação institucionais no período pós 1996, estão inseridas no contexto político local, tendo em vista a eleição de governos favoráveis ao discurso de participação e que implementaram os novos arranjos institucionais (LOTTA, 2019). Dessa forma, essas transformações se destinam a um processo organizacional complexo definido por atividades práticas e legitimação das estratégias de ação.

Como pode-se perceber, o final do século XX chega onde vários pesquisadores com uma visão crítica às visões normativas de sociedade civil produzidas ao longo dos anos 90, passam a salientar a impossibilidade de compreensão das relações que envolvem Estado, sociedade civil e mercado sem levar em consideração as inter-relações existentes entre essas esferas, as formas como os atores desses espaços fazem alianças e compartilham projetos políticos comuns que são transversais às distintas esferas societais (AVRITZER, 2008).

Da mesma forma manifestam a importância da participação da sociedade civil não apenas para ocupar espaços antes dominados por representantes de interesses econômicos embutidos no Estado e seus mecanismos. Pois a demanda da participação era para democratizar a gestão da coisa pública, para inverter as prioridades das administrações no sentido de políticas que atendam além das questões emergenciais, também o espólio de recursos destinados às áreas sociais.

2.1.3 Inovações Institucionais participativas

O início de um novo século foi marcado por estudos que começaram a surgir passando a problematizar as visões normativas sobre as novas instituições participativas que demonstraram a reprodução de práticas pouco democráticas sem relação causal entre participação e uma maior eficácia nas políticas públicas buscando compreender a falta de efetividade da participação (AVRITZER, 2011).

Com a implementação de inovações institucionais ao longo da década no Brasil surgiram inúmeros debates proclamando as aptidões democráticas e o debate acadêmico que circulava em torno dos modelos de democracia participativa, deliberativa e representativa. Daí surge uma literatura mais crítica e menos normativa em relação à sociedade civil e sua contribuição para a democracia despontando estudos sobre os arranjos institucionais participativos (ALMEIDA *et al.*, 2015). Estudos que têm avançado, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, principalmente em relação a estudos comparativos e em sua maioria se reportando a experiências municipais (ALMEIDA *et al.*, 2015). As instituições de participação agora ocupam a centralidade na dinâmica cotidiana dos movimentos estudados e passam a formalizar as estratégias de ação, ao mesmo tempo em que mantêm a participação cidadã no processo decisório (CARLOS, 2011).

A participação dos cidadãos nas políticas públicas aos poucos foi se transformando em modelos de gestão, predominando enquanto uma nova categoria e não mais apenas pela participação popular. Na realidade, não se tratava apenas de construir ou implementar os canais institucionais, tarefa iniciada na década de 1990. Tratava-se da gestão dos mesmos, no que se denominou gestão social democrática ou governança pública democrática com uma nova cidadania que apontasse na direção de uma sociedade mais igualitária em todos os níveis, baseado no reconhecimento de seus membros como sujeitos portadores de direitos, inclusive aquele de participar efetivamente na gestão da sociedade (GOHN, 2019; ARAÚJO, 2014).

Dessa forma, a sociedade civil representa uma dimensão do mundo sociológico de práticas, normas, papéis, relações, competências ou uma forma única de olhar o mundo do ponto de vista da construção de associações conscientes, auto-organização e uma comunicação organizada. Ela é assim, parte da categoria mais ampla do "social" ou do "mundo da vida". Referindo às estruturas de socialização, associação e formas organizadas de comunicação do mundo da vida na medida em que elas estão sendo institucionalizadas (VIEIRA, S/D).

Entram em cena elementos como as reformas gerencialistas, uma maior transparência e participação social, onde o envolvimento de atores não estatais na produção de serviços tem construído novas formas de governança, o que exigiu dos Estados novas capacidades de lidar com estes diferentes atores e novos modelos de formulação e implementação de políticas (LOTTA; VAZ, 2015). Foram mudanças marcantes, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988 que inovou o desenho federativo do Estado brasileiro dando aos municípios status de entes da Federação semelhante ao dos Estados e da União. Essa definição constitucional foi acompanhada de descentralização fiscal e de políticas públicas sem precedente na história do

país. Pois o país passou a ter uma série de alterações não apenas no conteúdo das suas políticas (mais universalistas, inclusivas e voltadas para o bem-estar social), mas também na forma de produzir e entregá-las, com a inclusão de outros atores nos processos decisórios e introdução de novas ferramentas gerenciais (LOTTA; VAZ, 2015). Surge uma variedade de arranjos cujo objetivo foi construir políticas públicas efetivas em um contexto territorial como o brasileiro, marcado pela diversidade e complexidade. A exigência da participação social e da transparência, a lógica federativa, a dimensão territorial e a atuação de órgãos de controle são fatores que passaram a ser considerados (LOTTA; VAZ, 2015; GOMIDE; PEREIRA, 2018).

Esta questão foi observada por Pires (2015) quando aborda que a construção institucional pode apresentar dificuldades quando requer ações em vários níveis subnacionais em múltiplas arenas e com inúmeros atores. Isso desagrega os processos políticos permitindo que outros espaços de decisão se sobreponham e estejam mais antenados, muitas vezes de formas excelentes, no qual se exigem maior governança. Essas sobreposições e interações, que dominam o sistema político brasileiro são problemas comuns em políticas públicas, especialmente em sistemas federativos e em políticas intersetoriais. Desta forma, em esferas institucionais ligados de tal maneira que um dos mais importantes desafios para o funcionamento do governo passa pela busca por um menor nível de comunicação, articulação e coordenação entre os diversos atores envolvidos, e a produção de coerência e correlação entre suas ações (PIRES, 2015; LOTTA, 2019).

Nessa perspectiva, é necessário o desenvolvimento de arranjos institucionais mais estruturados para considerar a maior complexidade nos processos de gestão de políticas públicas. Ainda mais no caso de países em desenvolvimento, federativos e de grande extensão territorial como o Brasil, no qual o ambiente institucional para a formulação, coordenação e execução de políticas no Brasil sofreu uma série de modificações nos últimos anos, relacionado à existência de canais e mecanismos por meio dos quais atores não estatais possam tentar influenciar a tomada de decisão e execução envolvidas na política (LOTTA, VAZ, 2015).

A literatura pós 1988 aponta para a imperatividade dos arranjos de política pública preverem instâncias e processos para participação de organizações da sociedade civil e dos cidadãos (LOTTA; VAZ, 2015). Portanto, é fundamental que os arranjos institucionais sejam dotados de permeabilidade à participação de diferentes segmentos sociais, especialmente àqueles diretamente afetados pelo planejamento e gestão (LOTTA; FAVARETO, 2016).

Gomide e Pires (2014) explicam o conceito de arranjos institucionais da forma que segue:

Em torno de cada política se arranjam organizações (com seus mandatos, recursos,

competências e instrumentos legais), mecanismos de coordenação, espaços de negociação e decisão entre atores (do governo, do sistema político e da sociedade), além das obrigações de transparência, prestação de contas e controle. Portanto, compreender o processo das políticas públicas requer aprofundar o olhar nos arranjos institucionais que dão sustentação à implementação destas. [...] o conceito de arranjo institucional é entendido como o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam atores e interesses na implementação de uma política pública específica. São os arranjos que dotam o Estado de capacidade de execução de seus objetivos. Ou, em outras palavras, são os arranjos que determinam a capacidade do Estado de implementar políticas públicas (GOMIDE; PIRES, 2014, p.20).

Quando se analisa a literatura sobre o tema de inovação em arranjos institucionais brasileiros nas últimas décadas, percebe-se um avanço significativo e que também aprofunda a discussão acerca dos elementos e das dimensões sobre como se dão esses arranjos no processo de implementação de políticas públicas. Lotta e Favareto (2016) apontam a existência de quatro componentes que têm sido experimentados, em graus e formas diferentes e que permitem entender como se dá a articulação dos atores envolvidos, a efetividade da governança, os processos decisórios e os graus de autonomia nos distintos arranjos, e que podem ser usados como elemento de análise para compreender as inovações que têm sido realizadas nas políticas públicas. Essas quatro dimensões. Se constituem por: (i) articulação de temáticas intersetoriais (dimensão horizontal), (ii) relações federativas (dimensão vertical), (iii) dimensão territorial no que se refere a forma como as políticas são produzidas e (iv) dimensão da participação social (participação de atores não estatais) (LOTTA; FAVARETO, 2016).

Já para Pires (2016), a abordagem dos arranjos institucionais envolve cinco passos principais: (i) identificação dos objetivos da política, programa ou projeto em estudo; (ii) identificação dos atores envolvidos direta ou indiretamente; (iii) identificação dos processos, mecanismos e espaços que organizam as relações entre os atores na gestão da política; (iv) avaliação das capacidades estatais produzidas pelo arranjo; e (v) avaliação dos efeitos dos arranjos (e de suas capacidades) sobre os resultados (observados ou projetados) (PIRES, 2016, p. 200-202).

Dentre a diversidade de dimensões dos arranjos institucionais destacadas, serão consideradas nos demais capítulos desta tese os modelos de gestão, nas relações verticais estabelecidas entre os entes federativos (relações federativas), dimensão territorial e o espaço dado à participação da sociedade civil (participação social) (LOTTA; FAVARETO, 2016).

Importa no momento o relato sobre esta última dimensão de arranjos institucionais participativos que diz respeito à ampliação da participação social na formulação e no controle das políticas, que, em conjunto com a transparência, reforça a necessidade do executivo de se

articular com outros atores (GOMIDE; PIRES, 2014). Ao mencionar sobre os arranjos institucionais participativos Lavallo *et al.*, (1999) dizem que a Constituição Federal criou uma série de “mecanismos institucionais”⁶ e que tem havido uma notável proliferação de arranjos para a participação do cidadão, com a intenção explícita de ampliar a institucionalização democrática oferecendo novas oportunidades de participação direta no desenho da política pública e na regulação da ação governamental (LAVALLE *et al.*, 2018, p. 33).

Desta forma, as instituições participativas, em sua dinâmica, criam novas oportunidades de participação na formulação de políticas públicas aos grupos excluídos do processo político favorecendo a participação dos atores coletivos no contexto de inserção institucional significando em um grande avanço na democratização do poder político administrativo e de legitimação do Estado, sobretudo do ponto de vista formal (LOTTA, 2019).

Esses encaminhamentos são importantes, no contexto de engajamento de instituições participativas e suas relações com o governo, pois os mecanismos de ação formais atribuem legitimidade às suas demandas e reivindicações (LOTTA, 2019). Procedimento este que é visto como estratégia em um canal de diálogo com o governo e reconhecimento dos movimentos enquanto interlocutor (CARLOS, 2011; LOTTA, 2019).

Entre outros, autores como Cunha (2015), Lavallo (2012) tem se dedicado a produção sobre os arranjos institucionais participativos com o objetivo de examinar a ampliação das formas de deliberação pública com a função de consolidar a literatura sobre a participação e deliberação e chamar a atenção para o crescimento das formas de participação no Brasil das últimas décadas.

Alguns destes estudos destacam avanços democráticos tais como a participação de representantes da sociedade civil organizadas nas Instituições Participativas estatais, contribuindo para a elaboração, implementação de políticas específicas e a inserção de novos temas na agenda de planejamento governamental. Entretanto, as limitações também são assinaladas nos estudos, especialmente aquelas que decorrem de diferentes condições de trabalho para o exercício das atividades entre funcionários da máquina pública e os representantes da sociedade civil. Conforme Carlos (2011, p. 329) essas estruturas funcionais do Estado fazem com que os atores coletivos se envolvam com as discussões de políticas

⁶ Esses mecanismos institucionais foram criados no registro político-ideológico do fortalecimento e ampliação da democracia pela via da participação direta; no entanto, a própria lei moldou a participação de modo a privilegiar atores da sociedade civil. Também neste caso torna-se evidente a indistinção entre participação do cidadão e participação da sociedade civil.

públicas “de modo mais enfático, algo notadamente caro em se tratando de associações tradicionalmente afeitas a reivindicações pontuais e concretas”.

Com a redemocratização do país, o acesso às instituições políticas e a implementação de instâncias participativas nas agências dos governos, o uso de parâmetros formais no encaminhamento das deliberações ao poder público tornara-se predominante. Tanto a redução de ações de protesto público quanto a expansão de ações formais do Estado evidenciam as transformações nos métodos de execução direcionadas a repertórios de rotinas, que contrastam com os ciclos de mobilizações anteriores, caracterizando um processo formal de estratégias de ação propiciados pela construção de relações de parceria, complementaridade e práticas de colaboração levadas a efeito via fóruns, comitês, conselhos de políticas públicas, conferências, orçamentos participativos, entre outros (LAVALLE *et al.*, 2018).

Outros autores também têm se debruçado sobre os estudos relacionadas aos conselhos gestores de políticas públicas⁷. Cortes (2014), observa que os conselhos gestores no Brasil tornaram-se fóruns deliberativos, marcados pelos processos decisórios e a proximidade da sociedade civil e o Estado onde são representados, formal e publicamente, os interesses da população (CORTES, 2014). Tatagiba (2011) também, ao fazer uma investigação sobre a institucionalização da participação democrática em espaços institucionalizados como os conselhos municipais no Estado de São Paulo relacionou-os a arranjos institucionais inovadores, competentes de interpretação de práticas coletivas e também de uma democratização concreta nos procedimentos de gestão em questões públicas (TATAGIBA, 2011).

Os conselhos gestores têm por finalidade permitir a participação da sociedade na definição de prioridades para a agenda política, bem como na formulação, no acompanhamento e no controle das políticas públicas, pois “permitem a inserção de novos temas e atores sociais na agenda política” (FAVARETO, 2013, p. 244). Temas como a avaliação da efetividade dos conselhos enquanto esferas de representação dos envolvidos com as políticas públicas e de exercício direto da cidadania pela população que requer a explicitação do quê, ou o que está sendo entendido como participação e como são mediadas as inter-relações daí existentes.

Pois para além da durabilidade de uma sociedade organizada, a constituição desses espaços é considerada como possibilidade de implementação efetiva da participação, seja nos espaços públicos de gestão compartilhada com o Estado, seja naqueles espaços públicos onde a

⁷ ABERS, KECK 2008; KLEBA, WENDHAUSEN, 2009

fragmentação da sociedade civil possa encontrar terreno adequado para a explicitação dos conflitos, da discussão, da articulação e negociação ao redor das questões públicas (LOTTA, 2019).

Segundo Lavallo (2012), os atores ao mesmo tempo em que são portadores de possibilidades inovadoras de implementação de políticas públicas, são também envolvidos pela dinâmica local e, em muitos casos, se tornam meros executores de políticas concebidas em outros níveis governamentais, sobretudo no âmbito do Governo Federal (LAVALLE, 2012). O autor considera que o debate sobre os conselhos municipais está presente nos últimos anos tanto na agenda da pesquisa de diversas áreas acadêmicas quanto nas discussões e encontros setoriais organizados pelo Estado acrescentando a existência de conselhos em áreas prioritárias e estratégicas pela constituição nos municípios brasileiros (LAVALLE, 2012). Eles se inserem não apenas na possibilidade de produção e controle do direito legítimo por meio da participação nas decisões sobre as políticas públicas, mas sobretudo no desenvolvimento de novos padrões culturais e políticos na sociedade que se dá através do debate nesses espaços (PIRES, 2019)

Para que os conselhos gestores consigam alcançar os objetivos pelos quais foram criados, os espaços participativos precisam estar devidamente desenhados, como em um conjunto de normas que trazem questões relativas a seu funcionamento, sua organização e as competências (PIRES, LOTTA, OLIVEIRA, 2018). Pois são essas estruturas, os modelos democráticos adotados e o compartilhamento da gestão que darão voz a sociedade civil, em especial aos conselhos municipais de saúde, objeto empírico desta tese.

Este trabalho enfatiza uma literatura referenciada que permitiu a constatação ao longo das décadas, onde a participação da sociedade civil sofreu várias alterações em seu percurso, o que exigiu uma maior comunicação entre o Estado e a sociedade com vista a consolidação da democracia (PIRES; LOTTA; OLIVEIRA, 2018). A própria literatura permitiu também compreender os debates democráticos buscando situar questões relacionadas sobre a participação e a representação, sobretudo, no âmbito das instituições participativas.

Desta forma, a Constituição Federal de 1988 que suscitou sobre as condições de governabilidade e estabilidade do sistema político brasileiro restaurou o Estado democrático de direito no país. Entre outros recursos instaurou vários mecanismos que envolvesse os atores sociais, políticos e econômicos no “processo de formulação e gestão de políticas públicas, ao ampliar os instrumentos de controle, participação e transparência nas decisões públicas” (PIRES, 2014, p.10). Tornando, dessa forma um ambiente mais complexo para a formulação e execução de políticas no Brasil, pois fez com que os gestores públicos tivessem que se

relacionar com os três poderes institucionais para a produção de políticas públicas e seus estudos e compreender que o funcionamento de políticas requer aprofundar o olhar nos arranjos institucionais que dão sustentação aos processos de implementação destas.

2.2 Políticas públicas e sua implementação nos territórios

Os estudos sobre políticas públicas têm evoluído ao longo do tempo, sobretudo no campo da Ciência Política. Segundo Brasil e Capela (2016), o século XX foi marcado pelo surgimento de uma nova demanda social, o bem-estar, requerendo do Estado uma atuação diretamente ligada aos problemas cotidianos da sociedade. Nesse contexto, as políticas públicas surgem com o objetivo de dar respostas a demandas específicas da sociedade. Compreendem um conjunto de decisões e ações propostas geralmente pelo Estado, em uma determinada área (saúde, educação, habitação, reforma agrária etc), de forma discricionária ou pela combinação de esforços com determinada comunidade ou setores da sociedade civil (BRASIL, CAPELLA, 2016; STEYER, 2016).

Entender a política pública como um campo epistemológico é pressupor, em primeiro lugar, que a própria realidade é construída a partir de ações concretas por sujeitos e exige uma explicação e a elucidação de uma trajetória. É entender como os assuntos chegam à agenda política, quais são os processos legislativos de aprovação de leis, como órgãos burocráticos são criados, como os responsáveis por determinadas funções são indicados, o que leva à necessidade de conhecer como elas são formadas, orçadas, implementadas e avaliadas (GROSSELLI, MEZZAROB, 2011).

Embora as políticas públicas estejam entrelaçadas com a atuação do Estado, não se concebe uma perspectiva que pressuponha que cabe ao Estado (ou aos responsáveis pelas atuações estatais, sejam esses governantes eleitos ou funcionários públicos que compõem a burocracia estatal) o planejamento, a execução e a fiscalização das políticas públicas. Esse pressuposto (aceitável em regimes autoritários ou, mesmo, a partir de uma cultura autoritária) não coincide com a experiência de democratização que a sociedade brasileira construiu, desde a década de 1980, comprometida com a afirmação de espaços institucionais que garantam a participação de diferentes segmentos sociais na construção das políticas públicas.

Nesse sentido, entender as políticas públicas como construções sociais e políticas implica a compreensão de que, especialmente em regimes democráticos, as mesmas se fazem a partir de processos políticos democráticos e comprometidos com a garantia e a institucionalização de espaços de participação sociopolítica. Mais do que isso, implica também uma concepção de realidade onde afirma que as ações além de estarem situadas num contexto histórico determinado, expressam processos sociais onde seus agentes não agem de forma autônoma, mas antes, em sistemas de interações sociais, que envolvem diferentes interesses, diferentes

formas de institucionalidade, diferentes formas de relacionamento social e político (STEYER, 2016).

Cabe notar que, na bibliografia que analisa as políticas públicas no Brasil, diferentes perspectivas teórico-metodológicas alimentam o debate que se estabelece sobre as mesmas, em especial sobre a importância que têm desde o processo de redemocratização ocorrido durante a década de 1980 (SOUZA, 2006). No Brasil, a reflexão sobre as políticas públicas, suas instituições, regras, “modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação”, ganhou maior visibilidade a partir das últimas décadas do século passado (SOUZA, 2006, p. 20; CARVALHO *et al.*, 2010).

2.2.1 Concepções de políticas públicas sob diferentes perspectivas

As políticas públicas abarcam um amplo espectro de temas. Enquanto área de conhecimento acadêmico ligada a uma subárea da Ciência Política teve suas origens nos Estados Unidos da América na primeira metade do século XX. Desde esse início, esteve presente na área a busca por entender questões científicas que envolvem o tema, bem como as razões pelas quais os governos escolhem ações exclusivas para a execução de parâmetros empíricos (AGUM, *et al.*, 2015).

Ao longo do tempo, inúmeras definições sobre políticas públicas foram reafirmadas por diferentes e diversos autores que a descrevem como: “o que o governo escolhe fazer ou não fazer” (Dye, 2010, 02). Ainda que muito possa ser dito sobre essa definição, um elemento central é o entendimento de que o agente mais importante do processo de produção de políticas públicas é o governo. Essa definição na literatura especializada destaca o papel central do governo na produção de políticas públicas determinando o que é ou não uma personalidade jurídica do ator protagonista. A política pública pode ser resumida como o campo do conhecimento que busca ao mesmo tempo “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças nos rumos ou cursos dessas ações (AGUM, *et al.*, 2015, p. 16).

Thomas Dye (2010) faz menção sobre a relação existente entre o governo e sociedade para a análise de políticas públicas. Segundo o autor, grandes são as expectativas, por parte da sociedade, de que o Estado formule políticas públicas que alterem determinada situação. Inicialmente, por esse motivo, e na sociedade americana, Dye diz que as políticas públicas, apesar de se ater ao governo e seu aparato, mantém relação estreita com a sociedade e os demais atores (DYE, 2010).

Explorando melhor o conceito inicial, Dye (2010) diz também que ao entender políticas públicas como aquilo que o governo faz ou deixa de fazer, propõe-se análises que buscam a compreensão de três dinâmicas: o que o governo faz; porque ele o faz e também a diferença que tal ação faz. Nessa perspectiva, a análise das políticas públicas resultaria na avaliação de três processos: a descrição, a causas e as consequências. Isso significa dizer que o entendimento de uma política pública é amplo e que inclui não só a identificação de um problema, como também sua causa e possíveis consequências.

No Brasil, diferentes perspectivas teórico-metodológicas alimentam o debate que se estabelece sobre as políticas públicas, em especial sobre a importância que têm desde o processo de democratização ocorrido durante a década de 1980, quando a reflexão sobre suas instituições, regras, “modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação” ganhou maior visibilidade (SOUZA, 2006, p. 20).

Essa maior visibilidade das políticas públicas, inclusive enquanto objeto de estudos nas ciências sociais, impulsionou um positivo debate com a participação de diferentes perspectivas teóricas e metodológicas permitindo que as políticas públicas sejam analisadas a partir de diferentes conceitos e de diferentes modelos de análises tornando a própria definição de políticas públicas uma tarefa mais complexa. Souza (2006) aponta essa complexidade ao afirmar que “não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública”, indicando que as políticas públicas podem ser definidas “como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas”, ou como “soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação e que influenciam a vida dos cidadãos”; ainda que, segundo a autora, “a definição mais conhecida continua sendo” aquela de Laswell que sustenta que “[...] decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz” (SOUZA, 2006, p. 24).

A autora oferece uma definição, na qual as políticas públicas indicam, por um lado, um “campo do conhecimento” e, por outro lado, um campo de ações dos governos (o que os governos fazem e o que deixam de fazer) que influenciam a vida dos cidadãos.

Pode-se então resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p. 26).

Para ser implementada, uma política “passa por fases e processos sociais”. Um embate a respeito de ideias e formas de agir que, por vezes irão direcionar certas práticas políticas que expressam demandas e interesses de diferentes setores de uma dada sociedade cobrando dos governos “ações e decisões pressupondo que as políticas públicas não resultam de ações exclusivas dos governos (ou do Estado)” (AGUM, *et al.*, 2015, p. 16).

A separação conceitual do que seria o estudo sobre políticas públicas encontra os primeiros obstáculos na definição da abordagem que se escolhe. Secchi (2014) coloca que enquanto alguns autores defendem uma “abordagem estatista” (SECCHI, 2014, p.3) outros defendem “abordagens multicêntricas” (SECCHI, 2014, p.3). Os primeiros tendem a enfatizar a atuação estatal como definidora das políticas públicas (ainda que setores não estatais participem, quem estabelece e lidera o processo de construção de políticas públicas são os agentes estatais). Os segundos destacam que mais importante do que a discussão sobre quem formula a política pública é entender a origem dos problemas que são enfrentados, de onde resulta o caráter público ou não da política (uma política é pública se intenciona responder a um problema público) (SECCHI, 2014).

Nesse sentido, cabe distinguir as políticas públicas e políticas governamentais. As políticas públicas para serem “públicas”, é preciso considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios, e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público. A concepção de política pública implica em participação dialógica. As políticas governamentais nem sempre são públicas, embora sejam estatais (SILVA, 2011, p 2).

Qualquer ator social pode ser protagonista de políticas públicas, desde que o problema que enfrentam tenha características públicas pela abordagem estatista reconhecendo entre os vários participantes da vida pública o poder de influenciar ou não uma prática de política pública. Comprova-se, desta forma que a participação social na elaboração e no estabelecimento da problemática abordada ou a ser abordada limita a atuação do ente não-estatal (AGUM, *et al.*, 2015, p. 16). A abordagem multicêntrica é empregada em larga escala por vários autores pois ela atribui uma natureza pública às ações e que desenvolveria uma forma geral de envolvimento no enfrentamento de questões favoráveis à sociedade. A extensa variedade de fenômenos sociais mencionada pelos autores são oportunidades possíveis de apropriação de bens públicos em benefícios privados.

As políticas públicas envolvem processos dinâmicos, complexos, ideacionais, experimentais e relacionais (TATAGIBA *et al.*, 2018). Somente a formação de agendas, por exemplo, já expressa uma dinâmica social e política que depende do grau de mobilização da sociedade civil. Depende também das concepções políticas e ideológicas que disputam as

prioridades, dos níveis de institucionalização de mecanismos que viabilizam a participação social da relação estabelecida pelos governos com a sociedade civil, da inter-relação de forças que se estabelece na discussão de problemas sociais, dos mecanismos de pressão etc. (FARAH, 2016; STEYER, 2016).

Portanto, para que se consiga um olhar mais amplo sobre o processo de construção e implementação de políticas públicas através de análises teóricas conceituais deve-se observar a necessidade de legitimar a força de grupos quanto à natureza política dessas ações.

2.2.2 Análises de políticas públicas

Para os diferentes teóricos das políticas públicas, a complexidade dos padrões de interações sociais que envolvem a formulação e gestão de políticas públicas requer a adoção de modelos do processo de decisão que levam à sua institucionalização. Araújo e Rodrigues (2017), entendem que os modelos que analisam a política pública têm em comum a preocupação em compreender o sistema político; as ações dos governos, as condições do seu desenvolvimento, as causas e condicionantes, seus fatores de sucesso e insucesso, assim como as consequências e os resultados dessas ações, os papéis dos atores, das ideias e, a influência dos fatores socioeconômicos, procurando estabelecer padrões e explicações causais à essa análise (ARAÚJO, RODRIGUES, 2017).

A análise das políticas públicas traz a reflexão sobre suas instituições, regras que regem os ciclos de políticas públicas partindo do pressuposto de que as relações de poder permeiam todas as relações sociais, sendo necessárias para a compreensão do processo de implementação de Políticas Públicas, realizado pelo Estado, através do Poder Executivo. Também expressam uma dinâmica social e política dependendo do grau de mobilização da sociedade civil que viabilizam a participação social, da relação estabelecida pelos governos com a sociedade civil, da correlação de forças que se estabelece na discussão de problemas sociais, dos mecanismos de pressão etc. (ARAÚJO, RODRIGUES, 2017).

O ciclo de políticas públicas constitui o instrumento analítico do *policy cycle*, ou o modelo de “ciclo de políticas” e se traduz na dinâmica do processo feito de maneira temporal. É uma forma de visualizar e analisar a política pública em etapas e sequenciais organizadas de maneira interdependente. De acordo com esse instrumento de análise, as políticas públicas expressam uma série de atividades, desde a origem de um problema às ações adotadas visando resolvê-lo e a avaliação dessas. Cada fase caracteriza-se por atividades concretas, realizadas por diferentes sujeitos sociais, políticos e pelos agentes públicos (o trabalho legislativo; o processo

decisório em gabinetes ministeriais; a gestão burocrática das medidas adotadas, entre outras) (STEYER, 2016).

Ao adotar esse caminho de análise não se pressupõe que a construção das políticas públicas obedeça a um curso linear (da identificação dos problemas, passando pela formulação da agenda e das alternativas, a tomada de decisões, a implementação das políticas, para chegar à avaliação), nem que o mesmo seja um processo fragmentado, com etapas isoladas e estanques (BAPTISTA; REZENDE, 2011). A adoção desse processo compreende momentos de discussão de uma agenda (identificação de problemas, discussão dos problemas, formulação de proposta), momentos de tomada de decisões, momentos de execução/implementação, momentos de avaliação. Está vinculada à compreensão de que num processo de construção de políticas públicas existem diferentes momentos, “havendo a necessidade de se reconhecer as especificidades de cada um destes momentos, possibilitando maior conhecimento e intervenção sobre o processo político” (BAPTISTA; REZENDE, 2011, p. 142). Mesmo não sendo o objetivo direto deste estudo, é importante um breve comentário sobre cada uma das fases.

Na perspectiva do *policy cycle*, o primeiro passo no desenvolvimento de uma política é a “definição de problemas”, onde se manifestam as demandas. Quando um problema é identificado e analisado, possíveis soluções são exploradas por meio de pesquisa e análise para a ação governamental. Uma demanda específica se transforma em um problema não apenas por pressão política, mas por seus indicadores que identificam as necessidades de mudanças (STEYER; CADONÁ, 2018).

Um problema torna-se importante quando se identifica a visibilidade das crises por dados quantitativos em grande proporcionalidade, podendo ser o ponto de partida da formulação de uma política que busque resolver tais questões. Um problema público, segundo Kingdon (2006), pode aparecer subitamente (por exemplo, uma catástrofe que afete a vida de pessoas de determinada região), a sua identificação envolve a percepção de sujeitos sociopolíticos relevantes e a definição do problema “por quais são norteados o conjunto de causas, soluções, obstáculos e avaliações” (SECCHI, 2014, p.35).

A “construção da agenda” é um segundo passo para a análise de políticas públicas e expressa o processo através do qual as demandas ou necessidades sociais dos diversos grupos da população entram na lista de prioridades e são transformadas em assuntos que disputam as energias e atenção das autoridades públicas. A dinâmica da definição de um obstáculo é questão essencial para a compreensão da política pública com visibilidade e busca de soluções numa relação de público e os tomadores de decisões (BAPTISTA, REZENDE, 2011).

Embora alguns autores são controversos em discussões de suas fases, o estudo da formação da agenda é importante para uma melhor compreensão de como os sujeitos e a agenda interagem e para a definição de questões que são relevantes tanto para as diferentes representações da sociedade civil quanto pelos governos (SECCHI, 2014). Nesse sentido, ressalta a importância de se identificar os sujeitos num processo de políticas públicas, classificando-os em dois grupos: “atores individuais”, que são pessoas que agem intencionalmente em uma arena política (como os políticos, os burocratas, os magistrados, os formadores de opinião), e os “atores coletivos”, que são os grupos e as organizações que agem intencionalmente em uma arena política (como os partidos políticos, a burocracia, os grupos de interesse, as organizações da sociedade civil, os movimentos sociais etc.) (SECCHI, 2014, p. 36). As prioridades do processo de construção da agenda são estabelecidas por esses sujeitos que determinam e decidem sobre questões fundamentais no desenvolvimento do processo de formulação de alternativas das políticas públicas.

A etapa seguinte à construção da agenda é a “formulação de alternativas”. Inicia-se uma fase na construção de políticas públicas que define o objetivo das mesmas, os programas que serão desenvolvidos, as metas a serem alcançadas e os recursos a serem utilizados. A formulação de políticas públicas conforme Souza (2018, p. 20) constitui-se no “estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações para produção de resultados ou mudanças no mundo real”. Um mesmo objetivo pode ser alcançado de várias formas, por diversos caminhos, como um “instrumento supremo de poder, porque a definição de alternativas é a escolha dos conflitos e a escolha dos conflitos aloca poder” (SECCHI, 2014, p.37). As escolhas referem-se às grandes linhas do objetivo a perseguir e dos meios a utilizar para a solução dos problemas da agenda, feitas a cada momento onde os sujeitos sociopolíticos decidem o que vão defender e que envolvem não apenas a escolha, mas a preparação das alternativas dentre as quais se escolhem.

Em relação ao processo político, algumas forças sociopolíticas organizadas podem interferir decisivamente na visibilidade dos problemas, fazendo com que ocorram, por exemplo, oscilações da opinião pública, mudanças dentro do próprio governo, mesmo mudanças na administração e no legislativo (STEYER, 2016, BRASIL; JONES, 2020). Os incentivos capazes de mobilizar os formuladores, segundo Kingdon (2006), podem ser a promoção de interesses pessoais e de valores, o interesse em interferir na formulação da política pública, o prazer de estar no poder, participando do jogo, a percepção de interesses individuais e coletivos que estão em jogo na definição das políticas públicas ou através de um processo de barganha

em troca do apoio político (KINGDON, 2006).

Seguindo a ótica da *policy cycle*, a próxima fase é a da “tomada de decisão”. O desenvolvimento deste processo em uma política pública considera a transformação de um problema em solução levando em conta as ações, intervenções e as estratégias que sustentam os estudos, conflitos, construção de coalizões, entre outros (STEYER, CADONÁ, 2018). Os analistas de políticas públicas ressaltam que após a fase de formulação estão dadas as condições para a tomada de decisão definindo os objetivos e marco jurídico, administrativo e financeiro. É onde se desenham as metas a atingir, os recursos a serem utilizados e a intervenção (BATISTA, REZENDE, 2011). Evidentemente, esta é a fase mais “política” entre as demais. Pois é onde os governos procuram fazer a escolha da solução mais adequada, adotando um curso de ação ou de não-ação. Esta é a etapa em que os grupos de interesses encontram-se mais ativos realizando as atividades de pressão (BRASIL, 2013).

O processo de tomada de decisão abarca o conjunto dos elementos que buscam nortear a construção e as posteriores fases de “implementação” e de “avaliação” das políticas públicas, pois elas estão inseridas numa cultura política e social e em condições socioeconômicas que interferem nas decisões. Embora a implementação seja uma fase executiva da política pública que é aplicada em campo, a fase da formulação das políticas não termina com a sua aprovação. A política está sendo decidida à medida que é aplicada, e está sendo aplicada à medida que vai sendo decidida (SECCHI, 2014).

A fase da “implementação de políticas” se traduz na operacionalização da política pública em planos, programas e projetos no âmbito da burocracia pública e sua execução, norteados pela elaboração do processo de decisão. Momento este em que o planejamento é transformado em ação, considerado por alguns autores como a fase de responsabilidade administrativa da política em ação direta, o controle e monitoramento das medidas definidas e envolvem recursos materiais e financeiros (SECCHI, 2014).

É o momento em que são produzidos os resultados concretos da política pública, quando regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações (SECCHI, 2014). Consiste em selecionar uma proposta e, com apoio político, transformá-la em lei detalhando os modelos e projetos, diretrizes e estratégias, identificando o orçamento, mobilizando os meios disponíveis, providenciando e mapeando as possíveis parcerias em diversas esferas públicas. “É um processo modelado pelos fatores políticos relacionados à capacidade do Estado à complexidade do subsistema” (BRASIL, 2013, p. 141).

A “avaliação das políticas públicas” é a última fase do ciclo das políticas públicas. É tida

como um instrumento voltado para subsidiar a tomada de decisão nos diversos momentos que ocorrem ao longo das fases do ciclo, porém, se restringindo a avaliação de resultados da política e não à etapa final do processo (FREY, 2000). As análises sobre essa fase procuram entender os diversos dispositivos de avaliação que foram empregados e os resultados alcançados em suas várias dimensões (eficiência, eficácia, efetividade, entre outros) tendo por objetivo localizar falhas nos projetos, para que possam ser corrigidas e também, para identificar o sucesso de uma política pública (LOTTA, 2019). O avaliador com base em parâmetros de indicadores dirá se a política pública está funcionando ou não. Quais os resultados alcançados com a implementação das propostas e dos programas com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que a gerou e se foi bem sucedida, com correção de ações.

Esta fase consiste no processo em que os resultados da política aplicada são monitorados por atores estatais e sociais (entre eles os grupos de interesses). O momento permite que os problemas e as soluções sejam repensados de forma a promover a melhoria da aplicação da política, bem como analisar a possibilidade de sua renovação, interrupção ou mesmo voltar ao início das fases através da coleta de informações, estudos e construção de indicadores.

A abordagem das políticas públicas como um “ciclo”, tal como apresentado a partir do “instrumento analítico do *policy cycle*”, evidentemente está sujeita a críticas, em especial se tomada como uma “descrição” de uma dinâmica sequencial e ordenada, “pressupondo que todas as alternativas são cuidadosamente discutidas para o alcance dos objetivos” (PINTO, 2008, p. 29; STEYER, CADONÁ, 2018). No entanto, é importante destacar que, entre suas contribuições, encontra-se o esforço em “explicar a interação entre intenções e ações, ao mesmo tempo em que busca desvendar a relação entre o ambiente social, político e econômico, de um lado, e o governo, de outro” (PINTO, 2008, p. 28; STEYER, CADONÁ, 2018).

Araújo e Rodrigues (2017) consideram que para a construção do modelo *policy cycle*, é importante a compreensão do sistema político, os modos da ação política, suas continuidades e rupturas, bem como suas regras. Entretanto, a desagregação em etapas permite investigar uma etapa isoladamente ou em relação com as etapas subsequentes, reduzindo a complexidade, o que torna o estudo do processo das políticas públicas mais facilmente apreensível (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

Já para Batista e Rezende (2011) este modelo apresenta aspectos positivos e negativos, que podem facilitar ou dificultar o processo de análise das políticas. Os autores evidenciam como fragilidade a possibilidade de haver um entendimento fragmentado sobre cada etapa. Em contrapartida, enquanto vantagem, os autores mencionam as oportunidades de haver um maior

controle para intervir de maneira adequada no processo político, a partir de um conhecimento específico das particularidades de cada fase.

Mas, é importante destacar que alguns autores da teoria do ciclo da política pública enfatizam duas questões fundamentais na análise da construção de políticas públicas: de onde surgem as demandas e quem participa do processo de definição da agenda (CAPELLA, 2018). Nessa direção, trata-se de uma perspectiva teórica que problematiza o processo político a partir do qual determinados problemas ganham visibilidade, tornando-se relevantes e, que definem a formulação da agenda das políticas públicas. Por exemplo, para alcançar um status de agenda, um assunto precisa ganhar a atenção de vários atores envolvendo uma série de elementos complexos influenciadores na decisão, formulação e implementação das políticas públicas (CAPELLA, 2018). Trata-se de uma construção social e política, decorrendo de ações e interações que diferentes sujeitos sociais e políticos, representando complexos interesses da sociedade civil e interesses governamentais, estabelecem como participantes na construção de políticas públicas.

E nesse sentido, destaca a importância de “quem participa” na construção das políticas públicas, envolvendo tanto as ações do Estado (governos e burocracia estatal) quanto as ações de indivíduos, grupos sociais, instituições sociais, segmentos sociais, e classes sociais. Abre, dessa forma uma problematização acerca da participação social e política no fortalecimento das políticas públicas na medida em que a mesma pode ser restringida por um estabelecimento fechado dentro da determinação da agenda pelo governo, e por outro lado, pode ser resultado de dinâmicas políticas caracterizadas por diferentes tipos de participação que provém de fora do governo (STEYER; CADONÁ, 2018).

A literatura brasileira tem buscado construir ou aprimorar modelos de análises importantes para entender as políticas produzidas. E embora a importância de seu estudo através do instrumento analítico do *policy cycle* em suas fases, o que mais importa para esta tese é o aprofundamento nas fases de formulação e principalmente a de implementação das políticas públicas incorporando os aspectos *top-down* e *botton-up*, ainda pouco considerada nos modelos de análise de políticas públicas (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2014). Levando em conta o conjunto dos indivíduos, grupos ou organizações cuja posição é afetada pela ação do Estado num espaço dado além de considerar que os espaços de uma política pública são influenciados pela forma como ela é implementada e pelos diversos fatores que incidem sobre esse processo (LOTTA, 2014).

É na fase da implementação que as intenções políticas se convertem em fatos concretos,

quando as normas e processos sociais são transformados em ações. Para Fernandez e Guimarães (2020) até este momento da formulação, a política apresenta-se de forma apenas discursiva. “É na implementação que se verifica se aquilo que foi pensado nas fases anteriores vai se tornar realidade” (FERNANDEZ; GUIMARÃES, 2020, p. 283).

2.2.3 Abordagens sobre a implementação de políticas públicas

Na literatura acadêmica, os estudos sobre implementação de políticas públicas têm evoluído tanto em nível internacional quanto em nível nacional e diante desse desenvolvimento vem aumentando também o número de autores que se dedicam a analisar o processo de implementação de políticas públicas (LOTTA; SANTIAGO, 2017). A sua análise consiste em considerar os desafios da transformação dos desejos governamentais em práticas e ações, abarcando cada vez mais um conjunto diversificado de atores estatais e não estatais, em processos interativos pautados por regras formais e informais (PIRES, 2018).

Nogueira e Fagundes (2015) sinalizam a importância em compreender como se configura a implementação da política pública, e especialmente, quais são os fatores que sobre ela incidem e a determinam compreendendo o envolvimento de atores comprometidos com dada política. Entre essas configurações estão as definições de metas a atingir, a natureza dos problemas que envolvem a implementação, as ideias que elas têm em como lidar com esse problema, considerando o contexto político em que estão inseridos, ou o montante dos recursos que serão investidos (NOGUEIRA, FAGUNDES, 2015). Destes fatores dependerão o sucesso ou fracasso da política pública, sendo necessário que os implementadores saibam o que esperar delas (LIMA, D'ASCENZI, 2013).

Segundo Lima e D'ascenzi (2013), a discussão sobre a formulação e implementação de políticas públicas estão amarradas às necessidades de melhorias nos processos políticos administrativos permitindo o desenvolvimento das atividades implementadoras (LIMA, D'ASCENZI, 2013). É um processo difícil, principalmente por envolver pessoas, interesses, carências, poder, recursos, conflitos, o que faz com que diferentes fatores levem a formas de implementação também diferentes.

No debate internacional, Sabatier e Mazmanian (1993) ressaltam que a fase de implementação era desconhecida, uma vez que as pesquisas produzidas no campo de análise das políticas públicas atribuíam maior interesse para a fase de formulação, como se as deliberações desta fase fossem prescrições que, quando seguidas de forma correta, resultariam em uma perfeita implementação. Desta forma, os estudos sobre o processo de implementação

foram negligenciados pelos pesquisadores até meados da década de 1960, quando este quadro começa a mudar e a implementação passa a ganhar destaque diante de uma suposta falha da legislação em produzir políticas públicas eficientes nas distintas realidades locais. Assim, iniciou-se uma série de estudos mais aprofundados sobre programas implementados em diversos campos de atuação, tais como educação, planejamento urbano, geração de empregos, direitos civis, questões ambientais serviços de saúde, entre outros (SABATIER; MAZMANIAN, 1993).

Atualmente vivencia-se a quarta geração de estudos sobre implementação de políticas públicas dos últimos 50 anos, relata Bichir (2020). Conforme a autora, mesmo que não houvesse ampla teoria sobre implementação de políticas públicas o campo de abordagens analíticas possui contornos relativamente bem definidos. A autora relata que nos estudos analíticos sobre a evolução de implementação de políticas públicas, Sabatier (1993) identificou nos Estados Unidos uma primeira geração de estudos com uma visão extremamente desanimadora sobre a capacidade governamental para a implementação de políticas surgidas na década de 1970 (BICHIR, 2020).

Luis Villanueva (1993) em suas colocações sobre implementação deste período destaca que as publicações apresentavam uma visão pessimista permeada por problemas, barreiras e fracassos perante a incapacidade do governo em atender as adversidades que se consideravam de interesse comum pois as políticas públicas colocadas em prática subvertia os resultados previamente desenhados.

O autor também coloca que a fase da implementação das políticas públicas cresceu na medida em que deixou de ser concebida como subordinada à formulação, ambas as fases começaram a ser relacionadas como um processo contínuo e interdependentes entre o desenho e a implementação da política. Esta compreensão destacada por Villanueva (1993) surgiu no momento em que foi percebido falhas nas políticas públicas perante a falta de êxito em atingir objetivos satisfatórios nas políticas públicas. Com isso, constatou-se que os erros não se relacionavam aos comportamentos dos agentes implementadores, mas sim com as decisões dos formuladores pertencentes a fase de formulação (VILLANUEVA, 1993).

Lima, D'ascenzi (2013) também trazem em suas colocações que os estudos que surgiram em sequência buscavam explicar as variações nas implementações comparadas aos diferentes programas sociais governamentais compartilhando a rígida perspectiva de visão descendente ou *top-down* (a literatura tinha por base dois modelos analíticos principais, *top-down* - de cima para baixo, e visão ascendente ou *botton-up* (de baixo para cima) (LIMA, D'ASCENZI, 2013).

Este tipo de abordagem caracterizava-se em encontrar os erros de implementação e corrigi-los. O ponto principal consistia na legitimidade da decisão e sua conformação com uma lógica prescritiva e normativa. Ou seja, leis e outros arranjos formais do desenho da política. Esses estudos, conforme Lotta (2019) possuíam grandes preocupações reguladoras pois tinham por base um ideal democrático de funcionamento do Estado oriundo de uma tradição weberiana como a principal referência utilizada para acompanhar os desdobramentos da implementação *top-down*. “Se propunham a olhar o processo de implementação de cima para baixo, tendo como referência os objetivos previamente propostos democraticamente para encontrar qual camada burocrática teria pervertido os objetivos” (LOTTA, 2019, p.15).

Nessa perspectiva, buscava-se a separação das dimensões da política entre as etapas da formulação e implementação, o que conformaria uma hierarquia dos que estão no topo – os formuladores – sobre os que estão na base – os implementadores em uma concepção centrada na ideia de controle e de hierarquia, além da dimensão prescritiva marcada pela atividade técnica e operacional como uma questão entre temas políticos e temas administrativos (TIRELLI, 2020). A busca pelo princípio da eficiência a partir de estudos de casos exploratórios e indutivos tinha como objetivo a produção de teoria relativa à implementação de políticas, pois o ponto central dos estudos era entender como os objetivos formulados poderiam ser alcançados, sendo a implementação analisada como barreira explicativa. Esta geração ficou historicamente marcada pelo subtítulo centrado na fracassomania (Faria, 2012).

Em contraposição à essa visão hierárquica e altamente prescritiva no início dos anos 1980 surge a segunda geração de estudos sobre implementação com uma nova perspectiva sob a abordagem *bottom-up*, com uma vasta gama de autores que buscaram interagir no nível local em torno de um tema específico uma vez que é neste âmbito que o setor público encontra diretamente os cidadãos e as empresas (FERNANDEZ; GUIMARÃES, 2020). Para esses autores⁸, a análise de políticas públicas deveria olhá-las de baixo para cima, tendo como base o que de fato acontece no momento de implementação reconhecendo as limitações das decisões técnicas e políticas do nível político central, o que confere influência à equipe de linha de frente na realização da política e na aplicação das leis (LOTTA, 2019).

As políticas públicas nessa abordagem, são constituídas por diversos processos e são práticas regulares exigindo tomada de decisão constante. Desenvolvem-se em torno de um problema específico, por vezes utilizando-se do desenho oficial da política como ponto de

⁸ PRESSMAN; WILDAVSKY, 1973; GUNN, 1982 SABATIER; MAZMANIAN, 1979; BARRETT, 2004) descritos por Lotta (2019).

partida e por outras vezes ignorando completamente as decisões de topo, dada a ênfase às cadeias de transformação e decisão implicadas no cotidiano das políticas (BICHIR, 2020).

Entre os estudos que destacam o papel dos atores envolvidos na implementação Bichir (2020) destaca como de fundamental importância a obra clássica Michael Lipsky (1980), mencionando que em sua contribuição aos estudos de implementação, o autor analisou atores diretamente envolvidos com a entrega de serviços públicos, ou seja, burocratas de nível de rua como o agente principal no processo de implementação desde o desenho da política, sua organização e execução. Desta forma, os trabalhadores de linha de frente foram considerados tomadores de decisão cruciais para tal perspectiva, cuja ação discricionária desses burocratas é o fator determinante de como se dará o acesso aos bens e serviços governamentais, uma vez que acabam reformulando a própria política no processo de implementação (LOTTA, 2012, 2019; LIMA e D`ASCENZI, 2013; BICHIR, 2020).

Os estudos sobre esses burocratas demonstram e reforçam a tese de que há muitos processos decisórios acontecendo na implementação, que a burocracia não é uma máquina ou peças de engrenagens, e que compreender como ela se comporta e como toma decisões é central às análises de políticas públicas (LOTTA, 2019, p. 16).

A literatura sobre implementação concentrou boa parte das décadas de 1970 e 1980 resumidas em debates entre essas duas correntes, *top down* e *bottom up*, e foram desenvolvidas poucas pesquisas que dialogassem entre si. Autores como Villanueva (1993); Bichir (2020); Lotta (2019); Fernandez, Guimarães (2020) entre outros identificam uma terceira geração de estudos, a partir dos anos 1990 e representaram uma síntese das abordagens *top-down* e *bottom-up*. Essas análises procuravam por uma combinação de elementos entre formulação e implementação que concebessem os processos decisórios contínuos que envolvem as políticas públicas e seus resultados.

Essa geração esteve mais voltada à elaboração de modelos de análise que buscavam complexificar as análises por meio da incorporação de fatores explicativos que pudessem responder às múltiplas influências existentes no processo de implementação das políticas públicas e propor, se necessário, correções de rota (TIRELLI, 2020).

A polarização entre abordagens *top-down* e *bottom-up* que durante as duas décadas anteriores experimentou, refletiu também em algumas diferenças conceituais e ideológicas sobre o papel do Estado e a necessidade de controle da coisa pública (Fernandez; Guimarães, 2020).

Lotta (2019) faz menção sobre o modelo de Matland (1995) citando que o mesmo se propôs a “análise de ambientes de formulação e implementação quando o valor relativo de cada abordagem depende do grau de ambiguidade nos objetivos e instrumentos, bem como o grau

de conflito envolvido como elementos que determinam a capacidade de previsão de ações” (LOTTA, 2019, p.17). De forma que modelos *top-down* seriam mais apropriados para situações de estrutura clara de implementação e baixo conflito, ao passo que abordagens *bottom-up* estariam mais adequadas para situações de maior ambiguidade e conflito. Semelhantemente, Bichir (2020) acentua que o mesmo autor, Matland (1995) propõe “uma união entre as duas abordagens a partir de um modelo teórico que organiza as dimensões de ambiguidade e conflito nos processos de implementação considerando os resultados das políticas como variáveis dependentes avaliadas a partir dos objetivos oficiais das políticas” (BICHIR, 2020, p.28). Por vezes essas abordagens negligenciavam a atuação do Estado pois não conseguiam contemplá-la em suas concepções surgindo a necessidade de combinar elementos dos enquadramentos “de cima para baixo” e “de baixo para cima” em um único modelo de análise de implementação de políticas que, por sua vez, poderiam ajudar a fornecer uma maneira mais rica e precisa na compreensão do processo de implementação. Desta forma, considera que:

A implementação necessariamente afeta os resultados de uma política, sendo fundamental analisar os comportamentos organizacionais e inter organizacionais, os dilemas de cooperação e coordenação, o compartilhamento de sentidos, os recursos e objetivos, bem como o comportamento dos burocratas de nível de rua – uma vez que as interações desses burocratas com o público das políticas também afetam os resultados das políticas (BICHIR, 2020, p.30).

Em seus estudos, Bichir (2020) relata que em momentos recentes alguns autores⁹ não tem medido esforços em especificar variáveis que expliquem a implementação, avançando sobre as concepções da primeira e da segunda geração. Procuraram superar o problema de estudos de caso através de desenhos comparativos e quantitativos de pesquisa neste contexto onde correram avanços no âmbito dos estudos sobre governança de políticas que incorporaram uma infinidade de atores: governamentais e não governamentais compreendendo processos decisórios contínuos que envolvem as políticas públicas e seus resultados (BICHIR, 2020).

A quarta geração de estudos sobre implementação de políticas públicas é ressaltada por Lotta (2019) caracterizada por contribuições de diferentes campos disciplinares,

[...]marcada por múltiplos modelos e formas distintas de análise sobre o objeto e por produções disseminadas em vários países e continentes. É também marcada por uma influência maior de outros campos de estudos, especialmente a Sociologia, nas análises de implementação (LOTTA, 2019, p.17).

Os processos de produção de implementação de políticas públicas incorporaram alguns temas relacionados aos novos modelos da ação estatal como coordenação, instrumentos de

⁹ Winter, 2006; Peters e Pierre, 2001; Hill e Hupe, 2009.

políticas públicas, estruturas de implementação, arranjos de governança multiníveis e multicamadas, além da consideração das relações entre atores estatais e não estatais na provisão de políticas.

Ainda sobre o processo de implementação, Lotta (2019) discorre sobre uma série de pressupostos fundamentais já alcançados por estudos precedentes tais como: *i*) a formulação e a implementação não são momentos separados mas processos decisórios constantes que perpassam agências de diferentes atores e por diversas camadas decisórias; *ii*) as análises levam em conta a sua complexidade para compreender todos esses processos decisórios em seus diferentes níveis e camadas de decisão, diferentes formas de coordenação de atores estatais e não estatais; *iii*) a implementação vista como um processo altamente interativo envolvendo interconexões entre muitos atores envolvidos nos processos decisórios e organizações para que uma política seja implementada; e *iv*) muitos fatores influenciam a implementação de políticas relacionados a sistemas gerais (forma do estado, crenças e valores nacionais) às características organizacionais, relacionadas aos sujeitos atuantes nas políticas incluindo dimensões pessoais e relacionais que caracterizam os atores envolvidos nos processos de implementação (LOTTA, 2019).

No Brasil, os estudos de implementação chegam já a partir dessa quarta geração conforme Lotta (2019). Embora de forma bastante rudimentar, após os anos 2010 começaram a surgir literaturas mais sistemáticas sobre a implementação de políticas e foi marcada pela publicação de Faria (2012) com vários estudos sobre implementação demonstrando um marco a estudos da representação burocrática e organizações de nível de rua por vários autores (LOTTA, 2015; PIRES, 2018; LIMA, 2012). Essas análises, em sua maioria reúnem a concepção dos burocratas implementadores considerando-os como importantes atores para a compreensão dos processos decisórios da implementação e os efeitos em termos de resultados das políticas (LOTTA *et al.*, 2018). E conseqüentemente, estudos sobre capacidades estatais, arranjos institucionais e instrumentos de implementação entre outros (GOMIDE; PIRES, 2014; SOUZA, 2018; BICHIR; BRETTAS; CANATO, 2017).

Assim, sem a pretensão de mapear toda a produção nacional, esta tese tem entre seus objetivos uma análise sobre os conselhos gestores e a implementação de políticas públicas que se traduz em um processo com vários estágios e que visam concretizar decisões (NOGUEIRA, FAGUNDES, 2015). São essas decisões que identificam os problemas a serem resolvidos e os objetivos a alcançar. Elas representam um processo no qual as decisões são acomodadas à realidade, se ajustando ao campo de aplicação e se inscrevem nas rotinas dos agentes que

implementam a política. Trata-se de uma fase entre outras razões, porque tem implicações diretas sobre os resultados que a política produzirá. (NOGUEIRA, FAGUNDES, 2015).

Dessa forma, a participação social na construção e implementação da política pública conjuga um conjunto de momentos não-lineares, articulados e interdependentes, formados pela construção do problema, formulação de alternativas de política, adoção da política e implementação da política (BAPTISTA; REZENDE, 2011). Esse processo significa maior poder de argumentação na busca dos consenso e solução dos conflitos, os quais jamais deixarão de se fazer presentes na construção da política pública. Além disso, demonstra a importância de se considerar as ideias e os valores dos agentes implementadores nesse processo (LIMA, D'ASCENZI, 2013).

É nesse momento que os conceitos de território e de configuração territorial podem contribuir para a compreensão sobre como se formam esses valores, crenças e ideias que conduzem os atores a agir de distintas maneiras frente a uma mesma política pública.

2.2.4 Implementação de políticas públicas nos territórios

A partir de questionamentos sobre a configuração territorial, os conceitos de territórios vêm sendo utilizados em grande parte das análises sobre as políticas públicas e no próprio desenho dessas políticas sendo úteis para compreender a influência da dimensão espacial de sua implementação (TIRELLI, 2020).

Dimensão esta que ultrapassa os limites físicos, uma vez que o autor Milton Santos (2006, p. 9) enfatizava que sua análise se dava no uso do território e afirma que “[...] o território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas [...]”. Para o autor, o território é o espaço onde todas as ações humanas acontecem, ou seja, é onde ocorre a reprodução material e simbólica do ser humano. Em suas palavras, “[...] o território é o lugar em que se desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência [...]” (SANTOS, 2006, p. 9; FAVARETO *et al.*, 2015).

Vale destacar que discutir as ações humanas na construção de seus territórios não significa perder de vista a essência física onde são desenroladas essas ações. A reflexão do território vai mais além, uma vez que o território não é uma superposição de sistemas materiais e de coisas, mas sim, um território onde se concebe as dinâmicas socioeconômicas globais como algo que não está organicamente estabelecido e que precisa ser entendido a partir da articulação (REIS, 2005; STEYER, 2021).

Ao analisar o conceito de território percebe-se que ele está vinculado ao modo como as pessoas dele se utilizam e se organizam no espaço dando significado ao lugar e a importância de considerar a dinâmica, as relações, as histórias e o movimento de uma localidade específica no processo de formulação e implementação de política pública.

Silva (2013) destaca que o emprego do conceito de território permite um entendimento minucioso, bem apurado sobre o que é este espaço social de conciliação e convivências, quais dinâmicas ele abrange, e como se dá (e sob quais condições) sua relação com outras escalas socioespaciais. Para este autor, o território, na definição mais recorrente é uma construção histórica e social que atribui expressão social e política ao espaço representando a organização de uma sociedade pertinente com seu ambiente. Produz instituições, economias, envolvimento e redes e transforma os elementos de identidade local em uma energia social no processo de desenvolvimento endógeno (SILVA, 2013).

A partir dessa discussão, pode-se constituir uma definição essencial de território como um espaço de construção social e poder estabelecido, porém não definitivo, caracterizado por recursos físicos específicos, naturais e industriais, e por valores históricos e culturais que estabelecem elementos de identidade aos sujeitos que nele habitam. É formado tanto por lugares contíguos (relações de vizinhança), como por lugares em rede (desenvolvimentos sociais que ligam lugares diferentes) (SILVA, 2013).

Essa dinamicidade caracterizada pelos ritmos de circulação e produção que se deve entender como relacional, pois não são incorporados somente o conjunto de relações sociais, mas envolve uma relação complexa entre processos sociais e espaço material, expressão e produto das interações que os atores protagonizam (REIS, 2005; STEYER, 2021).

A concepção de território relacional exposta por Reis (2005) afirma que os territórios são matrizes e, portanto, a base da ordem relacional que os forma. Isto é: “as interações que estruturam a sua ordem interna, e perante a ordem relacional externa”, ou seja, “as interações que estruturam o mundo, que não é o lado exterior dos territórios, mas antes um todo de que eles mesmo fazem parte enquanto categorias próprias” (REIS, 2005, p. 11). Entendendo que a produção do território se desenrola em um substrato físico, mas é a natureza das relações humanas que favorecem o significado e dá sentido à vida do território tornando-o um terreno clássico de lutas políticas. Território, sob a perspectiva relacional, é visto a partir das relações sócio históricas que o constituem, mediadas pelas representações que dele são feitas e que balizam as intervenções sobre ele (REIS, 2015).

O uso desses espaços envolve relações complexas e de poder. São campos de disputas

entre atores que possuem distintos interesses econômicos, políticos e sociais, os quais produzem e reproduzem territórios desiguais, sendo estes, um dos grandes desafios para a gestão de políticas públicas. “Conhecer essa realidade e entender os jogos de interesses e disputas, assim como os limites e potencialidades permite que ele se torne o ponto de partida no processo de formulação e implementação de políticas públicas” (LANZA, BACKSCHAT, 2015, p.2). Da mesma forma que sofrem influências de uma conjuntura nacional e internacional, o que permite entender como a globalização permeia as relações de poder que se dão nos territórios. Perceber como ocorre essas interações entre os processos externos e internos ao território possibilita reconhecer as especificidades do arranjo político-institucional pactuado (FAVARETO, LOTTA, 2013).

Os arranjos institucionais são aqui compreendidos como as regras específicas que os agentes estabelecem para si nas suas transações econômicas ou nas suas relações políticas e sociais particulares e que definem a forma de coordenação de processos em campos específicos (FAVARETO, LOTTA, 2013, p.5).

Eles entram para o repertório dos gestores passando a ser associados diretamente à gestão e implementação de políticas públicas, cuja concepção teórica e metodológica é a de que o território é uma produção social e procura analisar os conflitos que se estruturam e as lutas que se travam em torno deste ambiente construído socialmente (FAVARETO, 2013).

Portanto, o reconhecimento da dimensão territorial ultrapassando os limites físicos e de ocupação de uma porção específica de terra, implica em compreender o território numa perspectiva de construção histórica, política e simbólica, permeada de relações sociais e de disputa de poder.

Favareto *et al.*, (2015) propõem uma abordagem relacional ao estudar o desenvolvimento de regiões por suas especificidades. Caracterizam por configurações territoriais uma unidade espacialmente dada, estruturalmente e dinâmica ao mesmo tempo, que envolvem padrões de organização social como formas de dominação e comportamentos sociais. Compreendidos por um esforço “sincrônico” e “diacrônico” que ocorre em uma relação de “causação recíproca” apreendida pelos movimentos das contradições e articulações entre as duas instâncias. Segundo os autores, a compreensão diacrônica permite a evolução das estruturas de formação do território, enquanto que a análise sincrônica compreende como o território pode ser entendido como um campo. Essas abordagens identificam os tipos de comportamentos sociais predominantes na formação social. (FAVARETO *et al.*, 2015, p. 39).

Portanto, as características sociais dos agentes são mobilizadas pela formação de coalizões tanto as que governam a vida social, política e econômica, quanto as que operam no

âmbito do Estado conferindo mudanças com respaldo das forças sociais existentes. As dinâmicas territoriais são estruturadas sob influência externa buscando entender como as forças exógenas se confrontam com as estruturas sociais sedimentadas do território; os resultados que se operam nessas estruturas sociais; e em que medidas essas estruturas se modificam com a passagem do fluxo exógeno (FAVARETO *et al.*, 2015).

A ênfase da abordagem relacional aqui proposta consiste em como as relações sociais são construídas, reproduzidas e formadas nos territórios a partir da sua criação influenciando e sendo influenciadas pela política pública. O território emerge então como um alicerce sobre o qual se efetua uma dinâmica de desenvolvimento. Neste caso, analisada como uma dinâmica social considerando o próprio território como um conjunto de relações sociais superpostas.

Sob esta perspectiva, Silva (2013) destaca que o uso de estratégias de intervenção governamental que consideraram as dinâmicas territoriais somente foi viável em função das transformações no cenário social e político no país nas últimas décadas do século XX e que resultaram em importantes conquistas de liberdades democráticas para a população. Isso porque o envolvimento dos atores é que dão vida ao território. O autor ainda apresenta dois elementos que tiveram grande importância neste processo: *i)* o princípio de um mecanismo de descentralização política que se converteu em maior importância para os poderes administrativos locais (estaduais regionais e municipais) na instrumentalização de políticas públicas nacionais; e *ii)* a inclusão de dispositivos institucionais de participação social na definição das ações governamentais nas diferentes esferas administrativas (SILVA, 2013).

O significado das formas de percepção de políticas públicas e de práticas governamentais com base nos territórios surgiu respaldado em vários aspectos bem característicos do país. Conforme Neto (2010),

(...) um desses aspectos diz respeito à dimensão continental do Brasil. Este fato, associado à grande heterogeneidade e diferenciação do território, passou a exigir, para ser eficaz no encaminhamento de soluções, um tratamento apropriado e adequado para os espaços diferenciados: macrorregiões, meso ou microrregiões. Agrega-se a isso a grande desigualdade territorial do Brasil da perspectiva do desenvolvimento econômico e social, resultante de complexos processos históricos, que é hoje um dos temas da maior relevância dentro e fora da academia: a questão regional brasileira. Se tais desigualdades são marcantes quando se consideram as macrorregiões tradicionais, mais significativas se tornam quando se desce à análise dos estados ou de microrregiões no interior do país (GUIMARÃES NETO, 2010, p. 49).

Igualmente é a base geográfica da experiência, da formação de laços de solidariedade, da representação cultural e de todas as condições materiais e simbólicas que determinam uma identidade própria (SOUZA, SILVA e SILVA, 2012).

Neste entendimento, as categorias espaciais que detém em si particularidades próprias

também possuem elos que determinam e são determinadas por suas interações sociais, culturais, políticas e econômicas. Esta interligação entre espaços com características distintas é denominada por Favareto (2019, 2006) como “dimensões territoriais de desenvolvimento”. Para uma interferência sobre estas dinâmicas é necessário entender as articulações entre suas formas de produção e as características morfológicas das tessituras sociais locais, a partir do entendimento de suas relações de oposição e complementaridade (SILVA, 2013; FAVARETO, 2006, p. 22).

Neste estudo, considera-se a dimensão territorial dos arranjos institucionais enquanto a existência de gestão (fóruns) numa escala intermunicipal (FAVARETO *et al.*, 2015). Da mesma forma, considera-se a efetiva participação do poder público e da sociedade civil local nestes espaços representados pelos conselhos de saúde e a existência de incentivos à participação de forças sociais representativas da heterogeneidade estrutural dos territórios nos seus processos de formulação e gestão (FAVARETO, LOTTA, 2013). Com isso, sob uma perspectiva neoinstitucionalista, o desafio foi analisar as diferentes realidades dos municípios para o processo de implementação das políticas públicas e suas mudanças ao longo do tempo que foram os instrumentos operacionais de planejamento e intervenção mais recentes e que derivaram de um processo de descentralização e desconcentração do poder político central da União nas últimas décadas.

Nesse sentido, as análises produzidas sob a abordagem neoinstitucional viabilizam investigar empiricamente os diferentes contextos em que as políticas acontecem, nos diferentes territórios. Ou seja, quais as regras formais e informais que moldam o comportamento dos atores tornando-se um elemento crucial para que se entenda as várias formas pelas quais as políticas públicas são implementadas nesses espaços.

2.2.5 Perspectivas neoinstitucionalistas para a análise da implementação de políticas públicas

A abordagem neoinstitucionalista é fundamental para as análises de políticas públicas identificando-se enquanto perspectiva teórica apropriada para a interpretação e a investigação empírica dos casos que serão estudados nesta tese. Isto por considerar as trajetórias institucionais dos conselhos de saúde e das instituições que buscam “elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos, especialmente nas questões relacionadas às políticas públicas de saúde nos territórios” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 194).

A teoria neoinstitucional tem se constituído em amplas discussões nas ciências sociais contemporâneas, principalmente nas áreas de sociologia, da ciência política e economia. Com o declínio das abordagens do tipo marxista e do campo pluralista que centravam as discussões na sociedade e nas suas relações de forças, pois indicavam que o Estado respondia somente aos estímulos sociais, os teóricos neoinstitucionais chamaram atenção pelo foco de análise concentrado nas instituições estatais e em suas burocracias (ROMAGNOLI, 2020). Nas últimas décadas com a expansão do Estado e de seus dispositivos e interferência na sociedade, os neoinstitucionalistas demonstravam que seus fundamentos teóricos e metodológicos eram os mais adequados para o estudo desses fenômenos, apontado como de grande relevância para o entendimento do contexto brasileiro pelo qual o Estado foi historicamente essencial na produção de políticas públicas (ROMAGNOLI, 2020).

Este foi o momento de retomada das instituições no debate teórico vigente, que aporta um modelo teórico reestruturado passando a levar em conta a dupla rejeição que ensejou as mudanças de outrora. Ou seja: i) a falta de cientificismo institucionalista anterior acabado pelo comportamentalismo; e, ii) a reinserção das instituições afastadas das abordagens comportamentalistas (ROMAGNOLI, 2020). Dessa forma, apresenta-se um neoinstitucionalismo que ressurgiu do paradigma institucional mantendo a proposta das instituições no centro da análise e unindo-se à incorporação das preocupações que caracterizaram o comportamentalismo com relação ao rigor científico (MARQUES, 1997; ROMAGNOLI, 2020).

A retomada da preocupação com o tema é derivada da necessidade de entender a função desempenhada pelas instituições da esfera pública sobre a política, já que as abordagens anteriores não foram capazes de esclarecer as relações políticas e de governança após a sua complexificação. Assim como seu antecessor, o neoinstitucionalismo busca “elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos” (HALL; TAYLOR, 2003). Ou seja, entender a influência das instituições não só na sociedade, como também nos comportamentos individuais.

Marques (1997), entende o neoinstitucionalismo como “a corrente recente das ciências sociais que tem ressaltado, de maneira enfática a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais” (1997, p. 75). Não se caracteriza como uma corrente teórica unificada, sendo que o que há em comum entre elas é a centralidade dada às instituições, embora não se parta de um significado preciso do que elas sejam, nem mesmo de um acordo sobre os seus efeitos específicos, uma vez que possui um amplo aspecto teórico na qual a

hierarquia dos fatores mais importantes no estudo de cada caso é elencada *a posteriori*, de acordo com a conjuntura (Marques, 1997; Hall e Taylor, 2003). Trata-se, portanto, do lugar de análises metodológicas de cientistas e teóricos de diversas áreas disciplinares, concebendo uma teoria de médio alcance, preocupada em reintroduzir as variáveis institucionais nos debates sobre a política e a economia.

Este ponto de vista enriquece e dificulta a realidade descrita pelo modelo teórico marxista deixando ressaltar a importância de outros atores fundamentais como os agentes estatais (MARQUES,1997). De um modelo centralizado na sociedade para um interesse recuperado pelo Estado, de forma a permitir o diálogo entre diferentes paradigmas e modelos disciplinares, incorporando olhares em vez de predominar determinado campo de questões (MARQUES, 1997).

Segundo Marques (1997), muitos autores marxistas tiveram seus estudos centrados somente na sociedade, ignorando o importante papel das instituições e dos atores estatais na esfera política. Estudos teóricos excessivamente abstratos que desprezam a riqueza de processos de formação de cada sociedade e de cada Estado em particular, distanciando-se da realidade empírica (MARQUES, 1997). A visão, geralmente, é a de que o Estado, enquanto instrumento de classe, é garantidor das relações de produção ou acumulação capitalista. Constitui-se portanto, enquanto uma arena da luta de classes. Essa corrente das Ciências Sociais que tem salientado a importância das instituições para a compreensão dos processos sociais, o neoinstitucionalismo não se institui precisamente como teoria, mas como um instrumental analítico para o estudo do Estado e suas políticas. Não é uma corrente única, mas um lugar para o qual têm direcionado estudiosos e teóricos de várias nuances e origens disciplinares no interior das Ciências Sociais (MARQUES, 1997).

A expansão da teoria neoinstitucional, sobretudo a partir dos anos 1980, vai se desdobrar em três abordagens neoinstitucionalistas que possuem distintas perspectivas sobre o surgimento e alteração das instituições e sobre a forma como se dá a influência das instituições no comportamento político conforme Hall; Taylor (2003, p. 194).

Esses autores, em Ciência Política preveem a ocorrência de três vertentes neoinstitucionalistas: o neoinstitucionalismo da escolha racional, o neoinstitucionalismo histórico e o neoinstitucionalismo sociológico. Não se configura uma teoria unificada, pois os vários “neoinstitucionalismos” desenvolveram-se de forma independente (o que se verifica pela falta de referência cruzada entre os autores) e conferiram ao objeto central de análise, às instituições, definições imprecisas, o que torna falha qualquer tentativa de teorizá-las em

conjunto (HALL; TAYLOR, 2003, p. 193-194).

Independentemente das diferenças entre as abordagens, todas elas buscam compreender o papel que as instituições desempenham e se encontram como teorias complementares quando se busca compreender a sociedade. É importante buscar entender como cada interpretação neoinstitucional determina a origem e a variação institucional, pois, apesar das diferenças, todas as abordagens consideram esses pontos como fundamentais na teoria institucional.

O neoinstitucionalismo da escolha racional tem sua base nessa teoria e na economia neoclássica. Segundo Hall e Taylor (2003), uma das principais características dessa abordagem é a crença de que os atores sociais compartilham de um grupo de preferências as quais os fazem atuar de modo completamente utilitário e estrategista, visando satisfação através dos cálculos que permeiam suas ações (HALL; TAYLOR, 2003). Nessa abordagem, as instituições são fundamentais para a definição das estratégias dos indivíduos, pois condicionam os comportamentos e desejos dos atores (MARQUES, 1997).

Os teóricos da Escola da Escolha Racional tendem a considerar a vida política como uma série de dilemas de ação coletiva, definidos como situações em que os indivíduos que agem de modo a maximizar a satisfação das suas próprias preferências o fazem com o risco de produzir um resultado sub-ótimo para a coletividade (no sentido de que seria possível encontrar um outro resultado que satisfaria melhor um dos interessados sem que qualquer outro saísse lesado) (HALL; TAYLOR, 2003, p. 205).

Torna-se notório que tal resultado é oriundo de uma ausência de arranjos institucionais que priorizem o coletivo, ao mesmo tempo que impeçam que cada indivíduo adote uma linha de ação individual: “Em geral, tais dilemas se produzem porque a ausência de arranjos institucionais impede cada ator de adotar uma linha de ação que seria preferível no plano coletivo” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 205).

O neoinstitucionalismo histórico tem origem na sociologia histórica, de inspiração marxista e weberiana e possui a preocupação de construir análises pautadas no contexto político, social e histórico (Marques, 1997). Nessa abordagem, as instituições são concebidas para além das formas estratégicas dos atores (igualmente às teses da escolha racional) que condicionam suas metas e preferência. Nas palavras de Marques, “enquanto para os neoclássicos e neoinstitucionalistas da escolha racional as preferências são exógenas ao modelo, para os neoinstitucionalistas históricos as preferências são endógenas, sendo construídas social e politicamente no bojo dos processos sob estudo” (1997, p. 78). A estrutura organizacional das instituições sociais ou econômicas, conforme Hall; Taylor (2003) é o que determina o comportamento dos atores políticos e seus resultados destacando as assimetrias de poder relacionadas ao desenvolvimento das instituições. Os teóricos dessa vertente colocam as

instituições “numa cadeia causal que deixe espaço para outros fatores, em particular os desenvolvimentos socioeconômicos e a difusão das ideias” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 201). Desta forma, definem o termo instituição como normas e convenções relativas à organização da comunidade ou da economia com ênfase no estudo do Estado e suas políticas (MARQUES, 2013).

O neoinstitucionalismo sociológico, se origina na teoria das organizações e contesta a separação entre as dimensões sociais e culturais (Hall e Taylor, 2003). Nesta abordagem as instituições são estabelecidas por uma forma mais ampla que nas demais vertentes. Isso porque nelas estão incluídas além das regras e procedimentos, os sistemas simbólicos, esquemas cognitivos e exemplos morais que formam e guiam as ações dos atores sociais. “As instituições exercem influência sobre o comportamento não simplesmente ao especificarem o que se deve fazer, mas também o que se pode imaginar fazer num contexto dado” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 210). Ou seja, os adeptos dessa corrente destacam que as relações entre instituições e indivíduos se dão a partir das perspectivas culturais e dos padrões de significação social.

Essa abordagem considera o termo instituições semelhante ao de cultura, quando rompe com a dicotomia entre cultura e instituições e que por seqüência coloca em risco a definição de cientistas políticos que conforme Hall, Taylor (2003, p.209);

Isso põe em perigo a distinção cara a muitos especialistas em ciência política, entre “explicações institucionais”, que consideram as instituições como as regras e os procedimentos instituídos pela organização, e “explicações culturais”, que remetem à cultura, definida como um conjunto de atitudes, de valores e de abordagens comuns face aos problemas. (Grifos da autora).

No entanto, sobre a influência institucional exercida nos atores sociais, os cientistas políticos cada vez mais abandonam a ideia de “papel social”. Ou seja, a “dimensão normativa” (que caracteriza o papel social e suas normas) para aderir à “dimensão cognitiva”, identificada por focar no modo como as instituições intervêm na vida individual ao ofertar categorias e modelos cognitivos fundamentais para a ação e interpretação do mundo (RODRIGUES, 2021). Conseqüentemente, esta perspectiva sugere que o sujeito em si é próprio de uma construção socialmente construída, pois mesmo que considere suas ações como racionais, é, na verdade, produto de uma ação institucional.

O institucionalismo sociológico observa que o início e a transformação institucional não são resultantes de sua eficiência, mas sim do seu valor e percepção agregado socialmente (RODRIGUES, 2021). Ou seja, contradiz a concepção da escolha racional, pois uma instituição se perdura e se transforma a partir de sua autenticidade social, mesmo que ela seja ineficaz:

Em outros termos, as organizações adotam formas e práticas institucionais particulares porque elas têm um valor largamente reconhecido num ambiente cultural mais amplo. Em certos casos pode ocorrer que essas práticas sejam aberrantes quando relacionadas ao cumprimento dos objetivos oficiais da organização (HALL; TAYLOR, 2003, p. 211).

Compreende-se então que o institucionalismo sociológico enquanto método de análise diferencia-se dos demais nos dois aspectos principais comuns a todas as vertentes, isto é: como é a relação entre a instituição e o comportamento individual, e, como surgem e se transformam as instituições.

Para a análise teórica e comparativa desta tese foi desenvolvido a abordagem sociológica pois ela se mostra fundamental para a problematização, no momento em que oferece ferramentas teórico-metodológicas que explicam a mudança das formas sociais presentes na implementação das políticas públicas nos territórios, principalmente a política de saúde, objeto deste estudo e também por considerar que, assim como as semelhanças, as diferenças entre as abordagens não podem ser negligenciadas.

Conforme Hall; Taylor (2003), a dimensão cognitiva abarcada pela abordagem sociológica atualmente reconhece que as instituições sensibilizam os indivíduos e os formam através de recursos, espécies e modelos cognitivos que são fundamentais à ação humana, tanto para interpretar o mundo como também para se relacionar com outros atores sociais (HALL; TAYLOR, 2003). A partir desta dimensão, percebe-se mais claramente que, para a abordagem sociológica, o indivíduo nada mais é do que uma construção social, o qual forma não só suas escolhas estratégicas através das instituições, mas também as suas características mais íntimas. Neste ponto pode-se constatar a influência do construtivismo social sobre o neoinstitucionalismo sociológico.

Em numerosos casos, espera-se das instituições que ofereçam as condições mesmas da atribuição de significados na vida social. Segue-se que as instituições influenciam não apenas os cálculos estratégicos dos indivíduos, como sustentam os teóricos da escola da escolha racional, mas também suas preferências mais fundamentais. A identidade e a imagem de si dos atores sociais são elas mesmas vistas como sendo constituídas a partir das formas, imagens e signos institucionais fornecidos pela vida social (HALL; TAYLOR, 2003, p. 210).

Entretanto, o neoinstitucionalismo sociológico ainda é considerado entre os cientistas políticos como o que melhor atende a influência institucional na vida individual, já que consegue desenvolver, através da análise cultural, como é possível que o indivíduo aja de forma “irracional” ou não utilitária, e, além disso, consegue definir por quais vias as preferências e identidades individuais são criadas (HALL; TAYLOR, 2003).

Embora que as três vertentes possuem percepções distintas, destaca-se, em alguns casos, mais a construção histórica das instituições e sua atuação, em outros, mais a racionalidade implícita nas ações dos agentes e, em outros ainda, a cultura e as identidades próprias das discussões sociológicas. Essas questões não são excludentes e podem ser sobrepostas, intercambiadas e agrupadas nas pesquisas empíricas sobre as políticas públicas.

Dessa forma,

(...) o comportamento de um ator pode ser influenciado ao mesmo tempo pelas estratégias prováveis de outros atores e pela referência a um conjunto familiar de modelos morais e cognitivos, cada fator estando ligado à configuração das instituições existentes (HALL e TAYLOR, 2003, p. 220).

Considerando as diversas vertentes e enfoques analíticos, acredita-se que a visão do neoinstitucionalismo seja importante “(...) porque a luta pelo poder e por recursos entre grupos sociais é o cerne da formulação de políticas públicas” (SOUZA, 2006, p. 39). Nessa luta os atores e as instituições possuem papel predominante, embora não exclusivos, sobre a decisão de quais políticas serão efetivadas, para quem e em que condições, a depender das formas de ação coletiva e das possibilidades de resolver questões amplamente coletivas (sociais ou de classe).

Segundo Rocha (2005), o neoinstitucionalismo pode ser caracterizado por quatro pilares:

[...] a efetividade do Estado não depende apenas de seu ‘insulamento’, mas de como se dá sua inserção na sociedade; a necessidade de focar não apenas governos centrais, mas também os níveis de governo periféricos; a força do Estado e dos agentes sociais são contingentes a situações históricas concretas; e, finalmente, a relação Estado/sociedade não compõe um jogo de soma zero, implicando a possibilidade de que compartilhem os mesmos objetivos. (ROCHA, 2005, p.16).

Pereira (2014) destaca que a perspectiva neoinstitucionalista sugere a realização de análises no nível meso, onde se incluem as instituições influenciadoras que recebem influência dos atores sociais e políticos sendo importante que esses atores sejam analisados numa conjuntura institucional e estatal (PEREIRA, 2014). A análise de políticas públicas, através da abordagem neoinstitucionalista proporciona informações teórico-metodológicas que valorizam aspectos institucionais, históricos, econômicos e sociais condicionantes nos seus processos de formulação e implantação (MARQUES, 1997). Nessa discussão, as instituições têm um papel central e importante na conformação das ações dos atores e na sustentação das políticas pois incluem regras formais, procedimentos consentidos e práticas operacionais padronizadas que estruturam a relação entre indivíduos nas várias unidades da política e dos distintos territórios (PEREIRA, 2014).

Neste sentido, ainda Pereira (2014) enfatiza duas observações centrais na inter-relação

entre a análise de políticas públicas e o neoinstitucionalismo.

i) Reconhece que a ação do Estado (e das suas instituições) é dotada de sentido. Ou seja, é influenciada pela relação de forças que se estabelece entre burocracias estatais, partidos políticos, grupos de interesses e outras estruturas presentes no interior das instituições; *ii)* remete a ideia de a ação estatal é historicamente condicionada, destacando a análise da trajetória histórica das instituições e das políticas, uma vez que relacionadas à organização das instituições e de sua estrutura de poder trazem consequências para as políticas públicas (PEREIRA, 2014, p.158).

E desta forma, o contexto histórico de uma instituição ou uma política condiciona a definição dos interesses dos atores e a construção de suas relações de poder. Hall e Taylor (2003) também destacam que no contexto histórico, as instituições formam atores competentes em manter um conjunto de trâmites, dependendo da forma como as capacidades estatais e as políticas públicas se estruturam. Por exemplo, a abordagem do neoinstitucionalismo com base no aporte teórico-metodológico contribui para a análise da política pública de saúde como:

i) o percurso histórico das instituições e das políticas percebendo-os “como o conjunto de regras formais e informais que estruturam a relação entre os atores e os rumos da política” e que paralelamente obtém influência desses mesmos atores por meio da “atuação política do grupo do qual fazem parte e das estratégias que estabelecem na defesa de suas ideias”;

ii) o papel dos atores em instituições do governo e da sociedade é o que determina e condiciona o processo de decisão acerca da política pública reconhecendo que “sua atuação influencia e recebe influência do contexto institucional marcado por diversos interesses que se apresentam na disputa entre diferentes ideias e imagens acerca da política”. Em outras palavras, “existem ideias em disputa no contexto de configuração da política no interior das instituições” (PEREIRA, 2014, p.160). As consequências dessa disputa em relação ao destaque desses atores e das suas ideias é o que define os rumos da política pública.

A partir da concepção neoinstitucionalista, a implementação das políticas públicas passa nas últimas décadas, da simples execução de algo que foi determinado por outros para um novo entendimento no qual a implementação é vista como um processo de decisão e, conseqüentemente, os agentes que implementam as políticas se tornam também decisores pois permite também identificar os condicionantes internos e externos que implicam no desenvolvimento das políticas, servindo como insumo para novas formulações.

Desta forma, o objetivo central deste capítulo foi introduzir a discussão sobre o estudo e análise da política de saúde buscando elementos para o debate no que diz respeito ao papel do Estado e como principal contribuição possibilitar maior transparência e reflexão acerca do padrão político e decisório adotado pelos conselhos municipais de saúde na Macrorregião dos Vales, como se verá no próximo capítulo.

3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

As políticas públicas de saúde têm ocupado um lugar central na área da saúde coletiva. Dentre as suas características, destaca-se a capacidade de se constituir como um campo de produção do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, orientar as ações e a formulação das políticas de saúde.

Este capítulo permite avançar nesse conhecimento, a partir da reflexão sobre dois grandes temas: a trajetória histórica de construção da política de saúde no Brasil e a participação nos Conselhos Municipais de Saúde.

O primeiro tema traz para o debate o processo histórico de saúde no Brasil desde 1920 até o momento atual, perpassando pelo movimento da Reforma Sanitária e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado, o que foi incorporado pela Constituição Cidadã em 1988. Desta forma, com a formação da Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxeram em seu bojo os seus princípios e diretrizes principais entre os quais: *i*) a descentralização entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo; *ii*) a regionalização, onde os serviços devem ser organizados, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida; e *iii*) a participação da comunidade como garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local (BRASIL, 1990).

O segundo tema aborda a participação social e o controle social exercido por setores organizados da sociedade civil sobre o Estado por meio das instâncias institucionais participativas. No caso da política de saúde, esta participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde (BRASIL, 1990b).

Encerra-se o capítulo com uma retomada sobre regionalização e sua diretriz ao Sistema Único de Saúde, contando com a participação dos principais entes de atuação participativa dos serviços de saúde pública em todo o Brasil.

3.1 A trajetória histórica da política de saúde no Brasil

No Brasil, os estudos sobre a política pública indicam uma trajetória bastante recente, sendo esta uma área em consolidação e com escassa acumulação de conhecimento como aponta Dalfior *et al.*, (2015). A construção desta área de conhecimento está diretamente relacionada ao movimento de críticas à trajetória de consolidação das políticas públicas, que se incrementaram a partir da década de 1970.

No entanto, a saúde pública passou a ser uma prioridade política do governo brasileiro na década de 1920. O governo federal criou um programa de profilaxia rural, apoiado pela Fundação Rockefeller¹⁰ com a instalação de vários postos sanitários em áreas rurais do país¹¹. A agenda do saneamento rural foi iniciativa de um projeto político do Estado nacional para elevar a nacionalidade e liderado por influentes sanitaristas da época que contrapunham a ideologia do determinismo climático e genético como justificativa para o subdesenvolvimento no Brasil (ROLAND *et al.*, 2020).

Dalfior *et al.*, (2015) relata que na época, as organizações privadas e filantrópicas eram constituídas por provedores de serviços de atenção médica individual no Brasil. Neste modelo de atenção, o Estado priorizava os segmentos populacionais marginalizados ou que pudessem ameaçar a saúde pública, como os portadores de doenças mentais e infecciosas. O cuidado com esses indivíduos era assumido através da misericórdia (Santas Casas), enquanto a medicina liberal se ocupava com a atenção àqueles que podiam pagar. Naquele período, consolidaram-se os arranjos mútuos de provisão de serviços, que tiveram por início as comunidades de imigrantes ou sindicatos (DALFIOR *et al.*, 2015).

Na era Vargas, o governo federal, na perspectiva de um projeto desenvolvimentista e de

¹⁰ É uma fundação que foi criada nos Estados Unidos com o objetivo de promover, no exterior, o estímulo ao ensino e pesquisas em saúde pública pesquisas. Possuía características de associação beneficente e não-governamental utilizando recursos próprios para realizar suas ações em vários países do mundo, principalmente os subdesenvolvidos.

¹¹ Antes disso, pode-se observar que em 1808, quando a Corte portuguesa chegou ao Rio de Janeiro, criou-se as primeiras instâncias de saúde pública em terras brasileiras: a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor de Saúde. Após a independência do Brasil, em 1882, as ações de saúde pública e de regulamentação da medicina deixaram de ser responsabilidade de instituições ligadas à Coroa portuguesa ficando a cargo das câmaras municipais existentes nas diversas regiões do país. Atuando de forma descentralizada, os municípios acabaram agindo de acordo com os interesses e as necessidades locais definidos pela classe senhorial com ações, na maioria das vezes, à vacinação antivariólica em períodos de epidemias, tentativas de controle da entrada de escravos doentes nas cidades, expulsão das áreas urbanas de acometidos por doenças contagiosas, principalmente os leprosos, e a diversas medidas de purificação do ambiente de que a medicina do período fazia uso no combate às epidemias (SCOREL, MOREIRA, 2012).

fortalecimento do Estado nacional, incorporou novas alianças e atribuições usando como estratégia para a consecução desse projeto no Estado Novo, os trabalhadores organizados que foram institucionalizados como atores políticos (ROLAND *et al.*, 2020). Pois o Estado começou a custear o fortalecimento de um sistema previdenciário, ainda inicial, baseado em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que forneciam pensões por invalidez, aposentadoria e pensões, bem como assistência médica e funerária aos trabalhadores organizados segundo a categoria profissional, que ofereciam coberturas variadas de atenção à saúde individual (FALLETI, 2010).

Nas décadas de 30 e 40 foram instalados os alicerces para um sistema nacional de saúde corporativo tutelado pelo Estado cujos financiadores compreendiam os empregadores, os empregados e o Estado. O governo Vargas estruturou um modelo de atenção à saúde individual de base corporativa estatal que seria como um dos três principais pilares (junto com a Justiça do Trabalho e a Estrutura Sindical) da organização do Estado Corporativista. Foi a primeira forma de dependência de trajetória para as políticas de saúde nesse segmento e explica as oportunidades e dificuldades encontradas para a posterior implantação de um sistema nacional de base universalista (FALLETI, 2010; ROLAND *et al.*, 2020). Isto porque a alta desigualdade na provisão de serviços de saúde minou o sistema, tanto no que refere à qualidade quanto à variedade de serviços oferecidos por diferentes institutos, igualmente ao tange a disponibilidade de serviços disponíveis às populações de diferentes regiões do País, pois:

O sistema foi configurado de forma que os institutos pudessem fornecer a seus membros serviços médicos só depois de outras obrigações serem abastecidas. Dessa forma, os fundos com membros com altos índices de renda per capita e poucas reclamações de doenças e invalidez poderia sustentar melhor o esquema médico. Grande número desses trabalhadores frequentemente empregados em trabalhos insalubres e perigosos admitiram os piores sistemas de Saúde (FALLETI, 2010, p. 349).

Ao longo das décadas de 1950 e 1960 surgiram as primeiras empresas de medicina de grupo. Iniciaram a partir da visão empresarial empreendedora por alguns médicos que descobriram um novo método de mercado por empresas que estavam se estabelecendo no país e que se dispuseram a pagar por esses serviços. Não houve planejamento governamental para a evolução das empresas de medicina de grupo, porém, pelo fato da adesão da Previdência, o governo trouxe algumas dessas empresas para atuarem na prestação suplementar de serviços médicos a instituições previdenciárias (SCOREL, 2012).

Os sindicatos e corporações ampliaram a proteção social para novas camadas de trabalhadores até o golpe de 1964, quando estes foram afastados da arena política com

simultânea quebra do padrão corporativo estatal da prestação de serviços de saúde. Mas em 1967 o general Humberto de Alencar Castelo Branco (1964-1967) na tentativa de mudanças de trajetória na política de saúde unificou todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões IAP) em um único organismo, o Instituto Nacional de Previdência Social, INPS acabando com os benefícios diferenciados por categoria ocupacional e limitando assim, o poder político dos sindicatos, bem como substituiu seus presidentes e conselhos “políticos” por tecnocratas “apolíticos” (FALLETI, 2010, p. 350). Ao fazer isso, o regime militar diluiu um dos mais vitais pilares dos poderes institucionais do movimento sindical. Dessa forma, a Previdência centralizou os recursos direcionando-os para a compra de serviços privados de assistência médica estabelecendo relações diretas com os prestadores e produtores de insumos, já que os trabalhadores estavam afastados da condução das entidades sindicais, das decisões e dos rumos da política previdenciária (SCOREL, 2012). Entretanto, as desigualdades persistiram: os servidores públicos e funcionários militares ficavam em fundos separados que se caracterizavam pelos altos níveis de privilégios, e os pobres do setor informal da economia e os trabalhadores rurais mantiveram-se excluídos (FALLETI, 2010).

No governo Geisel, já na década de 1970, a política de saúde foi implementada de forma mais organizada e com abrangência de dois componentes principais: *i*) um processo de expansão da cobertura comprovado pela capitalização da saúde na compra de serviços ao setor privado e; *ii*) por programas como o Programa Nacional de Imunização (PNI), o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), projetos alternativos ao modelo predominante, comandados pelo novo Partido Sanitário¹² que questionava o modelo adotado para a saúde (SCOREL, 2012).

Com as Ações Integradas de Saúde (AIS), a atenção médica promoveu a universalização reforçando uma mútua dependência entre o provedor privado e o setor público. Medida esta que tiveram experiências isoladas em alguns estados e municípios. Esta forma de negociação no âmbito da saúde, nas décadas de 1970 e 1980 finalizou basicamente com dois elementos: o provedor empresarial privado com e sem fins de lucro; e o pagador Estado, representado pela forte burocracia centralizada que se tornou no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

O Estado estabeleceu uma outra linha de dependência de trajetória para as políticas públicas de saúde ao decidir pelo provimento privado como forma de viabilizar a

¹² A denominação “Partido Sanitário” refere-se a um conjunto de atores sociais e políticos que defendiam os princípios e as diretrizes que serviram de base para criação do SUS e que não chegaram a consolidar em um partido político como tal.

universalização, sem controlar desde o início um objetivo de atuação para essa iniciativa privada empresarial. E com isso, os alicerces de provisão privada foi consolidado passando a influenciar os futuros das políticas e do mercado de saúde.

Devido ao desenho institucional e organizacional instituído no regime militar, os antigos beneficiários dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) além de perderem a gestão sobre seu sistema de seguridade, passaram a ter que competir por acesso a serviços de saúde com uma base maior de usuários (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). Aos poucos, começaram a migrar para um subsistema eletivo de provisão de serviços de saúde. A incorporação desses antigos beneficiários proporcionou o crescimento das empresas de medicina de grupo e de outras formas de corporação empresarial para oferta de planos e seguros de saúde que lhes sucederam (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

Contudo, a partir da década de 1970, surgiram algumas alterações nas mudanças da condução da política de saúde desde a inserção de outros grupos populacionais (rurais, autônomos e domésticos) como beneficiários da previdência social até a criação de políticas específicas para o desenvolvimento de uma política de saúde mais abrangente, tais como: Em 1974 houve a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FADS) que encaminhou recursos para financiar programas sociais; também houve a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), com o objetivo de organizar as ações a serem implementadas através dos diversos ministérios da área social; a construção do Plano de Pronta Ação (PPA), que tinha por medida a viabilização da expansão da cobertura em saúde e iniciou uma clara tendência ao projeto de universalização da saúde; em 1975, aconteceu a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), considerado o primeiro modelo político de saúde de esfera nacional, que desenvolveu de modo ímpar um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo; em 1976, a viabilização do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – (PIASS) prolongou serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país configurando-se como a primeira medida de universalização do acesso à saúde; em 1977, houve a instituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), com dispositivos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a formação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social (VIANA, BAPTISTA, 2012, p. 80).

Ainda foi nesta década, devido à crise de legitimidade do Estado autoritário que os movimentos sociais tiveram a possibilidade de espaço para divulgação de propostas políticas

de caráter reformista, dentre elas a proposta de uma reforma sanitária. O modelo de política pública de saúde adotado pelo Brasil, de caráter extremamente excludente e desigual, “foi duramente criticado por profissionais e pesquisadores ligados ao setor saúde, pois era na saúde que mais se explicitava a situação de injustiça social” (VIANA, BAPTISTA, 2012, p. 80).

Somente com a Constituição Federal de 1988 que foram definidas legalmente uma política pública de saúde de caráter universal e não excludente, possibilitando a sua expansão em todo o território nacional. Assim como os princípios que viriam a servir de base para o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Importante antecipar parte de um relato de entrevista com um usuário de um dos conselhos municipais de saúde entrevistado.

Eu já tive uma convivência com saúde pública que eu posso te dizer, desde o tempo de que se você não tinha uma carteirinha carimbada dentro de 12 meses seria considerado como indigentes para ser atendido. Não tinha plano de saúde nem nada. Naquela época eram os fundos de pensões que existiam que eles pedem o dinheiro dos industriários e a ideia era vender para quem trabalhasse na indústria, lá na década de 50 e 60 já era assim. Quando resolveram construir Brasília com o dinheiro desse fundo de pensão, isso foi uma fonte muito gorda de dinheiro. Roubaram muito.

Depois estourou a revolução de 64, houve intervenção onde os militares tomaram o poder. Então, a saúde pública desde aquela época ela vem se redemoinhando que não tinha médico, atendimento era precário, muitas vezes o pessoal morria e nem sabia do quê. Na década de 70 e 80 começaram a mudar um pouquinho o sistema. Tinha o SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Providência Social, tinha posto, médico e ambulância, conforme o momento se o paciente tinha condições se deslocava até o posto de atendimento e aqueles que não tinham condições tinham um motorista, uma viatura e um médico que iam na casa do paciente, muitas vezes já removiam ao hospital. Entrando na década de 80 até 84, tentando mudar o perfil, aí já começou a aparecer outros médicos com outros perfis tentando abocanhar um pouco mais, que na época os médicos eram todos fazendeiros, alguma coisa nesse sentido. Andando essa história toda em 84 tinha uma questão de família, que daí já começou a cobrar as diferenças que eram permitidas. Se eu quisesse um atendimento mais qualificado eu daria um pouco pro médico, pro hospital, mas mesmo sendo atendido pelo sistema eu conseguia ser atendido. Aí teria um quartinho um pouco mais separado, sem ser aquele quarto que tinha 8 leitos pois até então, a saúde pública era para quem trabalhava com carteira assinada. Após 88, depois da Constituição, mudou toda a história, que o financiamento da saúde pública se daria através de dotação orçamentária. Esse bode arrecadatário cairia direto aos três pilares que seria a saúde, assistência social e previdência social. Dentro da arrecadação cai todo esse bolo e desde 88 seria para o financiamento da saúde, até os anos 90, ele por si só, foi viável. Isso mudou a partir de 88/89 quando criaram o novo sistema. Desde quando foram criados os conselhos de saúde com todas as prerrogativas, com poder de fiscalização e não era com poder de deliberação, isso foi depois. Muitos municípios não conseguiram se adequar a esse sistema, querendo tirar a comunidade de fora, tanto que aqui no município quando foi criado o primeiro presidente do conselho de saúde foi um médico [...]” (Conselheiro 1).

3.1.1 Reforma Sanitária Brasileira

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi desenhado num contexto de lutas de diferentes setores da sociedade brasileira contra o regime autoritário (1964 – 1985) e em favor de um

processo de democratização. Naquele contexto, a perspectiva de superar as contradições históricas presentes na saúde do País impulsionou um amplo movimento social que se tornou protagonista de uma nova política nacional de saúde.

Foi um período histórico de ruptura com o regime autoritário então vigente (período militar – 1964 – 1985) e de democratização do Estado brasileiro, no qual diferentes movimentos sociais protagonizaram o alargamento do espaço político. Organizaram-se para “expressar o desejo de integrar-se à outra esfera de poder, aquela que pertence à ordem da cidadania e dos direitos” (ARREAZA, 2014, p. 349).

Nesse contexto ganharam importância as visões que entendiam ser a saúde resultante das condições de vida da população influenciadas por fatores socioeconômicos tendo nas práticas em saúde as suas atenções voltadas à promoção da saúde e não somente para ações curativas (MENDES, 2011).

A dinâmica histórica de atuação social e política configurou-se em questões de grande significado na história política do país. Por um lado, a reivindicação por maior participação e maior controle sobre as ações do Estado que expressaram o interesse de ruptura em relação a formas tradicionais de organização social e política do passado. Por outro lado, impulsionaram a mobilização em favor da criação de novos espaços de participação, numa perspectiva de democratização e de descentralização do poder do Estado (FREITAS, 2015). Foi naquele contexto histórico que, ainda durante a segunda metade da década de 1980, mudanças institucionais importantes ocorreram no Estado brasileiro, numa direção de maior descentralização administrativa, de maior participação da sociedade e de maior democratização do processo decisório.

Mas foi também naquele processo histórico que, de forma lenta e irregular, a responsabilização do poder público como condutor das ações de saúde ganhou forças. A partir de propostas baseadas no perfil epidemiológico, da regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados, da valorização das atividades básicas, da garantia de referência e contra referência, da descentralização do processo de planejamento e administração (SCOREL, 2012).

Naquele contexto, uma participação fortemente articulada com grupos, organizações, instituições, movimentos sociais que atuaram em diversas mobilizações e lutas políticas se constituíram num Movimento pela Reforma Sanitária (MRS). Nele se envolveram intelectuais, lideranças políticas, lideranças populares e lideranças de movimentos sociais que atuaram na articulação interna do movimento e também ocuparam um espaço de

protagonista na discussão e na definição de pressupostos, de princípios, de ideais a partir dos quais foi sendo formatado um novo sistema de saúde para e no País (PAIM, 2012).

Sem esquecer, inclusive, que o Movimento Sanitário foi além de uma resposta à crise da saúde, foi também um movimento político, ideológico e social, que trouxe consigo a bandeira da democratização da própria sociedade brasileira. Confirmou-se, desse modo, como uma proposta, um projeto e um processo que ao recair sobre as relações de poder, transformar-se em um movimento político (PAIVA, TEIXEIRA, 2014). O movimento deu uma grande contribuição para o desenvolvimento dos princípios democráticos, além de ter apontado os novos preceitos para o desenvolvimento em relação à saúde como um reconhecimento e obrigação do Estado.

Desde o início, o movimento pela Reforma Sanitária teve sua ação pautada pelo questionamento de iniquidades da saúde e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, no movimento popular e em experiências regionais de organização de serviços. Compartilhando o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e por meio de algumas práticas políticas, ideológicas e teóricas, buscou a transformação da política de saúde no Brasil em favor da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (PAIM, 2012).

Escorel (2008) relaciona três vertentes como de grande importância na estruturação do movimento pela Reforma Sanitária. A primeira foi constituída pelo movimento estudantil e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que se caracterizaram por difundir a teoria da medicina social. A segunda foi integrada pelos movimentos médicos residentes e de renovação médica, distinguindo-se da vertente anterior por significar uma atuação política na arena concreta do mundo do trabalho. A terceira vertente foi constituída por profissionais das áreas de docência e de pesquisa, a academia, onde foi construído o referencial teórico do movimento e se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores desse marco dando suporte teórico às propostas transformadoras (ESCOREL, 2008, p. 69-70). Nesses e desses diferentes espaços de reflexão, de mobilização, de lutas, surgiram e se constituíram muitas lideranças que, a partir da própria inserção no movimento sanitário, assumiram a luta pela democratização da saúde e pela própria democratização da sociedade brasileira como uma causa de vida. Não somente como um espaço/tempo de articulação e de constituição de suas identidades sociais e políticas, mas, acima de tudo, como espaço/tempo de atuação ativa, com espírito de liderança, em defesa do sistema de saúde que se consolidaria com a criação do SUS (ESCOREL, 2008; PAIM, 2012).

Certamente, uma expressão muito importante daquele movimento em favor de um novo sistema de saúde para o País ficou simbolizado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986. Essa Conferência contou com a presença de mais de cinco mil delegados de diferentes organizações sociopolíticas, tais como: a Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), além de associações de profissionais da saúde e de um amplo movimento popular em saúde que aprovaram as bases do que viria a se constituir numa das principais conquistas sociais do período, o Sistema Único de Saúde (PAIM, 2012). Esse amplo processo social gerou um fato inédito e singular: a apresentação de texto para a Assembléia Nacional Constituinte (ANC), que consagrava a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de uma emenda popular com mais de cem mil assinaturas¹³. Assim, a participação da sociedade revela-se componente essencial, inerente ao processo da reforma sanitária e sua marca emblemática (BRASIL, 2007).

A reforma do sistema de saúde brasileiro, nos anos 80, foi marcada pela preocupação com a criação de mecanismos de participação social que pudessem contribuir com mudanças na política nacional de saúde e envolvessem diversos setores da sociedade. Deste modo, como parte desta nova institucionalidade do setor saúde, a participação da comunidade nas ações e serviços públicos foi incorporada como diretriz constitucional em 1988. Criou-se um novo desenho político institucional orientado pela participação da população e implementado posteriormente pelo Sistema Único de Saúde - SUS (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Em relação ao SUS, enquanto Política Pública de Saúde, a Constituição de 1988 já havia incorporado conceitos, princípios e diretrizes no setor que estavam vinculados ao movimento pela Reforma Sanitária iniciado na década de 1970 (ESCOREL, 2012; PAIVA, TEIXEIRA, 2014). As questões sociais e a construção democrática da política abriram espaço para a valorização da saúde coletiva, onde a saúde passou a ser considerada como resultado da forma de produção social e não apenas como o estado de ausência da doença.

Entretanto, o período que antecedeu ao processo constituinte foi muito importante para a dinâmica da participação social que a Constituição Federal de 1988 institucionalizou no campo da saúde.

¹³ Alexsandro M. Medeiros. Políticas públicas de saúde. <https://www.sabedoriapolitica.com.br/ci%C3%AAncia-politica/politicas-publicas/saude/>

3.1.2 Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios

Como resultado deste processo histórico, a Constituição Federal afirmou outras configurações de gestão das políticas públicas, tais como a tomada de decisão descentralizada, a maior interação entre governo e sociedade civil, o reconhecimento de direitos sociais e a abertura de espaços públicos para a participação da sociedade. Desde então, as políticas públicas foram as mediações nas ações da administração pública com a utilização de métodos e normas para estabelecer relações estratégicas entre administração pública e sociedade, entre Estado e atores sociais (ESCOREL, 2012).

Destaca-se que, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, foi legitimado um novo formato institucional na construção de políticas públicas de saúde no Brasil, que não somente integrou as diferentes escalas de atuação estatal (nacional, estadual, regional, municipal), mas também garantiu maior participação da sociedade (CORTES, 2014b). A Constituição assegura entre os seus princípios e diretrizes, “a participação da população por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis” (Art. 204). Com isso, foram estabelecidos mecanismos de controle social pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS. Outro ponto que merece destaque é que as ações e os serviços de saúde são definidos como de relevância pública (BRASIL, 1990a).

A partir da década de 1990, a lei 8080/90 que criou a política de saúde no país, regulamentou alguns princípios fundamentais como a “universalidade”, a “equidade” e a “integralidade da atenção à saúde”. Foram pressupostos básicos norteadores e que serviram de base aos processos de organização do SUS, pelos quais o Estado brasileiro se comprometeu com um sistema público de atenção integral, com o acesso universal e gratuito às ações e serviços de saúde.

UNIVERSALIDADE – É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

EQÜIDADE – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

INTEGRALIDADE - É o reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um

sistema capaz de prestar assistência integral. Enfim: “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral [...] (BRASIL, 1990a, p. 4-5).

A carta constitucional já afirmava que o Sistema Único de Saúde – SUS seria organizado de acordo com as diretrizes dispostas no artigo 198 daquela constituição. No entanto, em sua criação, o SUS regulamentou estratégias e dinâmicas que orientaram as suas normas enquanto diretrizes, sendo que a descentralização, a regionalização e hierarquização, bem como a participação social são as que mais se articulam aos princípios do SUS (BRASIL, 1990a).

Elas constituem, de outra forma, os nortes para a organização e o funcionamento do sistema de saúde afirmando os direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático humanista e federalista que caracteriza a sua materialização. São as diretrizes que afirmam a exigência de que, quando um cidadão busca o atendimento, o serviço apropriado esteja habilitado para atendê-lo em toda a sua competência, quais sejam:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- III – Participação da comunidade (BRASIL, 1990a, p. 5).

Essas diretrizes foram defendidas ainda pelo movimento da reforma sanitária e tornaram-se fortes influências para a conformação de saúde brasileira, sendo importante para este estudo uma breve discussão sobre cada uma delas.

3.1.2.1 Descentralização com direção única em cada esfera de governo

Com a promulgação da Constituição Federal, foi dado os primeiros passos de revisão do pacto federativo com algumas alterações da ordem anterior em uma tentativa de balancear a federação com a criação do novo Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), partilhado com os municípios, e o aumento dos valores distribuídos aos Fundos de participação dos Estados (FPE) e municípios (FPM). Outra alteração foi a expansão da oferta de direitos sociais, em resposta à ausência de um estado de bem-estar social e à questão da desigualdade de renda. E também a indicação de descentralização de gastos com saúde e educação (LOPREATO, 2020).

Com isso, foi estabelecido um modelo inovador de descentralização que se constituiu num instrumento de expansão da lógica democrática, pois possibilitou a criação de novas instâncias de negociação. Esta nova organização supõe novas relações entre instituições nacionais, regionais e municipais, públicas ou privadas, para resolver os problemas da

população brasileira. Em um processo que, a partir de então, se instaurou em vários setores públicos no Brasil, um novo modelo de política pública, em oposição ao modelo até então dominante, centralizado, burocratizado e excludente (ESCOREL, 2012).

A descentralização com direção única em cada esfera de governo dotado de autonomia e com vastas responsabilidades na gestão de políticas públicas foi uma importante diretriz num contexto de redemocratização durante a década de 1990. Configurou-se como um mecanismo pertinente para transferência de poder decisório em favor dos Estados e Municípios compartilhando com a União a gestão do sistema de saúde. De igual forma, das responsabilidades de gestão e de recursos financeiros da União para os entes federativos com foco na municipalização pressupondo o estabelecimento de novas competências para os entes federados envolvidos e a configuração de novas estruturas administrativas (BRASIL, 2006).

Mendes (2011) afirma que o SUS trouxe os municípios para o processo decisório da política de saúde, uma vez que as decisões eram tomadas entre Governo Federal e Secretarias de Estado de Saúde (SES). Esse processo permitiu a ampliação do acesso e aumento do alcance de inclusão da política de saúde, além de maior vínculo com as necessidades de saúde da população. Considerando que é nos Municípios e nos Estados que as ações acontecem viabilizando desta forma que o investimento dos recursos seja orientado e as ações apresentem resultados mais expressivos na esfera local/regional. Dessa maneira, o movimento democrático abrange a descentralização como componente essencial à democratização do país (MENDES, 2011). A descentralização em interface com a democracia dá-se pela intensidade de poder conferida às unidades da federação através da constituição pela oferta de políticas e transferência da maior parte do orçamento aos Estados.

Mendes (2011) destaca também que o debate entre centralização e descentralização vem de longas datas não podendo ser tratado separadamente nem no sentido histórico e nem no sentido político, sob o risco da discussão de cunho técnico ou ideológico ser reduzida (MENDES, 2011). Esta diretriz é importante, pois ela se apresenta tanto como uma estratégia de constituição de um Estado federativo, quanto uma estratégia de organização do sistema de saúde. A descentralização traz diferentes abordagens, podendo ser classificada como descentralização política, descentralização administrativa, descentralização de serviços, entre outros. No SUS, conforme Mendes (2011), ela apresenta a concepção de um Estado federativo fiel a princípios constitucionais que devem ser assegurados e exercidos em cada esfera de governo correspondendo a distribuição de poder político, de responsabilidades e de

recursos da esfera federal para a estadual e municipal (MENDES, 2011).

Nestes termos, segundo Almeida (2013), a legislação do SUS estabelece uma base sustentada na autonomia gestora com responsabilidade planejada e fundamentada em princípios descentralizadores. Sobretudo, com efeito resultante de permanente processo de negociação e cooperação entre os gestores, na lógica do Estado federativo formado por entes autônomos, indissociáveis em suas relações de interdependência (ALMEIDA, 2013).

Entretanto, as relações intergovernamentais são complexas. Na área da saúde elas se desenvolvem ao ritmo da cultura cooperativa de cada estado federado. Enquanto alguns estados procuram integrar seus municípios e promover negociações ou parcerias técnico-financeiras, outros estados competem com seus municípios na gestão direta dos serviços de saúde que implicam na concessão de recursos financeiros adicionais. São descompassos desafiadores das relações intergovernamentais brasileiras.

Visando aprimorar a estratégia de descentralização até então executada, em meados da década de 1990, com base no modelo federativo brasileiro, foram instituídos espaços para a gestão colegiada em cada uma das esferas do governo na organização e operacionalização do SUS, bem como o papel e as responsabilidades foram definidas pela legislação do SUS por meio das Comissões Intergestores. Essa década foi marcada pela implementação gradativa dos preceitos constitucionais regulamentados, principalmente, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS). As NOB-SUS especificam, de forma genérica e abrangente, o processo de descentralização e estabelecem as condições e estratégias necessárias para que os estados e municípios assumam suas responsabilidades perante o processo de implantação e consolidação do SUS (BRASIL, 1996).

Nessa perspectiva, a Norma Operacional Básica de 07 de janeiro de 1991 (NOB 01/91) ainda que de forma incipiente, apoiava a descentralização e a municipalização, através dos consórcios administrativos entre os municípios. Entretanto, o fato dos repasses financeiros estarem condicionados à produção e não às necessidades populacionais representaram um retrocesso (BRASIL, 1991). Posteriormente, a NOB/93 buscou normatizar e regulamentar a descentralização governamental das ações e serviços de saúde com a classificação das formas de gestão municipal em incipiente, parcial e semiplena, a fim de propor a autonomia dos três entes federados. As normas definiram as competências tributárias e estimularam a descentralização política e administrativa, proporcionando aos municípios poderes similares ao dos estados e da União (BRASIL, 1993).

A descentralização foi fortalecida com a NOB/96. Por exemplo, essa norma tinha como objetivo atender às diversas necessidades das gestões do SUS. E não só estabelece as funções e responsabilidades de cada esfera de governo como determina o desenho de reorientação do modelo assistencial brasileiro, ao tempo em que aprimora a gestão do SUS (BRASIL, 1996). Esta NOB indica a reordenação do modelo de atenção à saúde, e sua redefinição:

- a. os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante a direção única; os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- b. os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- c. a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- d. os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social (Brasil, 1996, p. 7).

Em cada NOB, novas formas de relação entre os gestores foram sendo introduzidas e, com elas, novos formatos de alocação de recursos no setor. A descentralização da política da saúde foi acontecendo gradativamente, assim como a descentralização do seu financiamento. A cada novo passo do SUS, uma nova forma de participação dos entes subnacionais e uma nova forma de transferência de receita da União era introduzida para eles.

Ressalta-se que a descentralização, neste sentido é uma diretriz respaldada pela lei de criação do SUS e que busca fortalecer o federalismo político expresso na Constituição de 1988 (DOURADO, ELIAS, 2011). Diferente, portanto, da descentralização política proposta por ideais neoliberais preconizadas pela redução do papel do Estado, a terceirização de serviços e atividades de origem estatais para a iniciativa privada, como a saúde e a educação, e a desconcentração do poder regulatório do Estado a favor das leis de mercado.

Abramo e Licio (2020) colocam que inicialmente, a descentralização fiscal prescrita pela CF/1988 teve como decorrência uma capacidade de gasto do governo federal limitada. Desde então, os municípios puderam contar com, além da autonomia fiscal, também a autonomia política. Estudos sobre descentralização apontam que o desempenho do governo central é fundamental para que garanta a coordenação e supere as desigualdades sociais e regionais (ABRAMO, LICIO, 2020). Esse curso no processo de descentralização aconteceu de forma geral nas políticas sociais brasileiras a partir, sobretudo, dos anos 2000 (LOTTA *et al.*, 2014). Segundo Oliveira e Lotta (2015), a expansão da coordenação federativa une-se a dois

fenômenos: o primeiro é a confirmação de que a maior parte dos municípios assumem a função constitucional de implementação das políticas públicas com a oferta de serviços universais de qualidade; o segundo refere-se a finalidade de promoção da equidade e de enfrentamento às diferenças, que exige uma maior coordenação central (OLIVEIRA, LOTTA, 2015). Assim, a procura por formas mais eficazes para enfrentar as desigualdades e construir níveis mais homogêneos de políticas públicas confirmou-se a necessidade de coordenação federativa e, posteriormente, o papel do governo central, impondo a revisão dos arranjos e instrumentos de coordenação.

Na virada dos anos 2000, o processo de descentralização foi re-significado com destaque à lógica regional que reafirmou a importância das Secretarias Estaduais de Saúde na coordenação dos sistemas estaduais e regionais de saúde, impulsionando a regionalização como estratégia para a descentralização das ações e serviços de saúde. Entretanto, essas decisões se mostraram ineficazes para alterar de forma qualitativa o processo de formação das regiões de saúde tendo em vista que não contemplaram a dimensão da complexidade da gestão regional num contexto de diversidade e heterogeneidade dos territórios (BRASIL, 2002; VIANA *et al.*, 2015).

As normas operacionais foram responsáveis por impelir e incentivar o processo de descentralização, porém o rigor e a descrição excessiva desses instrumentos representaram limitações à operacionalização da descentralização mediante uma pactuação que considerasse a realidade locorregional e a assimetria dos municípios brasileiros (VIANA *et al.*, 2015). Porém, o principal problema da descentralização ao longo da redemocratização, conforme Arretche (2012), esteve ligado ao padrão de relações intergovernamentais predominantes caracterizado por aspectos predatórios, resultantes da competição que predominava nas relações dos estados com a União e deles entre si. A autora fala ainda que outra limitação diz respeito ao federalismo compartimentalizado, no qual cada nível de governo realiza uma função específica, o que gera um jogo de empurra entre as esferas de governo (ARRETICHE, 2012).

A mudança deste cenário só aconteceu na segunda metade da década de 1990, dentre outros fatores, por intermédio da estabilização econômica, desvinculação dos gastos, transferências da União e o aumento das contribuições sociais (ABRAMO, LICIO, 2020).

Arretche (2012) avalia que, com esse procedimento, a União assegurou para si recursos que estavam voltados para a área social, além de reaver parte das receitas perdidas na partilha fiscal feita pela CF/1988. A partir de então a União foi aos poucos determinando seu papel

condutor na implementação da descentralização das políticas públicas e sociais buscando a colaboração de estados e municípios para com os seus objetivos de reforma.

Portanto, no que diz respeito à implementação, gestão e execução da política de saúde, conforme Viana *et al.*, (2015), com o processo de centralização “novos e diferentes atores passaram a ter centralidade na política” (VIANA *et al.*, 2015, p. 14). Buscando corrigir aquilo que torna o sistema menos eficiente procuraram enfrentar esses aspectos de forma organizada e regulada por mecanismos e estratégias estabelecidas por instâncias de representação intergestores como as Comissões Intergestores (CI), criando os espaços de representação federativa com poder de deliberação e pactuação. Estas instâncias buscaram efetivar a redistribuição do poder, na redefinição de papéis e relações através do consenso, diálogo e cooperação, induzindo a reformulação de práticas e processos de trabalho aliando negociações técnicas e políticas (BRASIL, 2006). Também realizaram o monitoramento, e a pactuação política e administrativa nas três esferas de governo. São instâncias de representação:

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);
 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
 Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que estabelece pactos entre os municípios com a coordenação da gestão estadual;
 Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que estabelece pactos entre representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems (Brasil, 1996, p. 9,14)
 Comissão Intergestores Regionais (CIR) que está vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e que opera as decisões pactuadas na CIB (BRASIL, 2006).

As Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite foram instituídas no início dos anos 90 e reconhecidas através da Lei nº 12.466/2011 como fóruns de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do SUS. São instâncias de pactuação da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde podem ser representados pelo CONASS, pelo CONASEMS e pelos Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). A Comissão Intergestora Tripartite – CIT é a instância de negociação e pactuação entre os gestores da saúde dos entes federativos para a operacionalização das políticas de saúde no âmbito do SUS vinculando-se ao Ministério da Saúde para efeito de apoio administrativo e operacional (CONASS, 2011).

No Estado do Rio Grande do Sul, a Comissão Intergestora Bipartite - CIB foi instituída pela Portaria SES/RS nº 09 de 1993, e constitui-se em instância colegiada de pactuação consensual, com caráter deliberativo para definição de regras da gestão compartilhada do SUS (CIB/RS, 1993).

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) representam um espaço onde Estado e

municípios debatem e definem o planejamento regional e a organização da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Apesar de todos os mecanismos de poderes de decisão delegado aos Estados e Municípios, o papel da União na indução de políticas e organização do modelo de atenção, por meio, principalmente, de incentivos financeiros, tem concentrado poder e decisão nessa esfera de governo.

Importante destacar ainda que o processo de descentralização tem provocado um crescente interesse na definição da organização dos serviços com estratégias de mudança nos modelos de atenção à saúde, considerando os territórios, suas necessidades locais e regionais. Os municípios avançaram na liberdade de promover mudanças no modelo buscando dar conta de suas responsabilidades sanitárias na composição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na construção do SUS (BRASIL, 2006).

A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde da população é da gestão municipal e o financiamento das três esferas de governo (federal, estadual e municipal). As ações de atenção básica são aquelas dirigidas às populações de territórios bem delimitados, com o uso de tecnologias de elevada até baixa densidades, que resolvam os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

A atenção básica engloba um conjunto de ações tanto de caráter individual quanto coletivo, e envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Neste nível de atenção à saúde, o atendimento aos usuários segue uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças (BRASIL, 2005; BRASIL, 2017).

A atenção básica é o primeiro e o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS, sendo realizado pelas especialidades básicas da saúde: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, saúde bucal e as emergências referentes a essas áreas.

No ano de 1994, surgiu formalmente no Brasil um modelo de atenção básica à saúde com foco de trabalho na unidade familiar denominado de Programa Saúde da Família (PSF), e que em 2006 deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente por que programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ideia é que este modelo funcione como estratégico para reorganizar a rede de assistência à saúde, buscando ampliar o acesso da população brasileira aos serviços e ações básicas através da

descentralização da atenção a territórios delimitados. Seu processo de trabalho é diferenciado e com ênfase na atenção integral à saúde nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Segundo o Ministério da Saúde, a ESF funciona também como uma estratégia para consolidar as doutrinas do SUS: universalidade, equidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2017).

Com a implantação e o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família nos municípios brasileiros tem-se observado que o modelo proposto tem contribuído para a estruturação da rede de atenção básica e a reorganização dos sistemas locais de saúde. Este modelo apresenta-se como uma estratégia para a consolidação dos serviços básicos, e está centrado numa visão de saúde como qualidade de vida e cidadania.

O Sistema único de Saúde, enquanto política pública constituiu um marco ou linha de orientação para a ação pública, sob a responsabilidade de uma autoridade pública sob o controle democrático da sociedade. Visa concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e previstos nas leis. Ou, em outros termos, “os direitos declarados e garantidos nas leis só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas correspondentes ao tema do direito, as quais, por sua vez, operacionalizam-se por meio de programas, projetos e serviços (PEREIRA, 2010, p.223).

O SUS tem se mostrado como uma política nacional descentralizada, fortaleceu o papel e a autonomia dos níveis locais ampliando as possibilidades de controle democrático das ações e serviços oferecidos.

Entretanto, o papel dos estados na gestão do processo de municipalização tem-se tornado mais burocrático que aglutinador de estratégias de negociação e fortalecimento por meio de pactos e convênios que fortaleçam a rede de ações e serviços de seus municípios (CONASS, 2011). E os problemas mais frequentes, referentes à ação do Governo Federal nesse processo, conforme Müller Neto (2010) estão relacionados a:

Fragmentação institucional na administração federal das políticas nacionais e a falta de monitoramento e avaliação das mesmas; dificuldades logísticas na operacionalização das políticas nacionais no âmbito local; recentralização tributária e exigência de condições para a transferência de recursos financeiros aos governos subnacionais; excessiva concentração do poder de normalização e financeiro, restringindo a efetiva transferência de autonomia decisória aos estados e municípios. Portanto, além dos constrangimentos da política macroeconômica deve-se considerar as dificuldades decorrentes da amplitude, diversidade e complexidade política e operacional para a implementação das políticas sociais (MÜLLER NETO, 2010, p. 101).

A descentralização, pensada como meio de avançar a equidade federativa em 1988, “percorreu outro caminho”, de acordo com Lopreato (2020).

Os diferentes programas de gastos subordinaram-se aos (...) governos subnacionais, perderam autonomia na condução de política própria, sobretudo os municípios, transformados em caudatários, dependentes (...) das condições de articulação com a esfera federal (LOPREATO, 2020, p. 27).

Desta forma, o autor considera que a descentralização das políticas públicas ao mesmo tempo que ganhou destaque, perdeu autonomia ficando subordinada à regras e formas de aplicação de recursos “emanadas do centro” (LOPREATO, 2020, p. 30).

Com isso, a regionalização surgiu como alternativa para o desenho das políticas públicas, de um modo geral, e em específico, para a organização dos sistemas de saúde, visto ser o Brasil um país extremamente desigual do ponto de vista econômico, social e territorial (ARRETCHE, 2015). Consiste numa estratégia com dimensão técnica, política e administrativa, para a construção de espaço político do debate decisório regional, e de organização dos serviços de saúde de maneira descentralizada, num espaço geográfico delimitado, com definições das necessidades da população atendida (LIMA *et al.*, 2012).

3.1.2.2 Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde

Conforme Albuquerque (2013), são três as fases recentes do processo de regionalização desde 2001 até os dias atuais: *i*) a etapa da regionalização técnica-normativa (NOAS, de 2001 à 2005); *ii*) a etapa da regionalização viva (Pacto pela Saúde, de 2006 à 2010); e *iii*) a etapa da regionalização contratualizada (Decreto 7.508, até os dias atuais 2011; ALBUQUERQUE, 2013).

Em outra análise mais recente, Viana *et al.*, (2017) definem outras três fases do processo de regionalização desde 2006 até os dias atuais: *i*) o período de desenvolvimento regional e superávit fiscal (2006 à 2014); *ii*) o período fiscal e mudança na política econômica (2015 e 2016); e *iii*) o período de ruptura institucional, crise fiscal e crise econômica (a partir de 2016) (VIANA *et al.* 2017). Embora esta seja uma análise mais recente, o presente estudo tem como base a referência de Albuquerque (2013).

Para Viana e Lima (2011), o processo de regionalização em saúde está vinculado à capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde, assim como à distribuição de poder e relações estabelecidas entre governos, organizações públicas, privadas e cidadã demandando uma participação de atores em complexas relações sociais devendo efetivar uma gestão solidária e cooperativa (VIANA; LIMA, 2011).

A lei 8.080/90, que dispõe sobre a regionalização e hierarquização da rede de serviços, diz respeito a uma organização do sistema que ressalta a noção de território onde são

determinados os perfis populacionais, os indicadores epidemiológicos, as condições de vida e o suporte social que norteia as ações e serviços de saúde de uma região.

Neste sentido, o processo de regionalização possui um alto nível de complexidade devido à instauração de uma rede homogênea de serviços e interposições diante de uma ampla heterogeneidade territorial e em virtude do reconhecimento do compromisso público com a necessidade de participação e envolvimento da sociedade civil e dos diversos agentes que integram o sistema de saúde no território (VIANA; LIMA, 2011). Para as autoras, existem grandes conflitos entre regionalização e as diretrizes da descentralização, e como esta se realizou no Brasil. Isso se deve ao fato da regionalização possuir natureza complementar e se configurar a partir de elementos de diferenciação e diversidade territorial, ao passo que a descentralização se constitui de maneira finalística, não complementar pela redistribuição de responsabilidades e recursos para unidades político-territoriais específicos (VIANA; LIMA, 2011).

Essa percepção aproxima a gestão municipal dos problemas de saúde e das condições de vida das pessoas que estão presentes nos distritos ou regiões que compõem o município, entendendo que quanto mais perto da população, maior será a capacidade de o sistema identificar as necessidades de saúde e gerar uma proposta de gestão de acesso e serviços para a população.

A regionalização é norteada pela hierarquização dos níveis de complexidade atribuída pelas necessidades de saúde das pessoas. A Rede de ações e serviços de saúde (RASS) orientada pelo princípio da integralidade, organiza os processos de ações de promoção e de prevenção e também de ações de maior complexidade, como recursos diagnósticos, internação e cirurgias. Desta forma, a organização do sistema requer uma rede de serviços que extrapole os limites do município, sendo necessário firmar convênios com outros municípios para atender as demandas de saúde de seus cidadãos. E assim, a descentralização, através de suas instâncias de pactuação, como a CIB participam na constituição dessa rede e no estabelecimento das estratégias de referência e contra referências intermunicipais (CONASS, 2011).

A hierarquização, que é definida como a organização da rede de serviços por nível de complexidade, chama a atenção para uma dicotomia que está presente no processo de trabalho em saúde, entre trabalho simples e trabalho complexo. Pois, supor que as atividades que abrangem a atenção primária a saúde possuem um nível de complexidade menor que outras atividades de âmbito hospitalar é reproduzir uma divisão social e técnica do conhecimento que

obedece a racionalidade biomédica e a reprodução da divisão social do trabalho (CONASS, 2011). Dessa forma, a hierarquização no sentido de reconhecer a complexidade do processo de trabalho em saúde em seus diversos ambientes, estabelece fluxos necessários de organização e orientação da rede de serviços presentes no SUS orientadas pelo princípio da integralidade.

Mesmo com a criação das normas anteriores, o problema de articulação entre os municípios persistiu, e o processo de regionalização não se consolidou como estratégia de hierarquização de saúde. Visando solucionar essa questão, o Ministério da Saúde a partir da década de 2000, pela regionalização efetivou a criação de regiões de saúde, com a apresentação em documentos oficiais, com o estabelecimento de pactos intergovernamentais para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade. Nessa direção, foi instituído um conjunto de normas, leis e de portarias estabelecendo regras e métodos desse processo em todo o território nacional (CONASS, 2011).

Cabe ressaltar, nesse sentido de grande importância para a estruturação e consolidação do SUS, dois documentos que se apresentaram como relevantes. Trata-se do Pacto pela Saúde de 2006, divulgado pelo Ministério da Saúde, mais especificamente, através das “Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS” e do Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080). Ambos documentos tratam de temas que dizem respeito à organização e funcionamento administrativo-sanitário do SUS, assentada na regionalização e hierarquização dos serviços.

a) Pacto pela Saúde: consolidação do SUS

A Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 ganhou destaque no cenário nacional com a implantação do Pacto pela Saúde, passando a ser considerada como um importante eixo para a gestão do SUS (LIMA *et al.* 2012). Seu objetivo era atender as contínuas necessidades da população brasileira aos princípios constitucionais e articular as diferentes esferas de governo (MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

O Pacto pela saúde produziu mudanças significativas na política pública de saúde, essenciais para sua consolidação após quase vinte anos de implantação do SUS. Alguns aspectos foram introduzidos e destacados de modo a demonstrar os novos desafios postos para o Sistema de Saúde, a exemplo do comprometimento com as especificidades regionais e a superação das desigualdades regionais (BRASIL, 2006).

A partir de um conjunto de documentos oficiais, se pode afirmar que a regionalização

é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e de pactuação entre os gestores. Essa direção está presente na própria definição de regionalização adotada pelo Ministério da Saúde, dessa forma definida:

São recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local (BRASIL, 2006, p.23).

Com a definição do processo de regionalização enquanto uma estratégia de oferta dos serviços à população, o Ministério da Saúde direcionou aos Governos Estaduais a tarefa de, com a participação dos municípios e a aprovação dos Conselhos Estaduais de Saúde, desenvolverem e implantarem seus Planos Diretores de Regionalização (PDR)¹⁴, com encaminhamento ao Ministério da Saúde. Os planos a serem desenvolvidos deveriam garantir:

O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas. O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais (BRASIL, 2001).

Desta forma, a pactuação do SUS mudou radicalmente quando rompeu com os pactos realizados por meio de normas operacionais (Normas Operacionais Básicas – NOB e Norma Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS), que visavam à operacionalização do sistema. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) iniciaram o desempenho de um papel importante, pois tiveram o compromisso de revisar as necessidades e as condições de saúde da população, propondo metas que retratassem a realidade de cada Estado (CONASS, 2011).

Com a discussão gerada pelo Pacto pela Saúde (e seus componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão), ocorreram avanços significativos na implementação da Política de Saúde.

O Pacto pela Vida destacou a adoção de compromissos sanitários e de prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais de forma solidária, respeitando compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

¹⁴ Instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e região, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS, destacou-se pelo projeto permanente de mobilização social para a defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde com a finalidade, entre outras, de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como um sistema público e universal (CONASS, 2011, p.64).

O Pacto de Gestão destacou os avanços no processo de descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, tendo como eixo estruturante a regionalização e a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas nas regiões sanitárias, para o financiamento, para a programação pactuada e integrada, para a regulação, o planejamento, a participação e o controle social (CONASS, 2011).

Desta forma, o pacto pela saúde está estruturado de modo a contemplar a análise de diferentes questões relacionadas à regionalização das políticas de saúde e estabelece os caminhos para a sua implementação (BRASIL, 2007).

No que diz respeito a regionalização, este “Pacto” indica um conjunto de objetivos apresentados como estratégicos para qualificar o SUS e para a efetivação de relações intergestores mais “solidárias e cooperativas” (BRASIL, 2007, p. 19). Nesta direção, ele promove inovações quanto ao processo aos compromissos e instrumentos regionais de gestão, pois estimula a cooperação intergovernamental e representa uma inflexão na forma de atuação do governo federal (ALBUQUERQUE, 2013). Ao estabelecer a regionalização como um de seus eixos estruturantes conseguiu ampliar a visão para além da assistência, com a organização de sistemas regionais de saúde (BRASIL, 2006). A constituição das RAS, prevista no Pacto, é tida por meio de acordos entre os gestores envolvidos para estabelecimento das responsabilidades compartilhadas (KEHERIG, SOUZA, SCATENA, 2015).

Além disso, “o Pacto pela Saúde inicia uma nova fase da regionalização – a ‘regionalização viva’ – ao procurar trazer os conteúdos do território para dentro da lógica do sistema de saúde buscando maior coerência na sua organização” E “a dimensão territorial no planejamento em saúde ganhou nova percepção, menos normativa e mais política (...)” (ALBUQUERQUE, 2013, p. 115,122).

Em outro momento, os autores Albuquerque, Mello e Iozzi (2011) argumentaram que “O avanço do processo de regionalização também pode ser um elemento de grande importância para o enfrentamento do ‘federalismo competitivo’ instaurado no Brasil” (p. 171). Isso por que, a partir da publicação do Pacto pela Saúde, “(...) a regionalização deixa de ser um processo estritamente técnico para se consagrar como um processo essencialmente político” (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011, p. 164).

Segundo Lima e Viana (2011), o Pacto pela Saúde representa um marco político no processo de descentralização, não só por ter como foco a regionalização, mas por se voltar para a relação cooperativa entre as esferas de governo na condução da política de saúde e na implantação do SUS. Na mesma linha de argumento, Dourado e Elias (2011) defendem que é necessário criar “figuras regionais como instâncias administrativas não coincidentes com os entes federados”, cuja função é o “estabelecimento de mecanismos de cooperação e coordenação federativa”, dado que o federalismo brasileiro, geral e sanitário promove a autonomia dos três níveis de governo (DOURADO, ELIAS 2011, p. 2). Segundo os autores, o CNS e a CIT aprovaram um “pacto de gestão” que determinava as normas segundo as quais deveria acontecer a cooperação entre os três níveis de governo: o Pacto pela Saúde.

Portanto, o conceito que envolve a questão federativa, a gestão e o planejamento do SUS nesta nova etapa da regionalização é o de governança regional, que é constituída por instituições, tais como a SES e a CIB. Para elaborar esse processo foi instituído o Colegiado de Gestão Regional (CGR), um dos mecanismos que permite a qualificação do processo de regionalização.

Este colegiado configura-se como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, formado entre os gestores da região e da representação do gestor estadual que deve exercer um papel organizador e coordenador do processo e considerado por Dourado e Elias (2011), como a maior inovação trazida pelo Pacto pela Saúde. Eles consideram os CGRs como “instâncias que institucionalizam o relacionamento horizontal entre os governos municipais e o emprego dos processos decisórios compartilhados para a definição das políticas de saúde de abrangência regional” (DOURADO, ELIAS, 2011, p.209). Pois seriam eles, instrumentos políticos que representando uma proposta de equilíbrio nas negociações entre os governos locais (relação horizontal) e indução pelo ente central (relação vertical).

A partir do Pacto pela Saúde, houve a necessidade de se ter um planejamento compartilhado entre as três esferas de governo, o que exigiu a criação de um Sistema de Planejamento do SUS, que formule ou revise os seus instrumentos: “Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG)” (BRASIL, 2009, p. 10).

O quadro 1 apresenta as etapas do planejamento e com a indicação da instância responsável pela sua elaboração conforme o Pacto da Saúde. É importante considerar que duas racionalidades foram evidenciadas através dele. As necessidades locorregionais (bem estar

social) e o uso racional dos recursos e da integralidade da atenção básica no modelo médico assistencial (ausência de doença). Esta foi a nova tendência das reformas dos sistemas de financiamento de saúde, visando “muito mais à racionalização e otimização dos gastos” marcados pelas transferências (via blocos) e o modelo de atenção médico-assistencial (programas e suas respectivas tecnologias) (DUARTE, 2016, p. 112).

Quadro 1 – Instrumentos de planejamento e gestão do SUS

Instância	Instrumento	Descrição
CES / CIB	Plano de Saúde (PS)	Instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes, metas e indicadores.
CES / CIB	Programação Anual de Saúde (PAS)	Instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.
CES / CIB	Relatório Anual de Gestão (RAG)	Instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde.
CES / CIB / CGR	Plano Diretor de Regionalização (PDR)	Instrumento elaborado a partir das diretrizes definidas no Plano de Saúde. Expressa o processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas, em cada estado, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.
CIB / CGR	Plano Diretor de Investimento (PDI)	Instrumento elaborado a partir das diretrizes definidas no Plano de Saúde e no PDR. Determina os recursos financeiros necessários para atingir os objetivos do PDR, descrevendo a participação das esferas de governos.
CIB / CGR	Programação Pactuada e Integrada (PPI)	Instrumento que define as ações e serviços de saúde de acordo com o PDR e o PDI. É o instrumento de execução, controle e monitoramento dos planos e dos pactos de saúde.

Fonte: MS (2009) elaborado pela autora

Em relação ao financiamento, o processo de regionalização foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, para a transferência dos recursos federais às ações e serviços de saúde por blocos com incentivos financeiros destinado ao funcionamento dos CGR (ou região de saúde) (DUARTE, 2016). A programação de utilização destes recursos e a comprovação de sua aplicação era realizada pela CIB através do Relatório Anual de Gestão - RAG do Estado. Porém, outra Portaria regulamentou as condições para transferência de recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS nº 2.691, de 19/10/2007). Ou seja: é a norma que regulamenta as condições de transferência dos recursos financeiros federais para apoiar a organização e o funcionamento dos CGR, e conseqüentemente outras Portarias foram sendo criadas para a reorganização do fluxo de financiamento no processo de regionalização de saúde.

As discussões e apontamentos prosseguiram por vários entes. Ou seja: pelo Ministério da Saúde, pelo CONAS, pelo CONASEMS e outros atores de saúde visando adaptar o conceito de sistema integrado de saúde à realidade brasileira e às regiões de saúde, a fim de organizar as redes regionalizadas de atenção à saúde avançando com a promulgação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, cuja norma introduz um novo conceito e uma nova diretriz passando a nortear o processo de regionalização ao lado do conceito de região de saúde, que é o conceito de rede de atenção à saúde. E são esses conceitos que nortearão o debate da regionalização que seguirá a partir do decreto 7.508/2011, apresentando a RAS como:

Uma estratégia para a superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, reconhecendo o modelo de atenção vigente no país como fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta que vem se mostrando insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros (Brasil, 2010).

Dessa forma, Duarte (2016, p. 113) diz que “Na definição e objetivo da RAS é possível identificar a tentativa de unir o cuidado integral e de qualidade com a eficiência econômica dos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde”. Mendes (2014) também afirmava que as Regiões de Saúde “devem ser totalmente revistas para que possam ancorar a formação das RAS e dar suporte a uma efetiva governança regional do SUS” (MENDES, 2014, p. 43). Para o autor, as Regiões de Saúde vigentes, que foram instituídas antes da RAS, visavam desconcentrar as ações político-administrativas das secretarias estaduais e não combinariam com as exigências de uma regionalização adequada para efetivar a RAS (DUARTE, 2016, p. 114).

O que se apresenta enquanto novidade é a forma como será definida a organização do sistema regional de saúde levando em consideração a RAS como “abrangência da base populacional atendida pela rede” (BRASIL, 2010, p.166).

b) As Regiões de Saúde

No processo de regionalização, o grande marco foi apresentado pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde definida pela Lei nº 8.080 de 1990. O Decreto dispõe sobre o planejamento, organização da assistência à saúde e a articulação interfederativa representando uma grande mudança na política nacional de saúde, enquanto uma “(...) importante reformulação do planejamento regional do SUS dando início à fase da ‘regionalização contratualizada’” (ALBUQUERQUE, 2013, p.129).

Duas observações são imprescindíveis neste Decreto. *i*) O agrupamento de municípios limítrofes (observados na Constituição Federal em seu artigo 25, § 3º) e *ii*) o conceito de região que acrescenta outros elementos como a organização, a execução e o planejamento de funções comuns, bem como as identidades culturais e as possibilidades de comunicação entre municípios de uma mesma região. Ele (o Decreto) apresenta as regiões de saúde como um espaço essencial para integrar as ações e serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade e, por isso deve ser constituída sob a ótica sanitária (SANTOS; GIOVANELLA, 2014). Esta normativa foi instituída na perspectiva de atualizar as normas anteriores e reorientar os instrumentos formais de planejamento regional. A regionalização por Regiões de Saúde, conforme o Decreto apresenta um acordo nacional, uma unicidade organizativa e uma coesão entre os pensamentos dos dirigentes da saúde pública no Brasil definindo a região como:

[...] o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 3).

Portanto, a regionalização assume um objetivo funcional de compor “Regiões de Saúde”, com grau de suficiência, expresso na oferta máxima e disponibilidade de ações de saúde para a população de um dado território, instrumentalizada por uma rede articulada e integrada. Ressalta-se que a dimensão de uma região de saúde deva variar de acordo a critérios geográficos, administrativos, demográficos, epidemiológicos, sociais e culturais levando-se em conta os recursos de saúde disponíveis e os potencialmente necessários em/e para todos os “níveis de atenção” (BRASIL, 2011).

As novidades implementadas, além da definição de região de saúde foram em relação, aos instrumentos de planejamento e aos mecanismos de articulação federativa representando uma grande mudança na política nacional de saúde, enquanto uma “(...) importante reformulação do planejamento regional do SUS dando início à fase da regionalização contratualizada” (ALBUQUERQUE, 2013, p.129). Além disso, a nova norma determina que em cada região de saúde deva ser ofertado um conjunto mínimo de ações e serviços de saúde como: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (CONASS, 2015). Com base no que fora estabelecido pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), outros dois novos instrumentos de

planejamento foram criados com o objetivo de garantir a integralidade do atendimento e a organização das redes de atenção.

Uma rede regionalizada de atenção corresponde a um conjunto de unidades com diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento que funcionam de maneira ordenada e articulada no território, para que responda às necessidades de uma população (LIMA, *et al.* 2012).

O Decreto também define o papel das Comissões Intergestores Regionais – CIR como instâncias articuladoras dos gestores municipais, que devem propor a distribuição dos serviços e dos trabalhadores da saúde, buscando garantir amplo acesso às ações de saúde em diferentes níveis de atenção, possibilitando a equidade e a integralidade por meio da gestão do cuidado (MENDES, 2011). Nesse sentido, as Comissões Intergestores Regionais (não mais CGR) aparecem como cenário especial de articulação entre os municípios objetivando a deliberação sobre organização funcional dos serviços de saúde, passíveis de consenso mediante negociação e pactuação orientado pelo sentimento dos agentes públicos de responderem às demandas sociais por ações e serviços de saúde em tempo hábil e local oportuno (VIANA; LIMA, 2011).

Do ponto de vista organizacional, a principal estratégia para superar os obstáculos é o fortalecimento da regionalização e a constituição de redes regionalizadas de atenção à saúde. As redes são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Portanto, as redes são formas de integrar serviços e definir linhas de cuidado por meio do compartilhamento; pelas diferentes populações dos municípios integrantes de uma região de saúde, de estruturas e recursos com distintos graus de densidade tecnológica. Essa organização sistêmica, efetivada mediante a celebração de pactos federativos pautados na cooperação e na solidariedade, é essencial para a garantia do acesso universal e da integralidade da atenção (BRASIL, 2010).

Outra inovação do decreto diz respeito a criação de um instrumento de pactuação e cooperação interfederativa e planejamento regional, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), que deve ser negociado no espaço regional com regras e acordos entre entes federados da região de saúde. As informações que dão base para essas definições estão em função das necessidades locais da população (processo de planejamento ascendente e integrado) contempladas no Mapa da Saúde (MS), outro novo instrumento de planejamento

e gestão.

Em relação ao Mapa da Saúde, Albuquerque (2013) chama a atenção ao fato de que ele só começou a ser elaborado no âmbito da política nacional a partir da segunda década dos anos 2000, considerando a importância estratégica deste instrumento para o planejamento da universalização da saúde, sendo que as possibilidades tecnológicas de mapeamento (geoprocessamento) já estavam disponíveis no mundo e no Brasil desde a década de 1990 e a produção de mapeamento pelas esferas municipais e estaduais para o planejamento do sistema e de sua organização regional nos anos 2000 (ALBUQUERQUE, 2013).

Para Duarte (2016), o Mapa da Saúde

(...) distribui os recursos físicos e humanos relacionados ao atendimento da população, bem como as ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, compondo diversos indicadores para auxiliar no planejamento da gestão e identificação de desequilíbrios regionais, sobretudo no que diz respeito à estrutura assistencial (DUARTE, 2016, p. 115).

As informações constituídas neste Mapa possibilitam aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e dos serviços de saúde facilitando a tomada de decisão quanto à implementação e à adequação das ações e dos serviços de saúde.

O quadro 2 apresenta as etapas do planejamento e com a indicação da instância responsável pela sua elaboração implementadas pelo Decreto nº 7.508/2011 em relação ao Pacto pela Saúde.

Quadro 2 – Inovações implementadas pelo Decreto nº 7.508/11 em relação ao Pacto pela Saúde/06

Categoria	Avanço do Pacto	Avanço do Decreto
Definição de região	1) Condiciona a criação do CGR. 2) Torna livre a definição dos desenhos regionais (arranjo técnico e político), incluindo possibilidade de regiões interestaduais.	Incorpora as redes de atenção (RAS). Relativizou a liberdade ao exigir o rol mínimo de ações e serviços (RENASES e RENAME).
Objetivo da regionalização	Foco nas demandas de saúde da população, integralidade, diminuição das desigualdades e fortalecimento do papel do estado.	Incorpora como foco: 1) Integração do planejamento (diretrizes nacionais, estaduais e municipais). 2) Segurança jurídica na relação intergovernamental (COAP). 3) Integração das ações e serviços em redes de atenção (fluxos assistenciais), e o fortalecimento destas. 4) Associação entre planejamento e orçamento (referência regional para as transferências). 5) Condução da política baseada em metas e resultados.

Critérios de regionalização	Identidades (e não só características) culturais, sociais, econômicas, redes de comunicação, infraestrutura e transporte, as demandas da população (e não somente a oferta de serviços) e a necessidade de cooperação intergovernamental.	Incorpora critérios de acessibilidade, economia de escala e rol mínimo de ações e serviços de saúde.
Instrumentos de planejamento, gestão e financiamento regional	Inovações: 1) Criação de um espaço de gestão – ou governança – regional, Denominado de Colegiado de Gestão Regional (CGR). 2) Criação de novos instrumentos de planejamento regional, quais sejam: Termo de Compromisso de Gestão (substitui o processo de habilitação); indicadores de monitoramento e avaliação; e grandes blocos de financiamento, quais sejam: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Manteve: PDR, PPI e PDI.	Modificou radicalmente: 1) Compatibilizar e coordenar dos entes federados. 2) Vincular as metas e investimentos às necessidades da população. 3) Mapa da Saúde, RENAME e COAP. - Alterou a nomenclatura do CGR para CIR. - Manteve: 1) Indicadores de monitoramento. 2) Blocos de financiamento. 3) RENAME (esta existente desde 1998). 4) Índice de Desempenho do SUS (IDSUS): meta, resultado e satisfação das necessidades.
Responsáveis pela regionalização	1) Responsabilização dos estados e de todos os municípios que compõe a região. 2) CGR: espaço para negociação Intergovernamental.	CIR: mudança da nomenclatura do CGR. CIT: ganhou importância na regionalização.

Fonte: MS (2009) elaborado pela autora

A organização e o funcionamento do sistema público de saúde consoante com o princípio da regionalização requer que ocorram articulações entre as três esferas de governo, e, internamente em cada uma delas constituindo-se como o ponto central do processo de planejamento ascendente (CONASS, 2011).

Nesse sentido, é importante retomar que a partir do SUS as ações e serviços de saúde pública estão organizados em redes regionalizadas e hierarquizada e que, com a regionalização, as regiões se constituíram em estratégias que visam garantir o direito integral à saúde.

Entre os pontos críticos do processo de regionalização que sofreram maior impacto no desenrolar da consolidação e da reorganização do SUS pode se destacar os que dizem respeito as especificidades do federalismo brasileiro, e ao financiamento setorial e regional.

O que se observa em relação às especificidades do federalismo brasileiro, é o significado de uma reorganização do federalismo sanitário do ponto de vista institucional, territorial e técnico. De acordo com o estudo realizado por Mello *et al.*, (2016) desenvolvido

a partir do levantamento sistemático das referências mais atuais é que:

Na dimensão política, a autonomia municipal advinda do processo de descentralização – e seu papel na fragmentação do sistema –, é vista como principal entrave à organização regional da saúde. Problema cuja solução não se dissocia do desafio particular que o arcabouço jurídico federativo imprime (MELLO *et al.*, 2016, p.10).

O processo de regionalização foi implementado na tentativa de reorganizar o sistema a partir de uma lógica territorial e regional. Contudo, o que se verificou na prática foi uma mudança técnico-administrativa e não política e social.

Os sistemas locais de saúde e o processo de territorialização avançaram no sentido de aproximar as decisões da população que vive em seus municípios, e mais do que isso, em seus bairros e comunidades [...]. No entanto, mais uma vez, o que acabou sendo construído foi se aproximando apenas do componente técnico-administrativo da divisão organizacional das regiões administrativas e de saúde, perdendo o caráter político e social do processo de regionalização (MENDES; LOUVISON, 2015, p. 395).

Ribeiro (2015) defende também que a regionalização deve aprofundar o conhecimento da natureza do federalismo brasileiro exigindo um enfoque territorial e de rede da política pública e o cuidado com as especificidades locais (problemas, necessidades e soluções bem como experiências). Ou seja, é preciso avançar no planejamento regional e na implementação de políticas territorializadas, e para isso é preciso compreender a federação brasileira e o território (conteúdo, meio e processo das relações sociais: especificidades históricas de cada lugar, dinâmica territorial e multidimensional). E isso envolve processos políticos e a intersetorialidade das políticas públicas. A autora aponta que para alcançar tal objetivo é preciso a colaboração quanto ao planejamento, organização e gestão. E isso requer

(...) a capacidade política de identificar o território regional como campo de responsabilidade e investimento comum, para o que é fundamental o esforço coletivo de construção, com a sociedade, de uma visão compartilhada para o futuro da ação dos governos na região, nem sempre compatível com a composição partidária dos governos locais (RIBEIRO, 2015, p. 407).

Nesta perspectiva, o processo de regionalização, do ponto de vista institucional e operacional aparece com grande dificuldade em relação ao financiamento. O financiamento do setor da saúde é o eixo central e o determinante principal da política nacional de saúde dado que é ele quem permite a realização da gestão e da execução das ações e serviços de saúde. Sem recursos financeiros não é possível planejar, organizar e executar as ações e os serviços voltados a todos os cidadãos brasileiros, moradores de todas as regiões, estados e municípios. Diante disso, é preciso refletir sobre as principais questões recentes, onde algumas delas já presentes desde a criação do SUS sobre o financiamento e consequentemente, o gasto no setor da saúde.

Segundo Levi e Scatena (2011), em um país federalista, o financiamento do sistema público de saúde é estabelecido pelo sistema tributário nacional (LEVI; SCATENA, 2011). Entretanto, o federalismo sanitário está vinculado ao federalismo fiscal. Sendo que neste contexto, “A gestão regional da saúde é outro grande desafio, dado que o federalismo brasileiro não contempla a região, unidade que tem que ser construída, gerida e financiada mediante acordos e negociações” (LEVI; SCATENA, 2011, p.113). Dominguez (2014) defende que

(...) o subfinanciamento do SUS tem inviabilizado negociações sérias entre os distintos municípios e entre estes e os estados e a União para constituir as redes. Chega-se, quase sempre, ao impasse, na discussão sobre quem vai assumir os custos que ultrapassam os montantes repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (DOMINGUEZ, 2014, p. 14).

Mello *et al.*, (2016), em sua pesquisa política sobre o Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil deduz que o subfinanciamento é apontado como um obstáculo à busca por equidade regional da atenção à saúde. Aponta que o momento importante para o financiamento do SUS foi marcado pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, quando regulamenta o art. 198 da Constituição Federal, de 1988, e do art. 35 a Lei nº 8.080, de 1990, instituída pela Lei Complementar nº 141, de 03 de janeiro de 2012. Esta Emenda Constitucional determina os valores mínimos a serem aplicados pelos três entes subnacionais e estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências no setor definindo o que são despesas com ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito.

De um modo geral, Albuquerque *et al.*, (2011) defendem que “o subfinanciamento é um dos principais entraves da nova regionalização da saúde, sobretudo no que diz respeito à ampliação dos debates e decisões municipais”, dado que “Pouco se observa inovações ou avanços nos mecanismos de financiamento da saúde no âmbito do novo processo de regionalização” (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011, p. 167). E enquanto a maioria das iniciativas da política nacional de saúde “contam com uma base de informações financeiras representada pelos incentivos criados para lhes dar viabilidade (...), o mesmo não se pode afirmar acerca da regionalização” (Levi e Scatena, 2011, p. 83).

A partir de 2017, com as recentes regulamentações – Resolução nº 23/2017, pelo Projeto SUS Legal/2017 e Resolução nº 37/2018 – ocorre uma mudança na forma de repasse dos recursos federais e na forma do planejamento e organização das regiões de saúde, com a criação do Planejamento Regional Integrado - PRI, cujo foco se dirige para a macrorregião

de saúde e a RASS. De acordo com Dourado e Elias (2011), a organização do SUS pode ser denominada de federalismo sanitário brasileiro, que reproduz o tripé governamental que sustenta o sistema de saúde e no qual é legitimada a autonomia dos três níveis de governo e definida a função e o dever de cada um desses níveis está em prática a autonomia da gestão no seu respectivo território.

No entanto, Freitas (2015) afirmava que a coordenação intergovernamental na área da saúde não deu conta de resolver todos os conflitos federativos, os quais poderiam ser encaminhados através da constituição de consórcio intermunicipal de saúde. A autora destaca que a baixa adesão a esse seguimento de coordenação federativa foi dificultada por mecanismos que induziram a existência de um Estado federal compartimentalizado, com um municipalismo descentralizado e a vulnerabilidade jurídica da associação intermunicipal (FREITAS, 2015).

Neste sentido, Arretche (2012) considera que o governo federal centraliza a autoridade decisória ao concentrar fontes de financiamento (além da arrecadação própria de cada esfera) e normatizar o uso dos recursos (programas e vinculação), e cabe aos entes subnacionais a execução da política, que é definida e financiada pelo Ministério da Saúde.

Outro aspecto relacionado à coordenação federativa trata das entidades representativas e das instâncias e dos instrumentos de Pactuação Federativa no SUS. O CONASS, CONASEMS e COSEMS representam a articulação política intergovernamental horizontal que oferecem apoio técnico às secretarias municipais de saúde e indicam os representantes das comissões intergestores (LIMA, 2013).

No caso das comissões intergestores, elas representam a articulação política intergovernamental vertical e o processo decisório se dá pela via do consenso (e não do voto), dado que o “objetivo dessas instâncias é propiciar o debate e a negociação entre as três esferas de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde, devendo submeter-se ao poder fiscalizador e deliberativo dos conselhos de saúde participativos” (LIMA, 2013, p. 104).

Os consórcios intermunicipais de saúde são outros instrumentos de pactuação que “representam parcerias estabelecidas entre entes de governo visando o alcance de interesses comuns, em geral com a finalidade de ampliar o acesso da população a determinados tipos de ações e serviços de saúde” (LIMA, 2013, p. 110).

Destaca-se também que no caso da saúde, a adesão ao processo de regionalização envolve a assinatura e aprovação de termos de compromisso de gestão (Termos de Compromisso de

Gestão – TCG, específico para cada ente federativo) ou de contratos (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP). A autora esclarece que “Qualquer que seja o instrumento adotado para formalização dos acordos entre os entes governamentais na saúde (TCG, contratos), este requer o fortalecimento dos processos de planejamento regional e regulação nas secretarias de saúde, bem como nas instâncias regionais (incluindo as Comissões Intergestores Regionais), tendo em vista a consolidação de redes regionalizadas de atenção à saúde” (LIMA, 2013, p. 114).

E o último aspecto relacionado à coordenação federativa trata do sistema de partilha de recursos financeiros. O sistema de financiamento das políticas públicas deve ser capaz de compensar as desigualdades regionais e deve ser capaz de adequar a partilha dos encargos e a partilha tributária, equalizando a arrecadação, a partilha fiscal e o encargo gasto. A partilha fiscal constituída pelas transferências intergovernamentais, deve compensar os desequilíbrios verticais e horizontais e promover a equalização fiscal.

Um aspecto não menos importante para o aprimoramento da coordenação federativa diz respeito ao modelo de transferência de recursos financeiros adotado no SUS. Como enfatizado, a compreensão de que os arranjos adotados na saúde são afetados e afetam o federalismo fiscal é um dos pressupostos que deve nortear qualquer proposta de mudança nos mecanismos vigentes (LIMA, 2013, p. 127).

No caso da saúde, as transferências financeiras do governo federal representam um instrumento importantíssimo para a condução do processo de construção do SUS, e são constituídas de repasses fundo a fundo regulares e automáticos, cuja fórmula de cálculo do montante a ser repassado tem evoluído desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde.

No seu artigo nº 35, cuja regulamentação atravessou um longo processo de discussão e ajuste, o MS evidenciou uma tendência no sentido de tentar reduzir as disparidades regionais. Contudo, sem grande sucesso. Principalmente porque o aumento das transferências não foi acompanhado do aumento do investimento e nova capacidade de oferta da rede pública, principalmente nas regiões com menor capacidade de atendimento de saúde. E também porque não levou em consideração a capacidade de arrecadação própria, além da partilha fiscal. Nesse sentido, a pesquisa conduzida por Lima (2013) indica que:

Mesmo representando uma parcela expressiva de recursos nos orçamentos municipais e apesar de uma tendência mais equitativa das transferências federais do SUS, a redistribuição desses recursos não foi suficiente para romper as desigualdades regionais das receitas públicas municipais, nem com a situação desfavorável dos municípios médios (LIMA, 2013, p. 123).

Outro aspecto da discussão sobre financiamento e coordenação federativa na saúde, diz respeito a participação da esfera estadual. Apesar do avanço da participação nesta esfera por

conta da vinculação de recursos e da regionalização, a relação predominante no financiamento é a vertical e direta da União para os municípios. Ou seja, não foram suficientemente explorados os mecanismos de transferência horizontal de recursos — intermunicipais e interestaduais. “A falta desses mecanismos compromete o financiamento articulado entre as três esferas de governo nos espaços regionais e dificulta a regionalização” (LIMA, 2013, p. 128).

Portanto, “a necessidade de maior coordenação central para gerar maior cooperação local e regional em favor do maior compartilhamento intergovernamental é evidente” (RIBEIRO *et. al.*, 2018, p. 1780). São evidências que mostram, depois de anos de experiências tanto de municipalização, quanto de regionalização mais recentemente, que as desigualdades regionais foram pouco afetadas e que os grandes fatores limitadores da regionalização cooperativa, a despeito dos esforços de construção da institucionalidade para exercer tal função, foram a governança, a fragilidade dos colegiados regionais e o financiamento (competição por recursos financeiros e controle sobre a oferta de serviços). Ou seja, para que o sistema de saúde se estruture e organize de forma regional e cooperativa é necessário que a governança tripartite seja construída e funcione de forma plena, e claro, com a participação da sociedade.

3.1.2.3 Participação da comunidade

A participação da comunidade na gestão das políticas públicas configurou um novo cenário para o exercício da cidadania no Brasil, pois viabilizou o surgimento de novos atores sociais e políticos no processo de redemocratização no País proporcionando uma redefinição das relações de poder com um campo democrático e popular respaldados pela Constituição Federal (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Os conteúdos democráticos foram viabilizados na escala ou no âmbito pelo qual se processaram as decisões, conforme destaca Freitas (2015). Pois sendo o município identificado como ente federativo onde se materializa a descentralização, estes na concepção da autora devem estimular à participação da sociedade civil enquanto disciplinador da democracia participativa. Uma vez que a participação da sociedade civil nos assuntos públicos minimiza o patrimonialismo e a privatização da política (FREITAS, 2015).

E a descentralização possui esta estratégia de implantar instituições que promovam a participação dos cidadãos nas decisões políticas. Sendo que, a participação da sociedade é um tema estreitamente vinculado com a discussão a respeito dos processos de descentralização e

de ampliação das possibilidades de democratização das ações do Estado tornando-se ao longo das últimas décadas presente nas pesquisas, discussões e debates (DIEGUES, 2013).

Nos governos participativos, as propostas passam pela constituição de conselhos consultivos e/ou deliberativos setoriais. Nestes casos os conselhos tendem a ser percebidos como instrumentos importantes para a promoção da descentralização administrativa, a ampliação da participação popular no processo decisório e a introdução de maior eficácia na implementação de políticas públicas (FREITAS, 2015).

As leis 8.080/90 e 8.142/90 já amplamente mencionadas, fundamentais neste processo regulamentaram a possibilidade de participação da população usuária do sistema de saúde nos processos decisórios estabelecendo mecanismos e instrumentos do controle social no SUS através de instâncias colegiadas e participativas. E com o objetivo de reunir diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa do SUS foi criada a Secretaria de Gestão Participativa no Ministério da Saúde e reestruturada pelo Decreto nº 5.841 de 13 julho de 2006 passando a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Em continuidade foi apresentada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, debatida e aprovada no Colegiado do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde e pactuada na Comissão Intergestora Tripartite (BRASIL, 200b).

Segundo o participa SUS (BRASIL, 2007a), o delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos nos seguintes tipos: *i*) mecanismos institucionalizados de controle social, representados pelos Conselhos de Saúde e pelas Conferências de Saúde e que, recentemente vêm sendo propostos Conselhos Regionais, bem como Conferências e Plenárias Regionais; *ii*) processos participativos de gestão, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS nas três esferas de governo; *iii*) instâncias de pactuação entre gestores, como as Comissões Intergestores Bipartites – CIB e Comissão Intergestores Tripartite – CIT e outros entes; *iv*) mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde; *v*) processos de educação popular em saúde desenvolvidos através do diálogo permanente com movimentos populares; *vi*) reconstrução do significado da educação em saúde desenvolvidos nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS (BRASIL, 2007b, p. 17-18).

De acordo com o ParticipaSUS é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral na reformulação do conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo (BRASIL, 2007b, p. 10).

A criação de uma Secretaria de Gestão Estratégica pelo Ministério da Saúde e aprovação entre gestores nacionais, estaduais e municipais foi um importante avanço formal na construção do SUS, quando considerada as dificuldades institucionais de implementação de um poder participativo e cidadão no Brasil, principalmente nos estados e municípios, arraigados por tradições de poder oligárquicos.

Em 20 de maio de 2019, através de decreto N° 9.795 publicado no Diários Oficial, um Ato do Executivo assinado pelo presidente Jair Bolsonaro criou uma Secretaria de Atenção Primária à Saúde e extinguiu a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) voltada para ações de participação e controle social (ANTUNES, 2019).

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa foi criada no primeiro mandato do governo Luis Inácio Lula da Silva, em 2003 e uma das suas competências era coordenar ações de auditoria, ouvidoria e promoção da equidade no SUS, bem como apoiar os mecanismos de controle social e participação popular, como os conselhos e as Conferências de Saúde (ANTUNES, 2019).

A extinção da SGEP ocorreu um mês após a revogação do decreto 9.759 de abril do mesmo ano. Este decreto extingue instâncias de participação e controle social vinculadas ao governo federal, bem como o revoga o decreto que instituiu a Política Nacional de Participação Social (PNPS) em 2014. A expectativa do governo era restringir de 700 para 50 o número de conselhos e outros órgãos colegiados previstos pela PNPS e pelo Sistema Nacional de Participação Social (PNPS)¹⁵ fazendo parte, dessa forma do pacote de destruição da democracia participativa e representativa.

¹⁵ <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2019-04/conselhos-sociais-tem-60-dias-para-justificarem-existencia>

3.2 Controle Social

Durante o período do Regime Militar, o controle social foi exercido através de um Estado autoritário sobre a sociedade por meio de atos institucionais e repressão, com ausência de interlocução com os setores organizados da sociedade. Com o processo de redemocratização, os movimentos sociais, existentes desde meados dos anos de 1970, ressurgem com demandas específicas relacionadas a questões ambientais, de gênero, étnico-raciais, etc, criando um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade ávida por mudanças. Neste contexto, a participação social manifesta-se com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado surgindo no sentido de os setores organizados da sociedade participarem das políticas públicas desde a sua formulação, passando pelo seu acompanhamento e execução, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (ALMEIDA *et al.*, 2016).

É importante ressaltar que o controle social entendido como participação da sociedade no âmbito das políticas públicas ainda não fazia parte da consciência política dos militantes, parlamentares, técnicos e pesquisadores que realizaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS em 1986. O Relatório Final desta conferência recomenda a “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços de saúde” (BRASIL, 1987, p.5).

O texto da Constituição Federal de 1988 é, a propósito de participação, bastante limitado e fica aquém da formulação da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ao se referir sobre as diretrizes de organização do SUS, menciona apenas ‘participação da comunidade’ que, na História do Brasil, faz parte de um ideário de participação limitada (GUIZARDI, 2014).

O enfrentamento desta limitação do texto constitucional evidencia-se na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovenamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 2006, p.20). O texto legal retoma a perspectiva ideológica da 8ª Conferência ao atribuir aos Conselhos de Saúde a “função de atuar [...] 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, 2006, p.29).

Este processo é, na verdade, a culminação das lutas que caracterizaram o período da

redemocratização política, num conjunto de experiências e reflexões de profissionais de saúde e lideranças populares na luta pelo direito à saúde (GUIZARDI, 2014).

O termo ‘controle social’ e seu significado surgiu em 1992, com a 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), definida como “controle social sobre políticas e atividades desenvolvidas com a Seguridade Social” (BRASIL, 1992, p.33). Conforme Rolim *et al.*, (2013), foi quando a noção de controle social passou a ter sentido de um controle de sociedade sobre o Estado. Principalmente quando exercido pelos conselhos de saúde sobre o SUS, no âmbito de deslocamento da formulação para o da fiscalização das políticas (ROLIM *et al.*, 2013).

O controle social exercido a partir da partilha dos espaços de deliberação entre representantes estatais e da sociedade civil, tem como base a negociação e o estabelecimento de parcerias em seus diversos arranjos institucionais. Sejam eles os orçamentos participativos, conselhos gestores, audiências públicas, conferências ou outras formas de participação (ALMEIDA, 2014).

Por ser uma diretriz organizativa do SUS, a participação comunitária, regulada pela lei nº 8.142/1990 e pela própria Constituição Federal, traduziu-se na criação das conferências e dos conselhos de saúde nas três esferas de governo, além de colegiados de gestão nos serviços de saúde, assegurando que atores sociais fizessem parte desses processos com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde (ALMEIDA, 2014).

Diferentes tipos de conselhos gestores de políticas públicas mostraram a existência de arranjos institucionais com múltiplas formas de estruturação, composição, estrutura deliberativa e envolvimento das pessoas. Embora esses conselhos gestores representassem arranjos institucionais inovadores, a grande questão relaciona-se com a competência de interpretação dessas práticas e também de uma democratização concreta nos procedimentos de gestão em questões públicas (TATAGIBA, 2011). No campo da saúde, Shimizu *et al.*, (2018) refere que o controle social consiste em uma inovação política, institucional e cultural de grande importância para que a democracia avance e está ligado a dois movimentos sociais importantes da redemocratização brasileira: de um lado, o movimento sanitarista que se fortificou no final dos anos 70 nas universidades e alguns outros setores selecionados da área de saúde (SCOREL, 2008; SCHIMIZU *et al.*, 2018) e, de outro lado, o chamado movimento popular da saúde, cujo objetivo principal era controlar a qualidade dos serviços de saúde (AMÂNCIO *et al.*, 2011). Cada um destes movimentos tinha um tipo de reivindicação em relação à participação social. No caso do movimento popular de saúde, a reivindicação

era o controle e, eventualmente, a autonomia da sociedade civil no processo de decisão sobre os serviços de saúde municipal. Do lado sanitarista, a ênfase foi posta na medicina preventiva e na reorganização do papel do Estado no sistema de saúde do país (AMÂNCIO, 2011).

Porém, no contexto de redemocratização da década de 90, a NOB/93 aponta a necessidade do funcionamento contínuo dos conselhos de saúde como mecanismo de participação e controle social sendo um dos requisitos para o repasse das verbas federais tanto para o nível municipal quanto para o nível estadual. Para isso, surgiu a necessidade da criação e funcionamento de conselhos de saúde organizados de acordo com as determinações legais fazendo com que os municípios e os estados fomentassem a criação dos respectivos conselhos (COSTA; VIEIRA, 2012).

No território nacional, (...) os conselhos e conferências de saúde possuem a proposta de incorporar uma dinâmica de democratização da esfera pública. Desse modo, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade, favorecendo a prevalência do interesse público ao intervirem nas políticas e nas decisões de gestão (COSTA; VIEIRA, 2012, p.8).

3.2.1 Conselhos de Saúde

Em nível Federal os conselhos de saúde existem desde a década de 1930. O Conselho Nacional de Saúde foi criado pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 como um órgão consultivo do Ministério da Saúde, e seus membros, em número de 17 (dezesete) eram indicados pelo próprio Ministro de Estado. Esta mesma lei reformulou o antigo Ministério da Educação e Saúde Pública. Naquela época o Conselho Nacional de Saúde debatia apenas questões internas. Porém, com a separação do Ministério da Saúde e da Educação, em 1954, o CNS foi regulamentado pelo Decreto nº 34.347, de 8 de abril de 1954, passando a dar assistência ao Ministro de Estado, determinando “as bases gerais dos programas de proteção à saúde” (CNS, 2018, s.p). A partir de 1959 pelo Decreto nº 45.913, de 29 de abril, o número de conselheiros foi ampliado para 24.

A década de 1970 trouxe um novo modelo de Conselho de Saúde com a ampliação de sua atuação pelo Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970. Passaram então a "examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado" (CNS, 2018, s.p.). Entretanto, mesmo com mais responsabilidades, o CNS ainda estava sujeito à hierarquia do poder público do Regime Militar. Foi nesse período também que o movimento da reforma sanitária já estava ganhando força no País com importantes discussões sobre integralidade, descentralização e universalização, as quais foram responsáveis por grandes mudanças na saúde

pública do país. Foi nesse período que se iniciaram as manifestações mais importantes para o crescimento do controle social no Brasil. Em 1987, foi publicado o Decreto nº 93.933, de 14 de janeiro, dispondo sobre a organização e atribuições do CNS e prevendo a possibilidade de participação de representantes da sociedade civil que tivesse experiência comprovada na área da saúde.

A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (CNS, 2018). Em 28 de dezembro de 1990, a Lei nº 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de controle social com mais participação. Em 7 de julho de 1990, através do Decreto nº 99.438, foi regulamentada as novas atribuições dos Conselho de Saúde nas três esferas de poder, definindo também a composição entre os representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviço, fruto de longa negociação do movimento social com o Ministério da Saúde.

No Sistema Único de Saúde, as instâncias colegiadas de participação popular estão presentes nos três níveis de governo representados pelo Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde constituindo, desta forma por Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

As conferências de saúde são realizadas em cada nível de governo a cada quatro anos, com a representação dos diversos segmentos sociais podendo ser convocadas pelo poder executivo ou extraordinariamente pela própria conferência ou pelos conselhos com o objetivo de avaliar a situação de saúde em cada uma de suas áreas de competência e propor as diretrizes para formulação de políticas e programas de saúde (BRASIL, 2015).

Essas instâncias também fazem parte da diretriz de descentralização da gestão do SUS, pois reproduzem o modelo federativo proposto pela constituição brasileira e pelo sistema de saúde brasileiro. Portanto, a participação da comunidade é um poderoso instrumento da sociedade, formalmente reconhecido e instituído no interior do SUS para a participação e controle social no campo da saúde e na consolidação e desenvolvimento da democracia e cidadania em nosso país.

Nesse processo, o conselho de saúde, por se configurar como um espaço público já institucionalizado, marcado pela proximidade da sociedade civil e do Estado, apresenta-se como um mecanismo possível de democratização das políticas públicas, na medida em que possibilita que distintos sujeitos ocupem espaços comuns em reuniões e avaliem a gestão municipal, elaborem propostas de acordo com suas demandas e deliberem sobre o uso e aplicação dos recursos públicos (ROLIM *et al.*, 2013).

Um dos principais objetivos dos conselhos de saúde é levar o projeto de governo para ser discutido e avaliado pela população e, também trazer as propostas da população aos vários níveis do governo. Embora que assegurar o direito da sociedade civil a participar da definição das políticas sociais não é suficiente para garantir essa participação. Esse quadro pode mudar significativamente com a presença de uma sociedade civil organizada e/ou de autoridades políticas comprometidas com a democracia participativa e envolvidas na luta pelo direito à saúde no Brasil.

Os conselhos não substituem, mas interagem com os poderes instituídos, ou seja, com o Executivo, o Legislativo e Judiciário. Vale ressaltar que eles são instâncias de decisão na gestão pública e sua composição deve ser paritária com 50% da representação assegurada aos usuários e 50%, distribuída entre trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores de saúde (BRASIL, 2012). Ademais, os conselhos de saúde têm caráter permanente e entre as suas atribuições estão as de deliberar sobre as prioridades da política de saúde em cada âmbito de governo, aprovar o plano de saúde e o orçamento setorial, acompanhar a execução da política de saúde, avaliar os serviços de saúde e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros. Suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo (MARIA, 2014).

É importante ressaltar que estas dinâmicas são espaços de participação na perspectiva de ampliação da democracia, mas por outro lado podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais (GUIZARDI, 2014). Ainda conforme o autor, enquanto elemento constituinte, os conselhos de saúde são fóruns institucionais de permanente tensão entre o indivíduo e o coletivo, no qual convivem os interesses corporativos, os discursos politicamente engajados, e os movimentos reivindicatórios. Portanto, a gestão participativa efetiva pressupõe conselhos atuantes e deliberativos com definição de prioridades locais, regionais, estaduais e nacionais, que devem pautar e definir as políticas de saúde a serem implementadas.

Ao mesmo tempo, são espaços com fluxos comunicacionais e informacionais marcados por jogos de poder, silenciamentos e disputas de interesse, por visibilidade e por reconhecimento. Desse modo, de acordo com Oliveira e Pinheiro (2010), o conselho de saúde percorre passos importantes dentro da perspectiva de relações de poder, ao se organizar e se estruturar internamente. Seja na construção de Regimento Interno, seja na organização de comissões de trabalho permanente, o que gera poder organizacional de acúmulo necessário para operacionalizar projetos e planos políticos em disputa no seu interior, hegemônicos ou

não. As autoras relatam também que nesta concepção democrática, os mecanismos institucionais de participação são introduzidos para alterar a estrutura de poder e criar um espaço de cogestão das políticas públicas (OLIVEIRA, PINHEIRO, 2010).

Dessa forma, a participação democrática dos conselhos de saúde é entendida como um processo de participação social e política e de negociação entre sujeitos com diferentes graus de autonomia, de interesses, favorecendo relações de cooperação entre os governos, agentes e organizações que estabelecem redes entre sujeitos e instituições (MENDES, 2011).

Pereira (2010) destaca, em suas colocações, que por vezes o planejamento e a gestão em saúde são percebidos como competência exclusiva de técnicos ou profissionais que detém o conhecimento científico. Este argumento é utilizado, geralmente, para elaborar e definir as prioridades em saúde no município sem a participação dos principais interessados, que são os cidadãos e usuários do sistema e dos serviços. Esta é uma forma de planejar que não fortalece a participação e o controle social da saúde conforme o previsto nas leis que regulamentam o SUS (Brasil, 1990b; PEREIRA, 2010).

O planejamento no SUS é descrito como ascendente, ou seja, desde o nível local até o federal, com a participação dos órgãos deliberativos e que vão ao encontro das necessidades dos cidadãos, com os recursos previstos nos planos de saúde dos Municípios, Estados, Distrito Federal e União.

Shimizu *et al.* (2018) destacam que a formação e atuação dos Conselhos de Saúde tem se mostrado a principal inovação política do Sistema Único de Saúde na perspectiva da pactuação política entre grupos de interesses. É preciso acentuar que disposições do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde impulsionaram a criação de tais instâncias na medida em que condicionaram a transferência de recursos financeiros a estados e municípios à existência de Conselho de Saúde no ente correspondente (SHIMIZU *et al.*, 2018).

O repasse de recursos do Fundo Nacional tem também como critério a construção de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão definidos em cada esfera de governo. Sendo necessário que o gestor a cada quadrimestre apresente e divulgue o relatório detalhado e aprovado aos conselheiros de saúde contendo entre outras informações o montante e as fontes de recursos aplicados, auditorias, a oferta e a produção de serviços na rede instalada própria, contratada e conveniada.

Para que o planejamento seja ascendente e participativo, ele precisa ser vivo e dinâmico, estruturado aos problemas de saúde das pessoas e da comunidade que vive num determinado local, que são cotidianos e variados nas suas origens e consequências (SHIMIZU *et al.*, 2018).

A definição dos problemas de saúde deve ser constante e participativa considerando que cada realidade local pode apresentar problemas distintos uns dos outros.

Sendo pois, atribuição legal dos conselhos e conselheiros a elaboração e deliberação sobre os planos de saúde constituindo o planejamento como estratégia fundamental de participação no controle social cidadão, este planejamento deveria começar em cada território ou região de saúde para assegurar uma visão mais integral das necessidades da comunidade. A definição das prioridades e dos recursos deve respeitar o princípio da equidade e privilegiando as pessoas e os grupos mais vulneráveis em relação aos problemas identificados e os recursos disponíveis.

3.2.2 Regionalização e Macrorregiões em Saúde

O Sistema Único de Saúde, com pouco mais de trinta anos de história tem acumulado muitas experiências, mudanças e adaptações no que diz respeito a sua governabilidade e sustentabilidade financeira, bem como às ações e aos serviços prestados aos brasileiros e seus resultados. Essas experiências demonstram que o seu futuro “depende de planejamento, organização, governança e principalmente muito diálogo e cooperação” (CONAS, 2019, s.p.)¹⁶.

Neste rumo, a regionalização tem se apresentado como uma diretriz para a efetivação dos serviços públicos de saúde pelo Brasil surgindo com a demanda criada pela descentralização e com grandes dificuldades, inclusive com várias críticas sofridas por diversos estudos devido a fragmentação dos serviços de saúde e a não coordenação entre as diferentes esferas de governo (LIMA; COELHO, 2012).

O ponto de partida para a compreensão do funcionamento da regionalização de saúde no Brasil são as leis e normas que regulamentam esse processo, ou seja, entender o caminho que os regimes legais brasileiros tomaram ao longo do tempo até o momento atual. Desde a Constituição Federal de 1988 (art. 196-200), as Leis 8.080 e 8.142 (1990) que regulamentaram a criação do SUS ressaltando o artigo 7, da Lei 8.080/90 de forma clara que a regionalização é um dos princípios para a organização administrativa do SUS (BRASIL, 1990a).

Essas leis, no entanto, como já mencionadas no item anterior, não foram suficientes quanto à especificação de como seria esta regionalização, tanto que foi necessário o surgimento de outras Leis¹⁷ abordando temas sobre a regionalização.

¹⁶ <https://www.conass.org.br/planejamento-e-regionalizacao-do-sistema-unico-de-saude-irao-garantir-atendimento-integral-e-mais-proximo-da-populacao/>

¹⁷ NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96, NOAS-SUS 01/2001, NOAS-SUS 01/2002.

Procurando sanar esta questão, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto pela Saúde através da Portaria 399/2006 que trata, entre outros temas, da definição de regiões de saúde como “recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos” (BRASIL, 2006; MENICUCCI *et al.*, 2018).

Com isso, visando aprofundar mais o processo de regionalização da saúde no Brasil foi instaurado o Decreto Federal 7.508 de 2011¹⁸, durante o governo de Dilma Rousseff, que estabelece as regiões de saúde como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes dos territórios municipais envolvidos (BRASIL, 2011). Criados em dinâmicas políticas que têm como protagonistas tanto os gestores públicos de saúde quanto a sociedade civil organizada num processo em que as regiões vão sendo formadas a partir do pressuposto da “existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de rede de comunicação, infraestrutura, transporte e saúde” (MENDES, 2011, p.174).

Várias resoluções posteriores ao Decreto Federal 7.508/11 foram publicadas com o objetivo de esclarecer e regulamentar a atuação de comissões como a CIR - Comissão Intergestores Regionais. Entre elas, a resolução 03 de 2012 que instituiu regras e normas do COAPS – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde; a Resolução 03 de 2013 que cria subgrupos de trabalho das CIRs em relação ao financiamento do SUS; as Resoluções 01, 02 e 08/2016 que estabelece os indicadores de pactuação da regionalização da saúde; as resoluções de 2018 que definem programas de financiamento e organização das regiões de saúde com foco na média e alta complexidade;

A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 37 de 22 de março de 2018 foi um passo importante iniciado em quase todo o país. Trata do Planejamento Regional Integrado (PRI) e da organização de macrorregiões de saúde. Significando uma atenção em saúde organizada de forma que atenda a população em todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Sendo complementado pela Resolução 44 de 2019 que pontua o Plano Regional Integrado como gerador da colaboração entre os entes federativos (BRASIL, 2019).

Desta forma, a Macrorregião de Saúde corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões e seus respectivos municípios. “Deve ser organizada no sentido de garantir uma maior governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ser de fato uma base do planejamento e orçamentação ascendente devendo incorporar mecanismos que facilitem a governança partilhada nesta região” (MENDES, 2019, p.26).

¹⁸ Maiores detalhes no item anterior.

O processo de regionalização da política de saúde revela-se pela importância que a dimensão territorial vem tomando através da distribuição dos recursos e a racionalização da atenção e ações de serviços disponibilizados para todas as pessoas. Precisa, portanto, ser objeto de pactuação entre os entes federados, em especial os municípios que compõem as regiões de saúde onde grande parte das necessidades dos cidadãos deve ser atendida, exigindo ao menos uma quantidade mínima de ações e serviços (MENDES, 2019).

A dimensão de uma macrorregião se dá a partir de uma rede regionalizada que comporte uma ampla capacidade de resolução na média e alta complexidade, com garantia de acesso, com economia de escala, regulação e logística adequada a todos os pontos de atenção necessários a integralidade da atenção e mesmo na alta complexidade (MENDES, 2019).

Conforme o Art. 3 da resolução CIT N° 37 de 2018, o espaço regional ampliado garante a resolutividade da RAS denominado de macrorregião de saúde e deve ser instituído pelas Comissão Intersetorial Bipartite (CIB) no processo de planejamento regional integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes, observando os seguintes critérios:

I - Conformação regional com escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico, independente de divisas estaduais, e um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes;

II - Contiguidade territorial, mesmo quando ultrapassar as divisas estaduais, visando dar coesão regional bem como proporcionar a organização, o planejamento e a regulação de serviços de saúde no território.

Parágrafo único - Para os estados das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, no caso de serem configuradas macrorregiões de saúde com contingente populacional entre 500 mil e 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT justificativa contendo os critérios adotados, para análise e parecer (CIT, resolução 37, 2018).

A macrorregião deve ser a base do PRI, onde cada CIB deve refletir sobre sua dimensão a partir do trabalho apresentado pelo Ministério da Saúde. Não havendo no Estado uma macrorregião correspondente ou estrutura semelhante de organização regional, o CONASEMS sugere um esforço dos gestores para sua configuração para que o planejamento considere uma melhor governança da RAS (MENDES, 2019).

Portanto, a região deve procurar alternativas considerando as grandes dificuldades de logística, principalmente a de transporte de pacientes. A falta deste acesso leva a uma concentração de especialidades nas capitais gerando, desta forma, uma urbanização metropolitana de uma população com baixo nível de saúde. Questões como os equipamentos tecnológicos de interconectividade e as teles (saúde; medicina; consulta ou outras), incluindo as ações de vigilância, são muito importantes nestes processos.

Desta forma, as particularidades essenciais da regionalização consideradas pelo SUS são: um menor custo; financiamento com equidade; pactuação (na alocação de recursos, organização dos serviços em redes, modelo de atenção a partir do cuidado integral, governança da RAS, protocolos de regulação com a participação da Atenção Primária da Saúde); e principalmente tendo o usuário como foco na regulação, na logística do transporte sanitário e no acolhimento em todos os serviços (MENDES, 2019).

Eugênio Vilaça Mendes (2019) fala sobre uma regionalização colaborativa que sugere um espaço privilegiado, macrorregião ou região ampliada de saúde, onde

Os municípios que a compõem, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde, farão a gestão das RAS envolvendo o conjunto de serviços de atenção primária, secundária e terciária, bem como dos respectivos sistemas de apoio e sistemas logísticos (MENDES, 2019, P.271).

Quando os municípios e Estados se associam por uma ação solidária, eles geram um excedente colaborativo. “Também reconstituem uma escala adequada para a oferta econômica e de qualidade dos serviços, principalmente pelos equipamentos de Atenção Primária em Saúde, de atenção especializada ambulatorial e hospitalar e os sistemas de apoio a logísticos” (MENDES, 2019, p. 270).

Outros autores também consideram que a regionalização da saúde no Brasil é mais do que um processo de divisão geográfica de um determinado tema. É uma diretriz do SUS resultante de um processo de hierarquização, descentralização, participação e pactuação entre os diferentes atores do SUS para atender a um país multicultural, heterogêneo e com perfil populacional bem variado (RIBEIRO *et al.*, 2019; VIANA *et al.*, 2019). Ou seja, a noção que vem a ser utilizada de regionalização do SUS no Brasil está mais vinculada a uma aproximação étnica, social, cultural e política do que apenas superficial e espacial, com o objetivo de atender melhor cada uma das regiões de forma única e igual, de acordo com os princípios do SUS (VIANA *et al.*, 2019).

Mendes (2011) considera que o planejamento regional integrado da gestão estadual do SUS envolve a construção de estratégias, percepções e valores compartilhados. Esta governança tem sido entendida, no âmbito do SUS, como um mecanismo de tomada de decisões, a partir da discussão e pactuação de objetivos e procedimentos comuns entre as três esferas federativas de gestão. Consiste em um processo de planejamento em que cada esfera possui suas responsabilidades quanto aos instrumentos de gestão, articulando-se de forma integrada e cooperada, contemplando necessidades e realidades regionais (MENDES, 2011). Em contraposição a essa visão, Favareto *et al.* (2015) advertem que esse tipo de análise acerca dos

espaços de governança parte de pressupostos normativos, uma vez que os territórios são tomados como unidades de planejamento e de aplicação de políticas e investimentos e, na maioria das vezes, sem uma interpretação crítica das tendências e das estruturas constitutivas desses espaços. (FAVARETO *et al.*, 2015).

De outra forma, é questionado como essas regiões podem ser relacionadas a algo vivo, que possa atuar de modo constante e prático na sociedade. Com essa visão, Reis *et al.*, (2017) apontam que é necessário aumentar a regulamentação nesses espaços regionais, tornar o financiamento em parte regional e transpor as tomadas de decisões regionais para além dos ciclos eleitorais vigentes. Entretanto, vale salientar o trabalho desenvolvido pelos Conselhos Municipais de Saúde nesse processo, que segundo o estudo realizado por Shimizu *et al.*, (2017), têm força dentro das regiões de saúde e são peças-chave na liderança regional.

Mendes (2019) considera duas concepções de território aplicadas ao sistema de atenção à saúde. Uma se refere ao território como uma forma naturalizada, como espaço físico já dado e estabelecido, como os critérios geográficos que definem um território como território-solo. A outra refere-se a uma proposta de regionalização colaborativa que vê o território como processo, como espaço em construção permanente, produto da dinâmica social “em que se tensionam sujeitos sociais postos na arena político sanitária, uma vez que essas tensões são permanentes” (MENDES, 2019, p. 272). Nesta perspectiva, o território é visto como inacabado e em permanente construção e reconstrução.

A proximidade das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) com o território permite conduzir esse processo junto aos municípios, tornando o Estado mais presente e facilitando a interação e o vínculo da gestão estadual com a gestão municipal e com o controle social na tomada de decisões locais e regionais. A CRS tem como uma das atribuições efetuar a representação do Estado nas instâncias de pactuação regional com os municípios e também em dar apoio, qualificação, supervisão e monitoramento aos serviços.

Por isso que as instâncias de pactuação intergestores acontecem em espaços de representação federativa com poder de deliberação, onde buscam efetivar a redistribuição do poder e partilha de papéis e relações entre os gestores através do consenso, do diálogo e cooperação, induzindo a reformulação de práticas e processos de trabalho, aliando negociações técnicas e políticas.

No Estado do Rio Grande do Sul, a CIB foi instituída pela Portaria SES/RS nº 09/93, publicada no Diário Oficial do Estado (DOE) de 21/06/1993 e constitui-se em instância colegiada de pactuação consensual, de caráter deliberativo para a definição das regras da gestão

compartilhada do SUS. Embora o processo de regionalização tem buscado se estabelecer desde 2006 pelo Pacto pela Saúde, o movimento de macrorregião ou região ampliada de saúde foi pioneiro no Estado do Rio Grande do Sul.

Já no início de 2011 (governo de Tarso Genro – PT) foi criado uma comissão pela Assembleia Legislativa – AL (RS) para a organização das Macrorregiões em Saúde. Esta decisão foi motivada pela exigência de uma central de regulação no Estado compartilhada com os municípios pela necessidade de qualificação dos leitos hospitalares e potencialização de hospitais regionais apontando o município de Caxias do Sul-RS como exemplo de gestão regionalizada, necessidade de descentralização do atendimento e mudanças no financiamento aos serviços e ações em saúde. E desta forma, buscando um resgate a dignidade do SUS.

Esta lógica vem sendo trabalhada através de um estado descentralizador por regiões de saúde e com as CRS junto aos municípios. Entretanto, algumas regiões não possuem os equipamentos de atenção terciária, o que dificulta o acesso da população (MENDES, 2011).

A forma de organização de território no Estado tem sua base nos critérios definidos de espaços geográficos como referência para a análise socioeconômica da situação de saúde e para o dimensionamento da capacidade instalada da produção de serviços conforme o Decreto nº 7.508 de 2011. É uma conformação que tem refletido os avanços do processo de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde do RS nos últimos anos onde os estudos partem das Regiões de Saúde visando explicitar as diferenças regionais encontradas no Estado e viabilizar a construção de políticas de saúde com equidade. Tem por finalidade a integração, a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Nesse sentido, essas regiões são recortes territoriais construídos em dinâmicas políticas que têm como protagonistas os representantes do poder público e da sociedade civil.

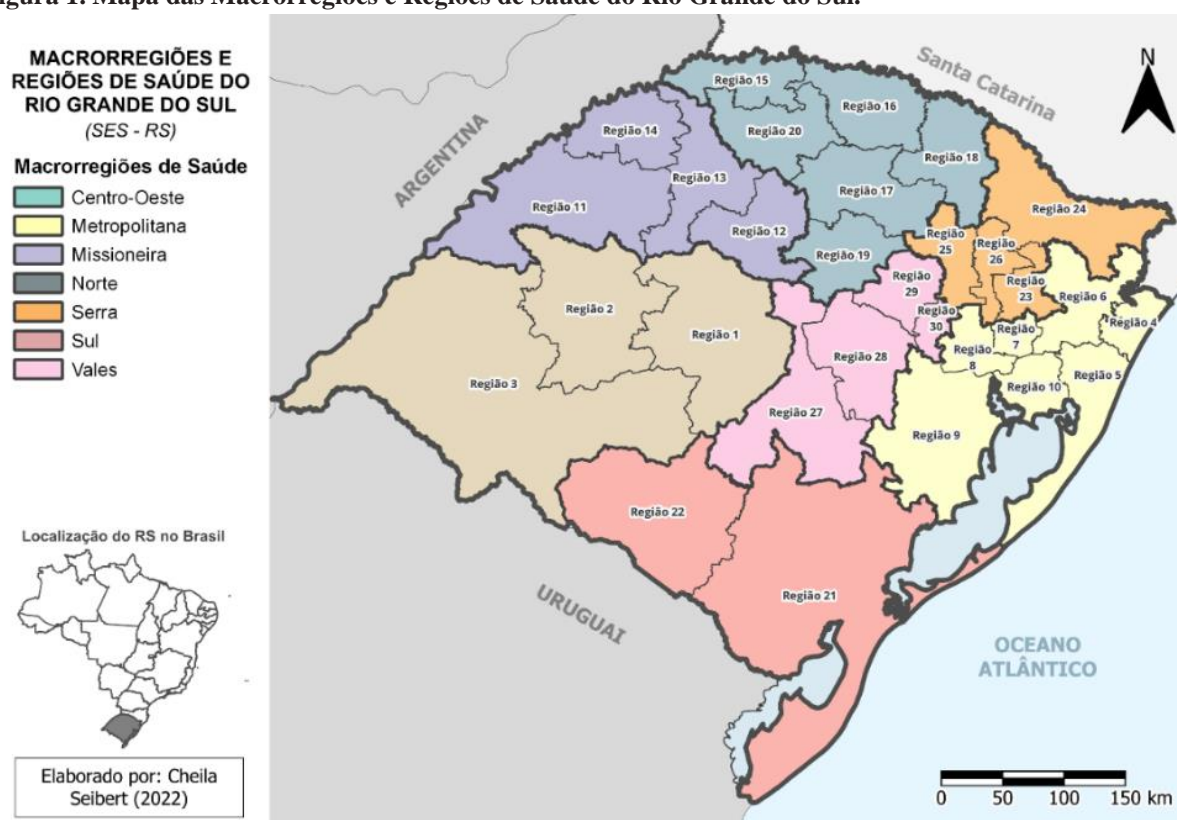
No processo histórico de construção das “regiões de saúde”, o Estado do Rio Grande do Sul foi dividido em trinta (30) regiões de saúde (CIB nº 555/2012) e político-administrativamente em dezenove (19) CRS. Estas exercem um papel fundamental, pois são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em determinado território, tendo por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde a partir das CIR. Quando agrupadas formam as sete (7) macrorregiões de saúde para a operacionalização da governança da rede de atenção à saúde, as quais visam garantir uma organização para promover ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar, além da implementação do PRI (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

O PRI no RS é instituído e coordenado pela SES/RS, conforme Art. 2º da Resolução CIT

nº 37/2018, em articulação com os municípios e participação da União, a partir das definições estabelecidas.

Mendes (2019) considera a macrorregião um grande avanço, pois para ele “a regionalização é viva e tem a governança muito clara em sua estrutura com metas e indicadores, e com a participação do Ministério da Saúde” (MENDES, 2019, p.274). Por consequência, a macrorregião é o único território que permite a governança regional completa das RAS e isso faz do espaço macrorregional, ou da região ampliada, o ponto essencial para a implantação da governança regional das RAS.

Figura 1. Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul.



Fonte: SES/RS – elaboração @cheilacarin

4. O DESENHO INSTITUCIONAL DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA MACRORREGIÃO DOS VALES

Este capítulo, dedica-se a uma abordagem sobre o estudo das dinâmicas participativas nos conselhos municipais de saúde de uma Macrorregião de Saúde do Rio Grande do Sul – a Macrorregião dos Vales. Em seu primeiro momento, apresenta o percurso metodológico que norteia e fundamenta a pesquisa e as características da Macrorregião dos Vales e suas regiões. Na segunda parte do capítulo, descreve-se o processo histórico de construção das regiões de saúde, o qual envolveu tanto os gestores públicos de saúde como as organizações da sociedade civil. Essas regiões foram concebidas a partir dos seguintes critérios: a existência de identidades culturais, econômicas e sociais; oferta de redes de comunicação, infraestrutura urbana, serviços de transporte e de saúde. A Macrorregião de Saúde corresponde ao espaço regional ampliado, composto por duas ou mais regiões e seus respectivos municípios.

Para analisar a operacionalização da governança da rede de atenção à saúde, que visa garantir uma organização para viabilizar as ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar, além da implementação do planejamento regional integrado, o estudo se focou em municípios da Macrorregião dos Vales, a qual é formada por 4 regiões de saúde do Estado.

Além da análise documental, buscou-se conhecer o perfil sociopolítico dos conselheiros de saúde através da aplicação de um questionário a todos os integrantes dos conselhos municipais de saúde, por se compreender a necessidade e a importância desses dados para a operacionalização efetiva das atribuições dos conselhos de saúde pesquisados, sobretudo em virtude da complexidade e da dinâmica desse colegiado. O questionário possibilitou obter informações sobre o gênero, faixa etária, escolaridade, forma de ocupação profissional, segmento que representa no conselho, tempo de atuação, entre outras questões. Aplicou-se o questionário via google forms, de forma que os conselheiros leram e responderam as questões sem a interferência da pesquisadora para que não houvesse indução nas respostas dos participantes.

Por fim, o capítulo apresenta os resultados da investigação empírica realizada nos municípios, a qual viabilizou a identificação de algumas ideias centrais da pesquisa, tais como as atribuições e competências dos conselheiros, o processo de tomada de decisões, as relações de poder e os conflitos de interesse, entre outras questões de análise.

4.1 Percurso metodológico

O percurso metodológico deste estudo busca responder as questões da pesquisa a partir da investigação dos sujeitos envolvidos no contexto estudado. Apresenta uma abordagem descritiva que busca entender a situação onde o fenômeno ocorre, permitindo a observação de vários elementos simultaneamente em um grupo inseridos num contexto, “numa realidade social que se movimenta e que assim sendo, não pode lhes ser desconectada. O sujeito está vivo em relação a ele, assim como a sua fala está viva com relação ao fenômeno que ele está relatando” (VÍCTORA, 2011, p.108).

Sob o ponto de vista dos procedimentos de levantamento de dados, a pesquisa implicou em: *i*) pesquisa e estudos sobre a legislação relacionada à política de saúde, à estrutura de serviços públicos em saúde realizados na Macrorregião dos Vales, à estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde nas Regiões; *ii*) levantamento e análise de documentos (atas, relatórios e planos regionais de saúde, resoluções, portaria e decretos dos municípios, atas e pautas das reuniões, resoluções, regimento interno etc.) das 4 Regiões de Saúde da Macrorregião dos Vales; *iii*) aplicação de um questionário a todos os conselheiros a fim de apurar o perfil dos participantes da pesquisa com base nas seguintes características: gênero, faixa etária, escolaridade, forma de ocupação profissional, segmento que representa no conselho, tempo de atuação, entre outras questões; *iv*) realização de entrevistas semiestruturadas com conselheiros dos 4 municípios que tiveram como base um roteiro prévio, sendo as entrevistas gravadas e, posteriormente, transcritas pra fins de análise. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de trinta minutos até uma hora de duração. O anonimato das informações e dos depoimentos dos indivíduos foram preservados. O recorte temporal utilizado na pesquisa compreendeu o período de 2010 a 2021 (dez anos).

Em relação à pesquisa implicada na construção deste estudo, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, um tipo de entrevista em que o pesquisador “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante” (TRIVIÑOS, 1994, p. 146). O roteiro das entrevistas (apêndice) foi concebido em cima das seguintes categorias: *i*) atribuições e competências dos conselheiros de saúde; *ii*) tomada de decisão pelos conselheiros de saúde; *iii*) Relações de poder; *iv*) desmonte das políticas de saúde contexto da pandemia Covid-19.

Foram realizadas vinte e oito entrevistas com pessoas que, no período analisado, ocuparam algum tipo de representação enquanto conselheiros municipais de saúde em quatro municípios na Macrorregião dos Vales do Rio Grande do Sul.

A escolha por estes entrevistados foi feita levando-se em consideração alguns critérios: *i*) que ao menos um município de cada uma das 4 regiões fosse contemplado (municípios sedes da Coordenadoria Regional de Saúde); *ii*) que dentre estes fosse considerada a composição paritária, ou seja, 50% dos entrevistados são usuários, 25% trabalhadores de saúde e 25% gestores e/ou prestadores de serviços de saúde indicados pela legislação em vigor; e *iii*) que as pessoas convidadas desejassem participar das entrevistas.

Como estratégia inicial do processo operacional, foi estabelecido contato com os presidentes dos Conselhos de Saúde através da Secretaria dos mesmos, o que, após a realização da apresentação da intenção e do pedido de autorização para a realização do estudo, permitiu o acesso aos documentos, bem como os nomes e contatos dos conselheiros que aceitaram participar da pesquisa. A seguir, os entrevistados foram contatados pela própria autora desta pesquisa, primeiramente por contato telefônico e, posteriormente, foram apresentados os objetivos da pesquisa, a importância da participação dos mesmos no levantamento das informações e as condições éticas de realização das entrevistas e da utilização das informações nelas levantadas. No momento da entrevista foram fornecidas aos entrevistados duas vias do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinadas pela pesquisadora e pesquisado, além de esclarecimentos com relação à pesquisa que pode ser conferido nos apêndices. De igual forma, as condições de realização de pesquisas definidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul, órgão para o qual o projeto da presente tese foi encaminhado e aprovado, sob o parecer número 4.844.914 de 13/07/2021. Os participantes do estudo puderam tomar a decisão de participar ou não, livre e conscientemente. Dessa forma, respeitamos a decisão de cada um, assim como a liberdade para se retirar da pesquisa a qualquer tempo. Os demais preceitos éticos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 foram respeitados.

A partir desse primeiro contato, foram agendadas as entrevistas, as quais foram realizadas pela própria autora da tese, em locais e horários (diversos) foram acordados com as secretárias e presidentes dos conselhos. A coleta de dados procedeu-se entre os meses de outubro de 2021 e março de 2022, com entrevistas gravadas e transcritas em sua íntegra, visando a utilização de todas as falas possíveis dos entrevistados como material de análise. O anonimato das informações e dos depoimentos dos indivíduos foi preservado.

Importante colocar que, nesse interim que envolveu a realização da pesquisa empírica, o mundo todo foi acometido pela pandemia da Covid-19. Os conselhos de saúde foram impactados durante esse período pelo isolamento social e pela gravidade da situação na saúde pública. A principal medida para diminuir o contágio impossibilitou a dinâmica de funcionamento dos Conselhos via reuniões presenciais, discussões e articulações de políticas públicas de saúde da mesma forma que impactou no estudo e na pesquisa.

Porém, enquanto análise documental, ela conforma os produtos da discussão entre os conselheiros nas reuniões plenárias. E o conjunto de documentos analisados foram disponibilizados pelos próprios presidentes de conselhos com aprovação em reuniões, pois constituem em importantes documentos governamentais e públicos que permitem perceber o conteúdo das discussões que levam ao processo deliberativo. Esses registros deram a importância para a categorização por assunto das ações e atividades, bem como os tipos de demandas discutidos em reunião com o propósito de investigar “como” e “por que” de um conjunto de eventos que requerem múltiplos métodos e fontes para explorar, descrever e explicar um fenômeno em seu contexto.

Todo esse processo teve início com a produção dos dados que representou o percurso de integração com a construção de categorias. O método que foi adotado para a compreensão destes dados e que foram analisados por meio das entrevistas foi a análise de conteúdo desenvolvida por Laurence Bardin que consiste em descobrir os núcleos de sentido comuns que compõem o grupo estudado e cuja frequência ou ocorrência de aparição pode ser relevante segundo o objetivo do estudo por meio da codificação e sistematização dos elementos das mensagens e expressões. As fontes documentais formam o que ele chama de *corpus* de uma pesquisa, ou seja, o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 1977).

Já as críticas a essa corrente teórica se dirigem ao fato de ela não permitir a construção de modelos teóricos mais abrangentes que possibilitem realizar comparações entre países ou territórios. (ROCHA, 2005).

4.2 A Macrorregião dos Vales

A Macrorregião dos Vales é formada por 4 Regiões de Saúde, através dos quais o planejamento da gestão sanitária do estado do Rio Grande do Sul busca integrar as ações e serviços para a população. Ela compreende uma ampla área de abrangência – 3 (três) CRS – a 8ª, a 13ª e a 16ª Coordenadorias Regionais de Saúde, composta por sessenta e dois (62) municípios e uma população de 918.437¹⁹ habitantes cujas regiões são: Região 27- Vale do Jacuí Centro, onde o município sede é Cachoeira do Sul. Região 28-Vale do Rio Pardo e o município polo é Santa Cruz do Sul. Região 29-Vales e Montanhas quando o município mais relevante é Lajeado. Região 30-Vale da Luz que tem Estrela como município principal (quadro 3 – apêndice). Esses municípios, por sua proximidade à capital caracterizam-se, também pela atividade industrial. Compõem uma região bastante desenvolvida economicamente e sua população é predominantemente de origem germânica tendo o turismo como uma atividade importante das regiões.

Quadro 3. Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios, RS.

Macrorregião de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Região de Saúde	Municípios	População
V A L E S	8ª CRS	R27- Jacuí Centro	Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul , Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo, Sobradinho.	202.759
	13ª CRS	R28- Vale do Rio Pardo	Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul , Sinimbu, Vale Verde, Vale do Sol, Venâncio Aires, Vera Cruz.	354.888
	16ª CRS	R29- Vales e Montanhas	Anta Gorda, Arroio do Meio, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Forquetinha, Ilópolis, Lajeado , Marques de Souza, Muçum, Nova Brescia, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentin do Sul, Sério, Travesseiro, Vespasiano Correa.	228.550
		R30- Vale da Luz	Bom Retiro do Sul, Colinas, Estrela , Fazenda Vila Nova, Imigrante, Paverama, Poço das Antas, Taquari, Teutônia, Westfália.	132.240
				918.437

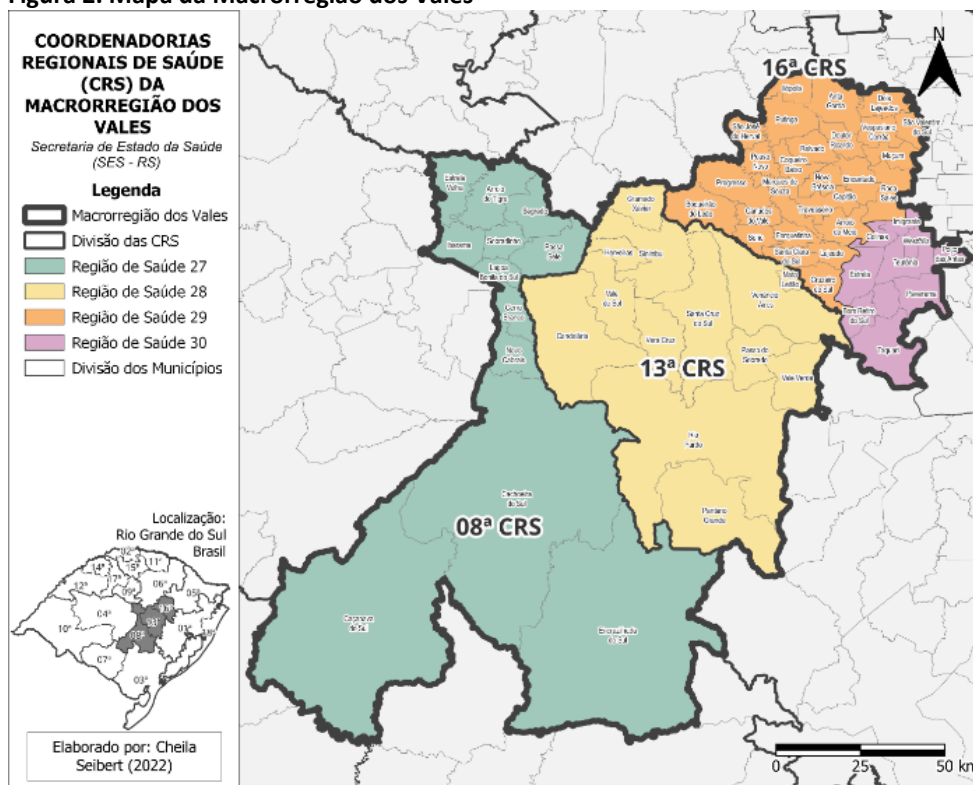
Fonte: SES/RS (2023).

Dos 62 municípios que compõem a macrorregião dos Vales foram abordados dados sobre

¹⁹ Dados IBGE, estimativa 2021. Não foram registrados dados referente a nova pesquisa 2023 devido os dados não estarem registrados em sua totalidade.

os quatro conselhos de saúde nos municípios sede de cada uma das regiões com pesquisas sobre suas características, trajetória histórica, organização nos municípios e as normas de participação que representam uma abrangência de 100 conselheiros de saúde.

Figura 2. Mapa da Macrorregião dos Vales



Fonte: SES/RS – elaboração @cheilacarine

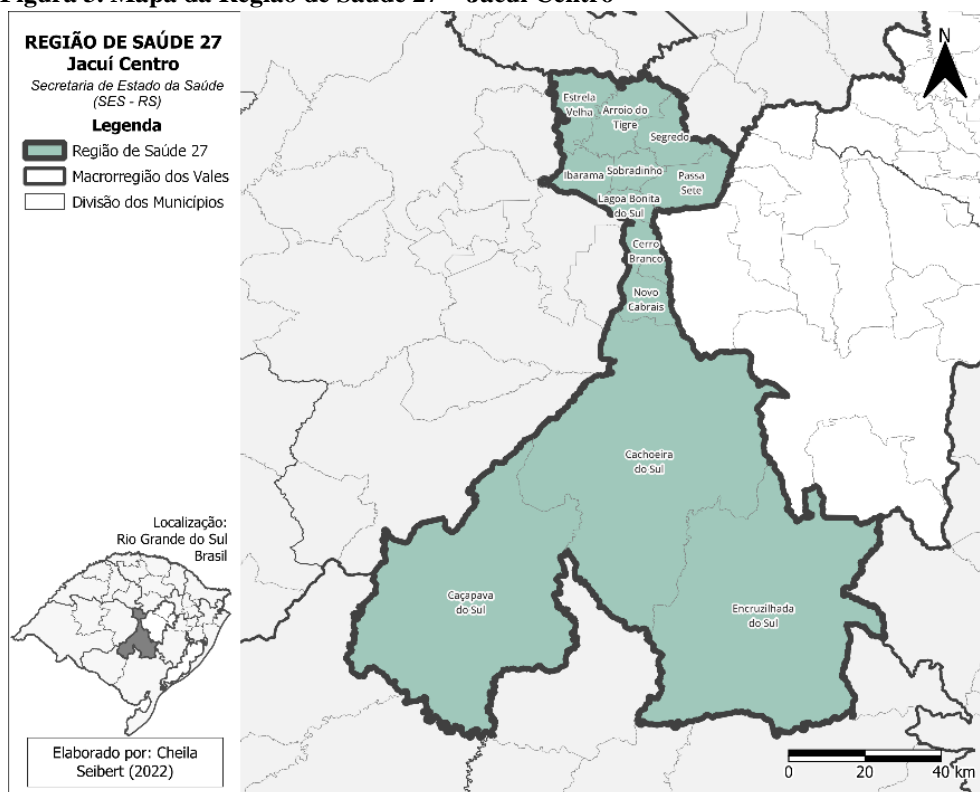
4.2.1 Características da Macrorregião dos Vales

As condições de saúde da população de uma região ou macrorregião transcendem o espectro de ação do setor respectivo, pois resultam de inúmeros fatores sociais, econômicos, ambientais e culturais. Os determinantes e condicionantes estruturais das iniquidades em saúde são aspectos que impactam a percepção do indivíduo sobre às condições de vida e trabalho e como essas relações influenciam no estado de saúde da população. Ou seja, como relacionam-se com o desempenho do SUS em sua função social (FIOCRUZ, 2012).

A saúde é um componente fundamental para a superação das desigualdades por apresentar algumas características essenciais que impactam na eficácia das políticas públicas, dos serviços e ações do SUS como: o impacto e desempenho no mercado de trabalho; a geração de oportunidade profissional nas equipes de saúde da atenção básica, nas obras e na formação técnica; a economia da saúde e o complexo industrial.

Desta forma, foram utilizados as dimensões e os indicadores dos condicionantes estruturais, além dos vários movimentos oriundos da esfera pública e da sociedade civil voltados à promoção da qualidade de vida, com repercussões importantes para a saúde da população.

Figura 3. Mapa da Região de Saúde 27 – Jacuí Centro



Fonte: SES/RS – elaboração @cheilacarine

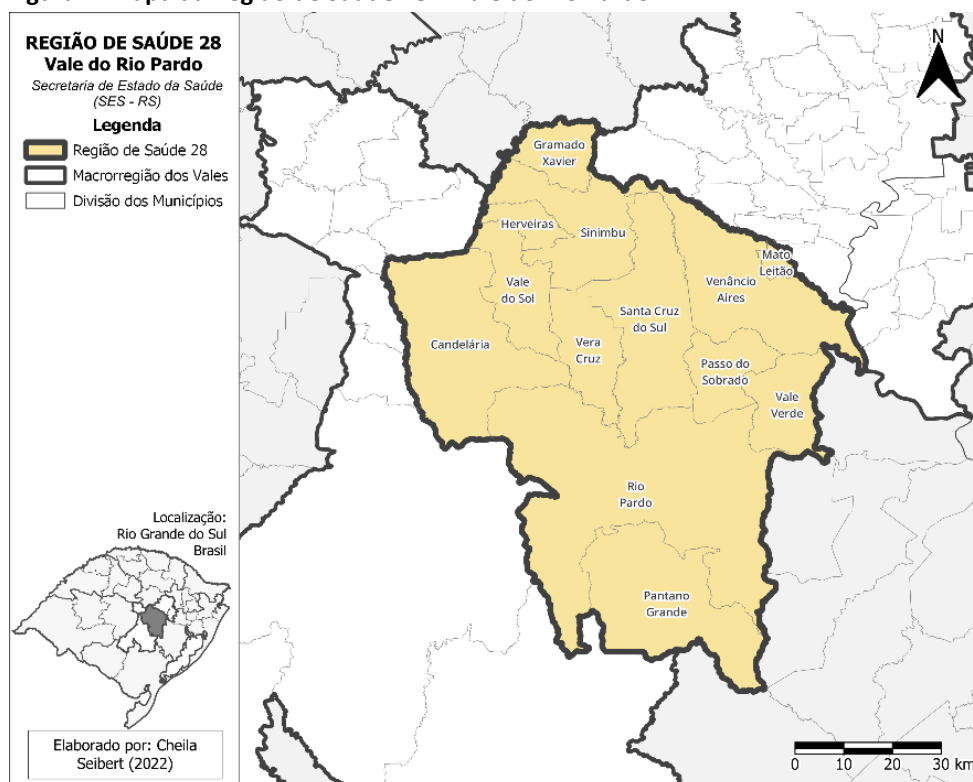
A região 27 – Jacuí Centro possui uma população de 202.759 habitantes sendo 61,1% população urbana e 38,9% rural (SES, 2021). As principais cidades de referências são: Cachoeira do Sul, Caçapava do Sul e Encruzilhada do Sul. A região destaca a agricultura e a pecuária como principal fonte econômica. Cachoeira do Sul, município sede configura-se como rota de ligação dos municípios da fronteira limitando-se com a região central e o Vale do Rio Pardo.

Em relação à saúde, a rede básica é fortalecida em todos os municípios da região com gestão plena do sistema municipal. Os serviços de referência regional de média e alta complexidade localizados em Cachoeira do Sul são: especialidades de oncologia, neurologia, hemodiálise, parto de alto risco, UTI neonatal e adultos, traumato-ortopedia e oftalmologia. Em Caçapava do Sul, encontra-se referência de oftalmologia regional e em Encruzilhada do Sul a referência de traumato-ortopedia. Há leitos de saúde mental nos municípios de Arroio do Tigre,

Segredo, Caçapava do Sul e Cachoeira do Sul (SES, 2021).

As prioridades da região são: fortalecimento da Rede Materno-Infantil, adequação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica, implantação de um serviço de traumatologia de alta complexidade, habilitação da APAE de Cachoeira do Sul como - Centro Especializado em Reabilitação (CER II) (Auditiva e Intelectual), implantação do Plano Macrorregional de urgência e emergência e implantação efetiva de Serviço Residencial Terapêutico priorizando Cachoeira do Sul que passa por um processo de desinstitucionalização (SES, 2021).

Figura 4. Mapa da Região de Saúde 28 – Vale do Rio Pardo



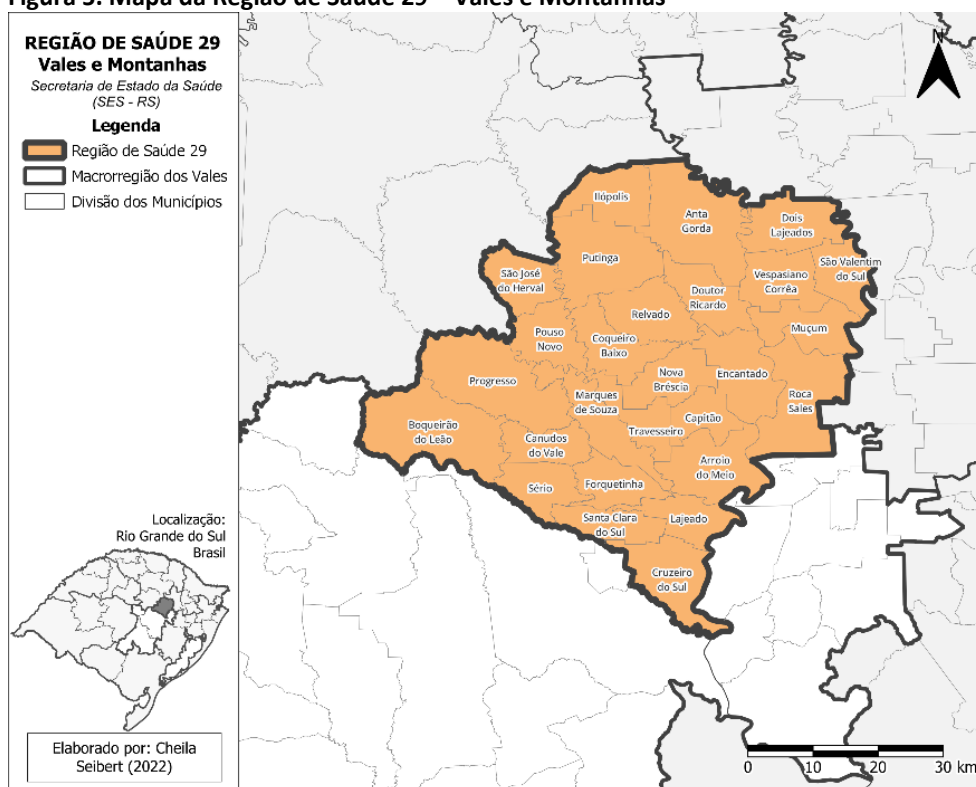
Fonte: SES/RS – elaboração @cheilacarine

Esta é a maior região da macrorregião dos Vales e tem uma população de 354.888 habitantes. A população urbana corresponde a 66,4% e a população rural a 33,6% (IBGE, 2021). As principais cidades de referência são Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Rio Pardo. Destaca-se na região a forte predominância da cultura alemã. O município sede configura-se como rota de ligação dos municípios da fronteira e região central com a capital. A fomicultura é a principal fonte econômica da região.

A região apresenta um expressivo número de cobertura de atenção básica, 81%, sendo que alguns municípios apresentam 100% de cobertura (SES 2021). As prioridades da região são: redução de exodontias, aumento da proporção de parto normal e estruturação da Rede de

Cuidado à Pessoa com Deficiência com incremento das ações com o Programa TEAcolhe, o Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo (CISVALE) na cidade de Santa Cruz do Sul foi habilitado para prestar o serviço enquanto um Centro de Referência Regional (CRR) em Transtorno do espectro do Autismo (TEA). O CRR habilitado para a região fará o trabalho de qualificação das redes locais dos 13 municípios, utilizando-se da estratégia de matriciamento, com foco na discussão de casos graves, severos e refratários de pessoas que vivem com TEA (SES, 2021).

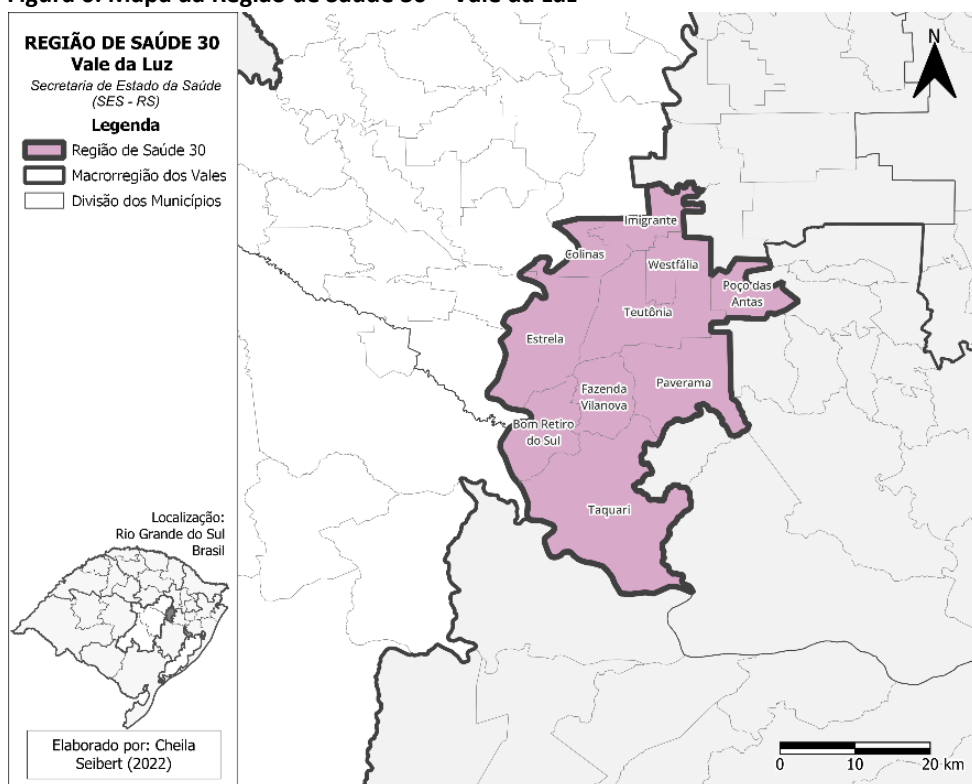
Figura 5. Mapa da Região de Saúde 29 – Vales e Montanhas



Fonte: SES/RS – elaboração @cheilacarine

A região tem 228.550 habitantes e sede em Lajeado sendo a população urbana de 70,6% e rural de 29,4% (SES, 2021). A principal fonte de renda da maioria dos municípios é a agropecuária com uma cobertura de atenção básica de 94% (SES, 2021). As prioridades de saúde da região são: fortalecimento da regionalização, estruturação e qualificação das ações de vigilância em saúde, ampliação e organização das RAS com fortalecimento da APS – Atenção Primária em Saúde e implantação e qualificação de ações de saúde bucal.

Figura 6. Mapa da Região de Saúde 30 – Vale da Luz



Fonte: SES/RS – elaboração @cheilacarine

A região tem uma população de 132.240 habitantes e como sede o município de Estrela sendo 77,5 % de população urbana e 22,5% de população rural (SES, 2021). A principal fonte de renda da maioria dos municípios é a agropecuária. A cobertura de atenção básica é de 77,4%. A Região tem como prioridades o fortalecimento da regionalização qualificando os processos de gestão, planejamento, monitoramento, transparência, avaliação e educação em saúde e controle social; estruturação e qualificação das ações de vigilância em saúde; ampliação e organização das RAS (Doenças Crônicas, Atenção Psicossocial e Rede Cegonha); ampliação da cobertura de Estratégias de Saúde da Família e qualificação das equipes; priorização e qualificação da atenção à Saúde do Idoso.

Evidentemente, os dados apresentados neste estudo não são suficientes para uma caracterização socioeconômica da Macrorregião dos Vales, nem da estrutura de serviços de saúde que nas Regiões estão presentes. De qualquer forma, com os dados apresentados é possível perceber algumas características que, certamente, condicionam a discussão e execução sobre as políticas de saúde nas regiões.

Entretanto, o que se pretende com este estudo é fazer uma análise sobre os desenhos e as dinâmicas de participação dos conselhos de saúde. Pressupondo que os Conselhos de saúde se estruturam em fóruns que, por sua própria natureza, discutem, propõem, avaliam, fiscalizam e

deliberam sobre a política de saúde. Coloca-se como pressuposto, também, a perspectiva de um controle social implicado nos processos desta política para que a mesma seja significativa não somente ao apoio da gestão de saúde, mas também para a sociedade civil, principalmente.

Importante destacar que mesmo que os Conselhos de Saúde da Macrorregião dos Vales possuam uma trajetória participativa a partir da Constituição Federal de 1988, enquanto trajetória histórica, a criação dos conselhos de saúde nos municípios deu-se amparado pelas normas e Decretos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que apontaram as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde em níveis municipais, estaduais e nacional, mantendo a paridade e a composição entre os segmentos.

Eles (os conselheiros) configuram-se como arenas de deliberação onde discutem e buscam desfazer questões acerca da política de saúde dirigidas ao âmbito estadual com os *policy makers* (decisores de políticas). São, portanto, o núcleo de legitimação de dinâmicas de representação e de participação da sociedade na formulação e avaliação de políticas públicas nas quais participam ao lado de agentes governamentais, representantes de uma heterogeneidade de organizações da sociedade civil (CÔRTEZ; LIMA, 2012).

4.3 Análise documental e desenhos dos Conselhos Municipais de Saúde

A primeira etapa da pesquisa faz referência a análise documental como anteriormente mencionado. Isto é; pesquisa e estudos sobre a legislação relacionada à política de saúde, à estrutura de serviços públicos em saúde e dos Conselhos de Saúde nas Regiões, levantamento e análise de documentos das 4 Regiões de Saúde da Macrorregião dos Vales e a busca por resposta a uma das questões norteadoras do estudo, ou seja, de que forma o desenho institucional dos Conselhos de Saúde está constituído nos municípios sede das regiões que integram a Macrorregião dos Vales? Um desafio no estudo dos conselhos, pois depois de caracterizado o fenômeno e definidos os âmbitos de investigação, é justamente identificar critérios precisos de avaliação que apontem para elementos de observação e permitam a coleta e o tratamento de dados que conforme Pires (2011) podem qualificar o estudo sobre o conselho de saúde. E o desenho institucional é um elemento fundamental para a compreensão do grau de abertura à participação, do tipo de participação e, principalmente, dos limites da participação, pois define o perfil, as características e as formas de atuação dos atores (PIRES, 2011). O desenho institucional, refere-se basicamente a normas, leis, critérios que visam fazer valer e promover a realização prática dos princípios democráticos e participativos. Esses fatores incorporam os seguintes critérios:

a) Institucionalização: A institucionalização dos conselhos pode ser aferida a partir de informações sobre o tempo de existência dessas instituições: um tempo maior de existência assim como a consistência das reuniões revelam, de forma direta, o grau de formalidade desses conselhos. Quanto maior a regulamentação sobre o seu funcionamento, mais institucionalizados são esses espaços.

Os quatro conselhos municipais de saúde pesquisados apresentam uma trajetória histórica semelhante, porém, nasceram em períodos diferentes. O município de Cachoeira do Sul foi o pioneiro em criação neste modelo, pois já possuía de forma precursora uma Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) desde 04/12/85 com várias representações do governo e sociedade civil, dando os primeiros passos a um processo democrático de discussão sobre os assuntos de saúde em Cachoeira do Sul. Foi também o município pioneiro no Estado do Rio Grande do Sul com a criação da Lei Municipal nº 2489 de 05/12/91 que institui o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Por sua exitosa trajetória e considerado um facilitador em palestras sobre o controle social em vários municípios, em 1994 foi considerado o Conselho Municipal de Saúde modelo pelo Ministério da Saúde, obtendo desta forma, uma cadeira permanente no Conselho Nacional de Saúde.

No ano seguinte, em 1992 o município de Lajeado criou o Conselho Municipal de Saúde, embora que no ano anterior já havia encaminhado uma Lei à Câmara de Vereadores para aprovação. No entanto, a próxima gestão validou a criação do Conselho Municipal de Saúde e a instituição do Fundo Municipal de Saúde deu-se em 16/04/97 através da Lei nº 5.885.

No município de Estrela o Conselho de Saúde foi instituído em 1997, e por último, em 1998 foi criado o Conselho Municipal de Santa Cruz do Sul. Entretanto, todos os Conselhos Municipais pesquisados possuem uma composição paritária adequados à Resolução nº 333 de 04 de novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde atuando com autonomia e gerência na definição sobre o orçamento.

Da mesma forma, todos os conselhos possuem uma estrutura organizacional com a presença de um conjunto de estruturas burocráticas tais como mesa diretora, com quatro (4) membros, entre os quais: Presidente, Vice-presidente, 1º e 2º secretários, à exceção do município de Cachoeira do Sul que conta com oito membros, pois além dos mencionados possui 4 coordenadores. Possuem secretaria executiva, câmaras ou comissões técnicas e temáticas indicando o quão organizado estão os conselhos.

Em todos os Conselhos Municipais de Saúde destes municípios a presidência é ocupada por representantes de usuários, eleitos em reunião plenária aberta, entre os membros dos conselhos. Apenas no município de Santa Cruz do Sul, o secretário de saúde é considerado conselheiro nato na composição e representa a gestão de saúde.

Quadro 4 – Lei e data de criação dos conselhos, nº de conselheiros e população dos municípios da macrorregião de saúde.

Municípios	Data de criação	Lei de criação	Nº Conselheiros	População
Cachoeira do Sul	17/06/1991	2451/91	32	80.070
Estrela	28/05/1997	2962/97	20	32.183
Lajeado	11/05/1992	4778/92	28	93.646
Santa Cruz do Sul	10/07/1998	3217/98	20	133.230
Total			100	339.129

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora, 2022

b) Frequência: A frequência de reuniões aponta para uma organização da política, uma vez que elas são partes importantes da estrutura que as compõem.

O modo básico de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde é a realização de reuniões ordinárias com periodicidade mensal em dois e quinzenal nos outros dois municípios, e, extraordinariamente, quando necessário em todos os municípios. Conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde, a periodicidade mínima mensal visa garantir continuidade das discussões e debates sobre os temas referentes ao controle social, as ações, a definição de diretrizes de políticas e à administração da gestão pública da saúde que são debatidas e

deliberadas. É portanto, nessas reuniões que a participação se efetiva. A realização de reuniões ordinárias, na defesa da necessidade de transparência das ações dos Conselhos Municipais de Saúde obedecem uma rotina de divulgação, de modo a oferecer aos cidadãos a oportunidade de exercerem seus direitos e deveres cívicos, no exercício da participação social.

As reuniões são divulgadas por todos os conselhos investigados por intermédio da ação dos próprios conselheiros, e pelas redes sociais atualmente. Tal aspecto é interpretado como uma prática positiva à medida que demonstra o exercício da representatividade dos conselheiros em relação às suas instituições. São reuniões abertas à população com direito à voz, inclusive as extraordinárias. Essa prática potencializa quando a livre expressão de qualquer cidadão é compreendida como um direito garantido.

Quadro 5 – Período de mandato da mesa diretora e periodicidade de reuniões dos CMS

Municípios	Período de mandato da mesa diretora	Periodicidade de reuniões
Cachoeira do Sul	2 anos	Quinzenal
Estrela	2 anos	Mensal
Lajeado	2 anos	Mensal
Santa Cruz do Sul	1 ano	Quinzenal

Fonte: Regimento Interno dos Municípios da Macrorregião, 2022

c) Representatividade: O acesso, inclusão e representatividade define os padrões de posicionamento dos atores e quando se aborda a representação nos conselhos é possível relacionar regras relativas ao processo representativo a partir de informações sobre a definição de entidades que têm acento nessas instituições e as formas pelas quais estas definições ocorrem. Esta análise visa discutir a representação de critérios que assegurem a pluralidade dos segmentos que adquirem representação nessas instituições e a abertura desses espaços à renovação e à diversidade dos atores envolvidos.

Haja visto que a representatividade refere-se a espaços de representação, nos quais uma pequena parte dos indivíduos tem assento nos (4) quatro municípios pesquisados, um total de 100 conselheiros representam as diversas entidades, associações, governo e outras instituições.

Quadro 6: Cachoeira do Sul – segmentos e representações

	CACHOEIRA DO SUL
Segmento	Representação
Usuário	<ul style="list-style-type: none"> - Associação dos contabilistas – ACCS - Sindicato Transportes Rodoviários - STRCS - Sindicato dos trabalhadores Metalúrgicos - ATIMMME - Associação dos familiares e amigos do Down – AFAD - Movimento Comunitário Cachoeirense – MOCOCA - Associação de pais e amigos dos excepcionais – APAE - Sindicato dos Trabalhadores Rurais – STR Norte - União Cachoeirense de Associação de Bairros– UCAB - União Cachoeirense de Associação de Bairros– UCAB - União Cachoeirense de Associação de Bairros– UCAB - Diocese - Associação dos Aposentados e Pensionistas – AAPC

	<ul style="list-style-type: none"> - Sindicato dos Trab. Indústria da Alimentação – STIA - Pastoral Social Diocesana – PSD - Associação dos Portadores de Deficiência – APODEF - Sindicato dos Trabalhadores Rurais – STR Sul
Trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> - Conselho Regional dos Enfermeiros - COREN - Conselho Regional de Fisioterapeutas – CREFITO - Conselho Regional de Serviço Social – CRESS - Conselho Regional de Farmácia – CRF - Conselho Regional de Psicologia – CRP - Sindisaúde - Associação Médica de Cachoeira do Sul – ASOMECS - Associação dos Funcionários da SMS – AFSMS
Prestadores	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital de Caridade e Beneficência – HCB - Hospital de Caridade e Beneficência – HCB - Universidade Luterana do Brasil – ULBRA - Universidade Luterana do Brasil – ULBRA
Gestores	<ul style="list-style-type: none"> - Secretaria Municipal de Saúde – SMS - Secretaria Municipal de Saúde – SMS - Secretaria Municipal de Saúde – SMS - Secretaria Municipal de Saúde – SMS

Quadro 7: Estrela – segmentos e representações

Usuários	<ul style="list-style-type: none"> - Liga feminina de combate ao câncer - LFCC - Câmara Comércio, Indústria e Serviços - CACIS - Associação de Desenvolvimento Rural – ADERE - Sindicato de Trabalhadores Rurais - STR - Sindicato dos Bancários - SB - Sindicato Metalúrgico nas Indústrias Mecânicas e Elétricas – SMIME - Associação dos Moradores do Bairro Boa União - AMBBU - Associação dos Moradores das Ruas do Oriental - AMRO - Associação CAPS Vila Nova - Diocese
Trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> - Conselho Regional dos Enfermeiros - COREN - Conselho Regional de Farmácia – CRF - Conselho Regional de Odontologia – CRO - Conselho Regional de Nutrição – CRN - Profissionais de Análises Clínicas - PAC
Prestadores	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Estrela - HE - Análises Clínicas - Secretaria da Educação
Gestores	<ul style="list-style-type: none"> - Secretaria Municipal de Saúde – SMS - Secretaria Estadual de Saúde – SMS

Quadro 8: Lajeado – segmentos e representações

Usuários	<ul style="list-style-type: none"> - Liga de Combate ao Câncer - Associação dos Trabalhadores, Aposentados e Pensionistas - Sindicato dos Trabalhadores em Instituições Financeiras - Sindicato dos Trabalhadores da Indústria, Alimentação - Sindicato dos Empregados no Comércio de Lajeado - Sindicato dos Professores Municipais de Lajeado - SPML - Associação de Assistência ao Paciente Oncológico e Transplantado-AAPOT - Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Lajeado - Associação dos Moradores do Bairro Igrejinha - Associação Pró-Autismo de Lajeado – Azul como o céu - Comunidade Unidos de Lajeado Remanescentes Quilombos - Associação Nova Vida – CAPS - Associação do Bairro Americano - Aldeia Indígena Fó Chá
----------	---

Trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> - Conselho Regional de Odontologia – CRO - Conselho Regional de Biologia – CRB 3ª Região - Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 10 Região - Conselho Regional de Psicologia – CRP – 7ª Região - Conselho Regional de Enfermagem do RS – COREM - Conselho Regional de Nutricionistas – CRN 2ª Região - Conselho Regional de Educação Física – CREF 2ª
Prestadores	<ul style="list-style-type: none"> - Fundação Vale do Taquari, Educacional e Desenvolvimento Social - Sociedade Beneficente e Caridade de Lajeado Hospital Bruno Born – HBB - Centro Terapêutico São Francisco – CTSF - Fund. Reabilitação Deformidades Crânio Faciais-FUNDEF - Centro Regional de Tratamento e Recuperação do Alcoolismo – CENTRAL
Gestores	<ul style="list-style-type: none"> - Secretaria Municipal de Saúde – SESA - Secretaria Municipal de Educação - SED

Quadro 9: Santa Cruz do Sul – segmentos e representações

Usuários	<ul style="list-style-type: none"> - Associação Cul. Integração de Santa Cruz do Sul- ACICOM - Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias do Fumo e Alimentação - Sindicato dos Trabalhadores Rurais - STR - Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânica e Mat. Elétricos - Sindicato dos Comerciantes de Santa Cruz do Sul - Associação dos Moradores de Bairros - Sindicato dos Bancários de Santa Cruz do Sul e Região - Sindicato dos Trabalhadores em Vigilância Segurança e Atividades a fins - Sindicato Funcionários Municipais Santa Cruz– SINDIFUM - Associação de Usuários, Familiares e Amigos do CAPS
Trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> - Universidade de Santa Cruz do Sul - Sindicato dos Empregados em Estabelecimento de Serviços em Saúde - Núcleo dos Assistentes Sociais da 10 Região – NUCRESS - Profissionais Fisioterapeutas – CISVALE - Associação dos Funcionários do Hospital Ana Nery
Prestadores	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Santa Cruz do Sul - Hospital Ana Nery
Gestores	<ul style="list-style-type: none"> - Secretaria Municipal de Saúde - Secretaria Municipal de Saúde - Secretaria Municipal da Fazenda

Fonte: Regimento Interno dos conselhos pesquisados

d) Temas tratados nas reuniões: Os temas das reuniões, geralmente levantados pelos Conselheiros, são variados e encaminhados para as comissões específicas que analisam e, após, emitem um Parecer, que é votado na Plenária

Quadro 10– Comissões dos Conselhos de Saúde e temas abordados em suas reuniões.

Municípios	Comissões no CMS	Temas abordados nas reuniões
Cachoeira do Sul	<ul style="list-style-type: none"> -Orçamento, aplicação, controle e avaliação de recursos; -Saúde Mental; -Saúde do Trabalhador; -Saúde da Mulher; -Fiscalização; -Projetos e Planejamentos; -Apoio Legal e Institucional; -Medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Planos Municipais de Saúde; -Relatórios de Gestão; -Capacitação de conselheiros; -Atendimento à População; -Políticas e Programas de Saúde -Atendimentos de Média complexidade; -Informes da Gestão.
Estrela	<ul style="list-style-type: none"> -Fiscalização; -Alimentação e Nutrição; -Saneamento e Meio-ambiente; -Vigilância Sanitária e 	<ul style="list-style-type: none"> -Planos Municipais de Saúde; -Relatórios de Gestão; -Capacitação de conselheiros; -Atendimento à População;

	Farmacoepidemiologia; -Recursos Humanos; -Ciência e Tecnologia; -Saúde do Trabalhador; -Saúde Mental	-Políticas e Programas de Saúde -Atendimentos de Média complexidade; -Informes da Gestão.
Lajeado	-Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social; -Saneamento e Meio Ambiente; -Saúde do Trabalhador; -Fiscalização de Contratos; -Vigilância Sanitária; -Recursos Humanos; -Orçamento e finanças	-Planos Municipais de Saúde; -Relatórios de Gestão; -Capacitação de conselheiros; -Atendimentos à população; -Políticas e Programas de Saúde -Construção de Unidades de Saúde; -Atendimentos de Média complexidade; -Informes da Gestão.
Santa Cruz do Sul	-Finanças; -Contratos e Convênios; -Relatórios; -Saúde do Trabalhador; -Saúde Mental; -Urgência e Emergência; -Ouvidoria	-Planos Municipais de Saúde; -Relatórios de Gestão; -Capacitação de conselheiros; -Convênios; -Políticas e Programas de Saúde -Denúncias; -Atendimentos de Média complexidade; -Informes da Gestão.

Fonte: Regimento Interno dos CMS da macrorregião

Os Conselhos Municipais de Saúde possuem outras ações e papéis desempenhados semelhantes, quais sejam: visitas de fiscalização às unidades de saúde integrantes do SUS, emissão de pareceres sobre projetos de lei, acompanhamento da execução da política municipal de saúde e análise dos pedidos de credenciamento junto ao SUS pelas unidades prestadoras de serviços de saúde, bem como assumem posições políticas em defesa da saúde da população, além de fazer o chamamento e organização das Conferências Municipais a cada quatro anos.

4.4 Perfil sociopolítico dos conselheiros de saúde

A terceira etapa da pesquisa buscou conhecer o perfil sociopolítico dos conselheiros de saúde através de questionários a todos eles por compreender-se a necessidade e a importância desses dados para a operacionalização efetiva das atribuições dos conselhos de saúde pesquisados. Sobretudo em virtude da complexidade e da dinâmica desse colegiado com base nas seguintes características: gênero, faixa etária, escolaridade, forma de ocupação profissional, segmento que representa no conselho, tempo de atuação, entre outras questões. O questionário foi autoaplicável via google forms.

Em um universo de cem (100) conselheiros presentes nos municípios pesquisados, foram analisadas as respostas de 70% dos conselheiros que responderam ao questionário. Os dados obtidos acerca do perfil dos conselheiros foram tabulados e classificados conforme as características descritas e submetidos às análises.

Dentre estes, observou-se que 54% são do gênero masculino e 45,7% feminino. Dessa forma, é possível perceber e confirmar que os homens ainda são maioria no que diz respeito às discussões e tomadas de decisões relacionadas a política de saúde na Macrorregião dos Vales.

Tabela 1: Relação de gênero dos conselheiros de saúde

Sexo	Frequência	%
Masculino	38	54,3
Feminino	32	45,7
Total	70	100,00

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Esses dados vêm de encontro a pesquisa realizada por Lemos *et al.*, (2016) sobre o perfil e visão do conselho municipal de saúde e sua atuação no município de Anápolis/GO que encontrou a predominância de conselheiros de sexo masculino.

A maior parte dos conselheiros encontra-se nas faixas etárias de mais de 60 anos (32,9%), seguidos por faixa etária de 50 e 59 anos (25,7%).

Tabela 2: Número e percentual dos conselheiros de saúde por faixa etária

Faixa etária	Frequência	%
18 a 24 anos	3	4,3
25 a 29 anos	2	2,9
30 a 34 anos	7	10,0
35 a 39 anos	9	12,9
40 a 45 anos	3	4,3
45 a 49 anos	5	7,1
50 a 59 anos	18	25,7
60 anos ou mais	23	32,9
Total	70	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Os dados revelam que os Conselhos Municipais de Saúde da Macrorregião dos Vales dispõem da experiência e maturidade de pessoas com idade mais avançada, assim como nos estudos supracitados, o que pode ser considerado um fator positivo, sem excluir o vigor e as ideias inovadoras da população mais jovem, que também são capazes de impulsionar mudanças positivas no cenário estudado (PEREIRA, 2010).

Ao avaliar os dados referentes ao grau de escolaridade dos conselheiros, pode-se verificar que, de um modo geral, a maior parte deles possuem alto grau de instrução educacional, sendo que aproximadamente 34,3% possuem ensino superior completo, 24,3% são pós-graduados e 22,9% possuem ensino médio completo, fator que pode facilitar a maior compreensão da dinâmica do Sistema Único de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde.

Tabela 3: Número e percentual dos conselheiros de saúde por grau de instrução

Grau de Instrução	Frequência	%
Ensino Fundamental Incompleto	3	4,3
Ensino Fundamental Completo	2	2,9
Ensino Médio Incompleto	1	1,4
Ensino Médio Completo	16	22,9
Ensino Superior Incompleto	7	10,0
Ensino Superior Completo	24	34,3
Pós Graduação	17	24,3
Total	70	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora, 2022

Conforme Lemos *et al.*, (2016), embora o alto nível de escolaridade dos participantes seja considerado um fator positivo, visto que as pessoas possuem melhor preparo para entender os assuntos tratados, esse fator deve ser ponderado pois pode sugerir outra interpretação, ou seja, isso pode caracterizar a exclusão das camadas menos favorecidas afetando a representatividade no interior dessa instituição (LEMOS *et al.*, 2016). Ver questão Cadoná

Quanto à ocupação dos sujeitos da pesquisa, (31,4%) são funcionários públicos, (30,0%) possuem algum trabalho com carteira assinada e (24,3 %) são aposentados.

Tabela 4: Número e percentual dos conselheiros de saúde por profissão/ocupação

Profissão/Ocupação	Frequência	%
Empregado com carteira assinada	21	30,0
Empregado sem carteira assinada	-	-
Funcionário Público	22	31,4
Aposentado ou pensionista	17	24,3
Micro empresário	4	5,7
Trabalhador autônomo	2	2,9
Desempregado	3	4,3
Agricultor	1	1,4
Total	70	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Embora que os entrevistados não especificaram o tipo de trabalho com carteira assinada, observa-se que a predominância de funcionários públicos e de aposentados podem estar relacionados às facilidades para participar das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde. Comumente, os servidores públicos são dispensados sem prejuízos para a participação e os aposentados, por não terem mais a rotina diária de trabalho, dispõem de mais tempo livre para se dedicarem aos mecanismos de controle social.

Dos conselheiros de Saúde respondentes, 40,0 % se declararam representantes dos usuários, 32,0% de trabalhadores de saúde, 15,7% dos prestadores de serviços de saúde, 10,0% de gestores, e 1,4% não sabe (isso porque alguns confundem entre ser usuário e trabalhador em saúde).

Tabela 5: Número e percentual dos conselheiros de saúde por segmento que representam

Segmento	Frequência	%
Usuário	28	40,0
Trabalhador em Saúde	23	32,0
Prestador de serviços em Saúde	11	15,7
Gestor	7	10,0
Não sabe	1	1,4
Total	70	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Mesmo o segmento usuário tendo uma predominância na participação, essa representação não significou uma paridade entre os segmentos pois somente 70% responderam as questões, não podendo, por isso, considerar inadequação no cumprimento da legislação ou a ausência de outros segmentos.

Em relação a frequência e ao número de mandatos exercido observa-se que há uma distribuição quanto ao tempo exercido pelos conselheiros municipais, sendo que a maioria, 32,9% está no primeiro mandato. Uma situação que se assemelha ao cenário encontrado por Pereira (2010) e aos que não lembram, são 18,5%. Estes que não lembram, são conselheiros que estão praticamente desde o início da criação dos conselhos, impossibilitando fazer uma conta precisa.

Tabela 6: Número e percentual dos conselheiros de saúde de acordo com o tempo de mandatos exercido

Mandato dos Conselheiros	Frequência	%
1º mandato	23	32,9
2º mandato	10	14,3
3º mandato	10	14,3
4º mandato	4	5,7
5º mandato	10	14,3
Não lembra	13	18,5
Total	70	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

É importante destacar que o processo de renovação constitui uma etapa importante para a participação política nos conselhos e para o exercício do controle social. A diversidade e a renovação dos participantes dos conselhos de saúde são saudáveis no processo democrático, uma vez que pode contribuir com novos olhares e saberes para a consolidação do exercício democrático no campo da saúde.

Sobre o número de conselheiros que representam instituições ou entidades, 72,9% responderam que sim, que representam.

Sabe-se que todos os conselheiros representam entidades. Seja gestor, prestador que representam um hospital ou laboratório, profissionais de saúde que representam seus conselhos de classe, uma associação ou sindicato e mesmo os usuários. Por vezes, essas questões não são esclarecidas, principalmente, quando se tem um grande número de conselheiros de primeiro mandato.

Quando se questiona aos conselheiros sobre a sua representação institucional no conselho, deseja-se também que esclareçam quais instituições são por eles representadas. Diante disso, obteve-se 48 respostas, ou seja: 68,57%.

Dentre os conselheiros que responderam o questionário, a maioria são usuários (70,83), seguidos por trabalhadores em saúde (14,60), prestador (8,33) e gestor (6,24). As entidades mais frequentes neste estudo foram: Associação dos Moradores de Bairros com 14,60%, seguida por Associação de Amigos e Familiares do Caps e também de Hospitais. Ambos com 8,33%.

Tabela 7: Número e percentual dos conselheiros conforme a instituição que representam

Instituição representada	Nº	%
Associação Amigos e familiares do Caps	4	8,33
Associação de moradores de bairros	7	14,60
Associação de Ag. Comunitários de saúde	1	2,08
Associação trabalhadores em saúde	2	4,17
Associação Pró-autismo	1	2,08
Centro de recuperação alcoolismo	1	2,08
Conselho Regional de Farmácias	2	4,17
Conselho Regional de Biologia	1	2,08
Conselho Regional de Serviço Social	3	6,25
Conselho Regional de Enfermagem	1	2,08
Hospital	4	8,33
Sindicato alimentação	1	2,08
Sindicato trabalhadores.de Transporte rodoviário	2	4,17
Sindicato de saúde	3	6,25
Sindicato dos metalúrgicos	2	4,17
Sindicato dos trabalhadores rurais	3	6,25
Sindicato dos bancários	1	2,08
Sindicato dos comerciantes	1	2,08
Diocese, Paróquia	3	6,25
Liga de Combate ao câncer	2	4,17
Serviço de Saúde	1	2,08
Sec. De Educação e Desenvolvim. Social	2	4,17
Total: 48	100%	

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Os dados coletados nessa pesquisa são considerados como um forte indicativo do avanço do ativismo político da sociedade civil organizada que teve como processo desencadeador a luta pela democratização do país.

Compreende-se que a participação da comunidade nos conselhos de saúde por meio de suas entidades e associações, tem a potencialidade de provocar mudanças de atitude nesses colegiados. Entende-se também que o empoderamento comunitário por meio de seus domínios e níveis pode constituir em um fator importante para as transformações necessárias de poder existentes nessas instâncias, além de contribuir para a consolidação da democracia via controle social e, assim, garantir melhorias no campo da saúde.

Em relação ao número de conselheiros que foram capacitados para a atribuição, as respostas constatam que 37,1 % conselheiros passaram por algum processo de capacitação. No entanto, 60% não receberam formação e 1,4% não se lembram e 1,4% não quis informar.

Tabela 8: Número e percentual dos conselheiros conforme a instituição que representam

Capacitação	Frequência	%
Sim	26	37,1
Não	42	60,1
Não lembro	1	1,4
Não quero informar	1	1,4
Total	70	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Constata-se, que a pesquisa limitou-se a perguntar se o conselheiro tinha ou não participado de algum tipo de capacitação, não entrando no mérito do conteúdo da mesma. Pereira (2010) no seu estudo em conselhos da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE/DF) e entorno encontrou, entre os conselheiros, um percentual ainda mais baixo, com apenas 9,8% dos conselheiros capacitados para exercer o mandato.

Já na pesquisa de Lemos *et al.*, (2016) cerca de 40% disseram que participaram de palestras, congressos e seminários, e 6% não responderam.

A falta de qualificação ou capacitação para o exercício de conselheiro municipal de saúde pode ser considerada um problema, pois, para uma boa atuação no CMS, é necessário conhecer a estruturação do SUS e o papel dos conselhos de saúde. O dado evidenciado de que a maioria dos conselheiros são novos (1º mandato) torna a questão ainda mais problemática. Os conselhos de saúde devem ser vistos como espaços onde o poder e o saber devem ser partilhados e articulados entre os seus diferentes atores sociais (CONASS, 2019).

Em relação ao comparecimento e à participação nas reuniões, o resultado foi positivo, pois 78,6% dos conselheiros afirmaram estarem presentes nas reuniões e 20,9% participam muitas vezes.

Tabela 9: Número e percentual dos conselheiros quanto a participações nas reuniões

Participação nas reuniões	Frequência	%
Sempre	55	78,6
Muitas vezes	14	20,0
Raramente	-	-
Nunca	1	1,4
Total	70	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Diferente da publicação de Lemos *et al.*, (2016) onde conselheiros assíduos se queixam da baixa participação dos colegas, afirmando que os representantes que participam assiduamente das reuniões do Conselho apresentam uma motivação de caráter pessoal, qual seja, o seu compromisso com a comunidade, o interesse nas informações ou ser ouvido pelo conselho. Outro estudo como o de Oliveira *et al.*, (2013) cita as ausências nas reuniões como problema a ser superado por meio da ampliação da atuação da sociedade.

Sobre a disponibilidade para as atividades do Conselho, 55,7% dos conselheiros afirmaram que sempre tem tempo e 35,7% disseram que muitas vezes possuem esta disponibilidade. Quando 5,7% manifestaram que raramente, outros 2,9% se pronunciaram nunca haver disponibilidade para participar.

Tabela 10: Número e percentual dos conselheiros com disponibilidade para atuação no Conselho

Disponibilidade para atuar no Conselho	Frequência	%
Sempre	39	55,7
Muitas vezes	25	35,7
Raramente	4	5,7
Nunca	2	2,9
Total	70	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

O fato de alguns conselheiros possuírem pouco ou nenhuma disponibilidade geralmente acontece quando não há diálogo entre o participante e a entidade que o encaminha, e por vezes desconhecem o real motivo de seus nomes terem sido indicados para representar uma entidade no conselho, mas acreditam que o seu papel e sua atuação servem para legitimar as decisões tomadas a priori pela instituição ou mesmo governo conforme observado por Martins *et al.*, (2011).

A respeito do apoio ou liberação por parte das entidades ou governo para a participação dos conselheiros nas reuniões 84,3% responderam que sempre recebem liberação, 11,4% muitas vezes recebem liberação para participação.

Tabela 11: Número e percentual dos conselheiros que recebem liberação para participar das reuniões

Liberação do trabalho para reuniões	Frequência	%
Sempre	59	84,3
Muitas vezes	8	11,4
Raramente	-	-
Nunca	3	4,3
Total	70	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Uma parcela mínima de 4,3% relata que nunca recebem apoio ou liberação para participar das reuniões. Vaichulonis *et al.*, (2021) em sua pesquisa sobre o Perfil dos conselheiros locais de saúde do município de Joinville, relata que 4,2% dos pesquisados recebem liberação de horas no trabalho, mas necessitam compensar. Importante a colocação de que a Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, dispõe que a função de membro do Conselho de Saúde não será remunerada, mas considerando a relevância pública da atuação garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro mediante comprovação das atividades exercidas (BRASIL, 2012).

Quanto a importância da participação no Conselho, os participantes assim consideram: 64% muito importante, 31,4% importante, 2,9% indiferente, e 1,4% irrelevante.

Tabela 12: Número e percentual dos conselheiros que consideram a importância da participação no CMS

Importância da participação no Conselho	Frequência	%
Muito importante	45	64,3
Importante	22	31,4
Indiferente	2	2,9
Irrelevante	1	1,4
Total	70	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Os dados demonstram que a maioria dos conselheiros entrevistados consideram sua participação nas reuniões como relevantes. Essas informações podem ser um forte indicador de que os conselheiros compreendem a participação de pessoas da comunidade por meio de suas entidades ou associações em fórum de participação democrática como fundamental para despertar o interesse político e possibilitar a formação de cidadãos conscientes da luta em defesa dos direitos a saúde.

Foi questionado se os conselheiros recebem algum subsídio ou pró-labore de deslocamento para participar das reuniões, o que 98,6% responderam que não recebem. O

conselheiro, membro do conselho de saúde, seja ele eleito ou designado pelo gestor público não recebe salário ou qualquer tipo de gratificação pelos trabalhos desenvolvidos para realizar essa atividade, todos são voluntários em prol do bem do cidadão, mas devem cumprir com obrigações como participar das reuniões ordinárias, defender o bem público, representar os municípios e pleitear por melhorias em sua região.

Outra questão foi se a participação dos conselheiros influencia nas tomadas de decisões. 50% dos conselheiros responderam que sempre, 32% responderam que muitas vezes, 14,3% raramente e 2,9% nunca.

Tabela 13: Número e percentual dos conselheiros que têm influência na tomada de decisão

Influência da participação na tomada de decisão	Frequência	%
Sempre	35	50,0
Muitas vezes	23	32,9
Raramente	10	14,3
Nunca	2	2,8
Total	70	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Lavalle e Isunza (2011) defendem que a participação na tomada de decisões tem o potencial de desenvolver no cidadão o sentimento de corresponsabilidade junto à sociedade, que além de motivar a formação de identidades sociais amplas, também colabora para a legitimação das instituições políticas (LAVALLE, ISUNZA, 2011). Os conselhos de saúde atuam como cooresponsáveis das políticas públicas, conforme previsto pela Constituição Federal de 1988, emoldurado com as prerrogativas e garantias legais. Desta forma, o exercício do controle social está relacionado diretamente à participação dos cidadãos na gestão pública, ou seja, intervindo na tomada de decisões e fiscalizando a utilização dos recursos públicos para que realmente atendam aos interesses da população. Portanto, o controle social se concretiza no processo de mobilização social de acordo com a capacidade da sociedade civil organizada de interferir na gestão pública (LAVALLE, ISUNZA, 2011).

Sobre igualdade de oportunidade de intervenção nas reuniões dos conselhos, 94,3% responderam que sim, todos possuem igualdade de intervenção.

Mediante a negativa de algumas das respostas, perguntou-se quem tem maior poder de influência nas reuniões e obteve-se cinco (5) respostas entre as quais:

Tabela 14: Número e percentual dos conselheiros que possuem maior influência nas reuniões

Quem possui maior influência nas reuniões do conselho	Frequência	%
- Quem recebeu capacitação	1	20,0
- Presidente	1	20,0
- Gestor	3	60,0
Total	5	100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Sobre essas colocações, alguns conselheiros consideram que a gestão participativa no SUS não se consolidou como uma prática efetiva da gestão pública. Observa-se desta forma, um desconhecimento sobre as bases legais e ideológicas da participação social em saúde, gerando uma forte influência dos gestores locais na dinâmica e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, impedindo que este seja um espaço concreto para que os usuários se apropriem da forma institucional e política do conselho e da possibilidade de interferir, discutir e deliberar sobre as questões de saúde do município (MARTINS *et al.*, 2011).

Acerca da participação em Conferências de Saúde, 42,9% responderam que sempre participam, 15,7% responderam que participam muitas vezes, 15,7% raramente participam e 25,7% nunca participaram de conferências de saúde.

Tabela 15: Número e percentual dos conselheiros conforme participação em Conferências de Saúde

Participação em conferências de saúde	Frequência	%
Sempre		42,9
Muitas vezes		15,7
Raramente		15,7
Nunca		25,7
Total		100,0

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Os conselhos de saúde entre as suas várias atribuições legais no que refere ao planejamento e definição de políticas de saúde destaca-se a responsabilidade de convocar e organizar as conferências municipais de saúde, de rever e definir diretrizes para os Planos Municipais de Saúde e de examinar os principais problemas dos municípios. Além de propor a convocação da conferência eles estruturam a comissão organizadora e submetem o regimento e programa a plenária. Com as respostas obtidas, poderia ser preocupante o alto índice de conselheiros que nunca participaram de conferências de saúde. Porém, considera-se o grande número de conselheiros em primeiro mandato que ainda não tiveram a oportunidade de participar, visto a realização das conferências acontecerem de quatro em quatro anos.

Ao serem questionados sobre a existência de comissões nos conselhos, 82,9% responderam que sim, que existe.

Constituídas pela Lei nº 8.080/90, as comissões do Conselho Municipal de Saúde têm como finalidade assessorar, opinar, propor ou dar orientação técnica e subsídios de discussão para deliberações sobre a formulação da estratégia assuntos relativos às políticas públicas de saúde.

Mediante as respostas afirmativas da questão anterior questionou-se se o conselheiro participa de alguma comissão. De 63 respostas, 54% responderam que sim, que participam de comissões no conselho. Diante dessas afirmativas, questionou-se em quais comissões os

conselheiros participam. Obteve-se 35 respostas, onde Finanças e Orçamento e Câmara Técnica sobressaíram em participação.

Tabela 16: Número e percentual dos conselheiros conforme as comissões que participam

Comissões	Nº	%
Acompanhamento de ações e projetos	5	14,29
Análise de relatórios de gestão	1	2,86
Comissão especial	1	2,86
Fiscalização de serviços de Saúde	1	2,86
Prestação de contas	5	14,29
Avaliação de contratos	1	2,86
Análise de documentos em saúde	1	2,86
Saúde do Trabalhador	1	2,86
Saúde mental	2	5,70
Finanças e orçamentos	7	20,0
Câmara técnica	7	20,0
Investigação	1	2,86
Nulas	2	5,70
Total: 35	100%	

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

A próxima questão foi sobre o papel dessas comissões, com 20 respostas recebidas e que se encontram na tabela 17 dos apêndices.

Tabela 17: Número e percentual dos conselheiros com respostas sobre o papel das comissões

Papel das Comissões	Nº	%
Fiscalizar as contas públicas	4	20,0
Avaliar contratos de entidades prestadoras	1	5,0
Fiscalizar as ações institucionais e governo	2	10,0
Analisar os temas apresentados no CMS	4	20,0
Análise da prestação de contas da saúde	4	20,0
Análise dos projetos executados na saúde	2	10,0
Acompanhar as ações governamentais	1	5,0
Receber denúncias	1	5,0
Não sei	1	5,0
Total: 20	100%	

Fonte: Dados sistematizados pela pesquisadora

Os dados obtidos neste momento da análise sobre o perfil dos conselheiros acerca do controle social, confirmam o pressuposto da base de conhecimento para o desenvolvimento da ação de qualificação dos conselhos municipais.

Este estudo buscou compreender aspectos do perfil dos conselheiros municipais de saúde da Macrorregião dos Vales e suas visões sobre a atuação nos Conselhos Municipais de Saúde das quatro (4) Regiões de Saúde. Em tempos de grandes investidas ao Sistema Único de Saúde (SUS), pesquisas que possam contribuir para o debate da participação social e do controle social fazem-se necessárias pois são possibilidades para a consolidação do SUS no país.

4.5 Entrevistas semi estruturada

Para a quarta etapa da pesquisa foram realizadas entrevistas com 28 participantes dos Conselhos Municipais de Saúde da Macrorregião dos Vales através de um roteiro prévio considerando como recorte temporal, o período de 2010 a 2021 (dez anos) que refere ao estudo e análise documental.

O roteiro das entrevistas realizadas encontra-se nos apêndices podendo ser observado que para as categorias e subcategorias que conduziram a realização das mesmas foram consideradas outras questões norteadoras do estudo antes enunciadas da seguinte forma:

Quadro 11 – Categorias e subcategorias enquanto questões norteadoras

Nº	Categorias	Subcategorias
<i>i</i>	Atribuições e competências dos conselheiros de saúde.	<p>a) A atuação dos conselheiros, os órgãos que representam, a participação local dos conselheiros; sobre as reuniões: quem estabelece as pautas, se as reuniões são abertas a população, como o conselheiro reporta às suas bases de representação as proposições definidas nas reuniões.</p> <p>b) Sobre capacitações: se acontecem, e existência ou não de diferenças entre os representantes governamentais e usuários, e como os conselheiros percebem a importância deste conselho ao município.</p>
<i>ii</i>	Tomada de decisão pelos conselheiros de saúde.	<p>a) O processo de deliberações: aprovações pelo Conselho municipal de saúde, se obedece aos princípios do SUS.</p> <p>b) Obstáculos enfrentados no processo de deliberação: se existe a influência de alguns atores na tomada de decisão; se as informações fornecidas pelo poder público são suficientes para a tomada de decisão que representa a coletividade.</p>
<i>iii</i>	Relações de poder.	<p>a) Como se dá o debate de negociação entre os conselheiros envolvidos na discussão sobre assuntos de interesses do governo, se existe transparência e diálogo; sobre as questões de conflitos entre os interesses de participar e deliberar (ganhos pessoais e comunidade).</p> <p>b) Como se dão os conflitos de interesses entre a representação social e questões partidárias (cooptação política).</p>

iv	Desmonte das políticas de saúde num contexto da pandemia Covid-19. Uma análise sobre os avanços e retrocessos das políticas públicas de saúde (conquistas nos últimos 30 anos) com a falta de investimentos (EC 95).	<p>a) Como essas medidas restritivas de financiamento está impactando os direitos sociais e públicos da população na atual conjuntura; como isto afeta a implementação das políticas públicas de saúde e o que fazer para reconquistar os valores e direitos sociais no que tange a responsabilidade de atuação dos conselheiros no atual contexto de pandemia Covid-19.</p> <p>b) como os conselheiros de saúde enfrentam os desafios para a efetivação de um espaço de negociação e deliberação entre sociedade e governo seguindo os protocolos do Estado sobre a pandemia.</p>
----	--	--

Fonte: Dados sistematizados pela Pesquisadora

Entende-se que analisar a atuação dos conselheiros de saúde em suas dinâmicas participativas e desenhos institucionais contribui para a compreensão sobre o espaço político que ocupam na Macrorregião dos Vales. Porém, antes dessa análise, cabe apresentar algumas características dos gestores municipais, dos trabalhadores, dos prestadores de serviços e usuários que foram entrevistados, contemplando, como pode ser observado: o sexo, a escolaridade, e o tempo de atuação no conselho de saúde dos municípios investigados e que, através de seus depoimentos, sustentam empiricamente a reflexão apresentada.

Quadro 12: Entrevistados, de acordo com algumas características de atuação

Gênero		Nível Educação Usuários		Nível Educação Trabalhadores		Nível Educação Prestadores		Nível Educação Gestores		Tempo Atuação entre anos	
M	F	Superior	Médio	Superior	Médio	Superior	Médio	Superior	Médio	M	F
15	13	3	11	8	-	2	-	4	-	1-35	1-22

Fonte: Dados sistematizados pela Pesquisadora

Importante ressaltar (como já, inclusive, indicado no texto da introdução) que a escolha dos entrevistados ocorreu de forma a contemplar gestores, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços de saúde e usuários de forma paritária.

4.5.1 Atribuições e competências dos conselheiros de saúde.

Como visto anteriormente, os conselhos de políticas públicas de saúde são instituições que têm característica deliberativa e estão relacionados a vivências participativas que apoiam e indicam a definição dos participantes da deliberação, bem como as características desiguais que informam a sociedade brasileira e precedem a participação nessas instituições (ALMEIDA;

CUNHA, 2011).

Porém, para continuar na caracterização da importância da deliberação, dos seus processos e resultados é importante explorar algumas lacunas existentes, posto que interferem na operacionalização dos ideais deliberativos. Almeida e Cunha (2011) elencam as principais lacunas, quais sejam: a necessidade de se identificar quem constitui e quem participa da deliberação é a principal delas, os tipos de desigualdades que estão presentes na deliberação, a atuação do tipo de política e do bem em disputa e o impacto da presença de questões de confronto como de auto interesse e argumentos estratégicos para a legitimidade democrática (ALMEIDA; CUNHA, 2011).

De acordo com as autoras, a análise de “quem institui” o processo, por exemplo, poderiam estar relacionados desde o interesse dos gestores públicos de instituir processos deliberativos e fóruns participativos para definição de políticas públicas, até mesmo a fatores referentes aos sujeitos responsáveis pela definição das pautas de discussão base do processo deliberativo. No caso da questão de “quem participa”, estariam ligados fatores da capacidade de inclusão das instituições participativas e da representatividade daqueles indivíduos que pretendem agir em nome da “sociedade civil” (ALMEIDA; CUNHA, 2011)²⁰.

Uma primeira questão a ser analisada e que foi proposta para os entrevistados no sentido de analisar em que medida o processo de participação constitui-se como elemento importante para direcionar os trabalhos a partir da prática dos princípios da democracia participativa e deliberativa refere às:

- a) Concepções sobre os conselhos de saúde, sobre o seu funcionamento, sobre a participação dos conselheiros nos órgãos que representam e a atuação dos conselheiros.

Neste sentido, ao serem questionados, alguns entrevistados referiram com posicionamentos conscientes de que a participação da sociedade, a autonomia do controle social perante o Estado e o poder Executivo “*está previsto na legislação de saúde, os conselhos municipais de saúde são fiscalizadores, deliberativos, inclusive das sanções econômicas e participativas de todas as ações públicas de saúde*” (Conselheiro 1). Em suas falas, os entrevistados dimensionam a importância do conselho de saúde como uma forma de democracia participativa. “*É um espaço legal e legítimo de controle social do usuário do SUS, um espaço que eles realmente têm que questionar, as coisas precisam chegar ali, tem a questão de ser deliberativo, então ali é o momento que eles têm para estar participando*” (Conselheiro 2).

Avaliam como um processo social em construção, com implementação da saúde e como

²⁰ Grifos da autora

uma conquista de participação dos conselheiros nesse processo.

Acredito que os conselheiros sejam uma ponte entre a gestão e a população no geral. São um elo de ligação, eles estão de certa forma representando os usuários do SUS perante a administração. E estão em responsabilidade de controlar também as atividades desenvolvidas dentro da saúde, dentro do SUS (Conselheiro 3).

Outros entrevistados destacaram os avanços obtidos pela própria atuação no conselho tanto em termos democráticos quanto em termos de conhecimento das políticas de saúde:

A nossa atuação tem como objetivo levar para o conselho, que é esse colegiado de representantes do sistema único de saúde, os pleitos e demandas que a nós chegam, da nossa entidade e dos trabalhadores da nossa categoria. Já tivemos muitos aprendizados, diferentes visões da saúde e do SUS, e acho que esse é um dos desafios que temos hoje em dia (Conselheiro 4).

Alguns conselheiros expressam tanto a sua atuação como a de outros conselheiros através de uma visão crítica na construção de uma identidade social ampla e participativa semelhante a uma entrevistada quando diz que os conselheiros de seu município *“são atuantes, mas não propositivos. Mas, algo de bom que é bem importante é a questão das comissões que são atuantes: de finanças, da saúde do trabalhador, elas funcionam”* (Conselheiro 5).

Penso que o conselho além de fiscalizar e deliberar tem ou deveria acompanhar as ações e serviços de saúde, pois acho que essa questão fica devendo as vezes. Eu estou fiscalizando o teu trabalho, não estou lá acompanhando o que está sendo colocado para o usuário, como que está aquele serviço, se está bom ou não está (Conselheiro 2).

Entendo que, o Conselho é espaço de debate da gente estar reivindicando ações e não simplesmente aprovações de projetos de lei, de recursos e repasses para os hospitais e emendas parlamentares que nos últimos anos isso é algo que me intriga muito enquanto pessoa, porque é a maior parte das demandas das nossas reuniões no Conselho (Conselheiro 5).

Outros, se colocam ou colocam alguns dos conselheiros em um patamar de pouca participação.

A gente participa, mas sem muito envolvimento, o conselho não se envolve, a gente só faz reunião, aprova e tal, de repente tem que ser um pouco mais participativo, ficando mais em cima, para acompanhar ou até se intervir, ajudar, né, e isso não tá acontecendo (Conselheiro 6).

Tem alguns conselheiros que não agregam nada. Nem sabem para que são conselheiros, embora tenham acesso às informações e ao Estatuto. Compõe o conselho por ser indicado por suas instituições e tem disponibilidade só não se interessam em participar ativamente. Então eu digo assim, nós temos muitos conselheiros empenhados mas tem muitos que não. (Conselheiro 7).

Por constituírem os espaços de participação social na administração do sistema público e atuarem na formulação e no controle da execução da política de saúde propondo estratégias de coordenação e gestão do SUS, os Conselhos de Saúde consolidam o controle social, um dos fatores mais importantes para o sucesso na implantação do SUS. É a capacidade que a sociedade

tem de intervir na gestão pública colocando as ações do Estado na direção dos interesses da comunidade. Permite à população o direito de fiscalizar as ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde, dentro de cada esfera de atuação (LANDERDHAL *et al.*, 2010).

- b) Sobre as reuniões foram questionados sobre quem estabelece as pautas, e como se constitui a participação nas reuniões.

Vários entrevistados responderam que as pautas são estabelecidas “...ou pela secretaria da saúde, ou hospital. Ela é apresentada, e se alguém tem o que propor, aí fala na hora. Por exemplo: Ah! Mas eu queria saber como tá a situação de quem, o que tem, vamos dizer assim” (Conselheiro 6).

A pauta a gente já recebe a pronta, né, mas quase sempre, é o gestor da saúde, que no caso representa a secretaria da saúde, é o hospital, que tem as suas pautas, os seus relatórios, a prestação de contas do que foi gasto com determinadas verbas, é isso então. [...] a opinião de todos é considerada. (Conselheiro 8)

A pauta é organizada antecipadamente pela secretaria. Toda e qualquer pauta que a gente solicita ou fazemos a solicitação na reunião anterior para a próxima ou a gente tem um prazo sempre de uma semana, por exemplo. Tem um momento para assuntos gerais, mas assim, realmente assuntos que não levariam muito tempo (Conselheiro 9).

Essas informações são confirmadas pelos gestores entrevistados quando dizem:

Quando a gente precisa discutir alguma coisa com os conselheiros, prestar alguma conta ou pedir o parecer, a gente submete, mandamos um ofício para a secretária do conselho pontuando quais as pautas que queremos levantar naquela reunião, aí ela faz a convocação com as pautas que a gente solicitou (Conselheiro 10).

Existe porém, uma forma mais consensual na formação de pautas para as reuniões, onde “os próprios conselheiros pedem as pautas. Tu podes solicitar através de ofício” (Conselheiro 11).

São todos. O governo pode pedir pauta sobre determinado assunto, o presidente do conselho ou qualquer conselheiro pode solicitar pauta. Também se há uma pessoa que não seja conselheiro pode pedir um momento para falar e apresentar sua pauta (Conselheiro 12).

São indicadas pelos membros do conselho. Às vezes os conselheiros solicitam, dependendo do que trazem, das questões que chegam, e acabam entrando na pauta. Tem a questão do conselho ter uma secretária, que fica ali na questão de organizar pauta, atas, organizar o que acontece (Conselheiro 13).

As reuniões foram mencionadas em dois momentos distintos: Reuniões presenciais e virtuais, devido ao momento pandêmico. Sendo que: “se tu me perguntares sobre o Conselho aqui do município se é participativo nas reuniões, os conselheiros vão, não vejo ter faltas, mas

participar do acompanhamento das ações, isso não” (Conselheiro 2).

Em reuniões, nós conselheiros analisamos se passou ou não passou pelo crivo do conselho. Falamos que tais e tais projetos desconhecemos e nem foi apresentado para nós. Quando o tribunal de contas fiscaliza, a primeira coisa que eles solicitam na saúde são as atas do conselho e eles analisam tudo que foi discutido e daí eles vão descobrir o que querem saber (Conselheiro 1).

Nem todos os conselheiros que estão lá sabem da sua importância, eu vejo a importância, e como as nossas decisões são importantes para o município, para a saúde, mas nem todo mundo participa, muitos vão rapidinho, outros estão mais engajados, procuram saber, entender e ir atrás, e alguns, vão só para representar (Conselheiro 14).

Os entrevistados de municípios mais atingidos pela pandemia de Covid-19 e que tiveram a necessidade de encontros virtuais possuem visões diferenciadas sobre a participação nas reuniões dos conselhos.

Quando tínhamos reuniões presenciais eu detectava muito, que pode interferir em outros setores, principalmente, dos usuários, que é a questão de que naturalmente as pessoas que têm mais conhecimento científico por parte das tecnologias, elas não se dão conta que tem que mudar o linguajar na hora de explicar certas coisas, muitas vezes fica excessivamente técnico e, a gente vê pessoas que representam setores com menos instrução acabam se sentindo intimidados e isso também pode forçar uma não-participação frequente (Conselheiro 15).

- c) Em relação às reuniões serem abertas à participação da população e se existe capacitação e educação permanente aos conselheiros.

Alguns entrevistados disseram que sim, que era uma reunião aberta. Porém não entenderam que é pelo fato de a população ter acesso direto nas reuniões. *“Sim é aberto aos conselheiros e toda a população, aos estudantes que participavam antes, e também on-line eles participam. Professores também tem disciplinas que solicitam a participação no Conselho”* (Conselheiro 16).

Eu acho que o Conselho Municipal da Saúde não deve só fazer a reunião dentro de um ambiente só para eles, um Conselho Municipal, eu acho que, deve levar para fora e fazer as pessoas participarem e conhecerem a lei do SUS. Eu acho, porque daí a comunidade tem outra visão sobre o Conselho Municipal, sobre a saúde pública, é essa a minha visão. Eu acho que é esse o desafio. (Conselheiro 7).

A reunião é aberta sim, quem quiser pode vir participar. O problema é o horário ser em hora comercial, as pessoas estão trabalhando, aí fica mais difícil a participação. Atualmente a reunião é feita no salão do Sindisaúde, mas antes era feita na secretaria de saúde, mas por motivos de alguns membros não conseguirem se deslocar até lá, por questão de saúde, idade, obesidade, para ir lá na secretaria, essas pessoas tinham que subir três lances de escada. Então preferimos transferir para o Sindisaúde, que cedeu o espaço para as reuniões (Conselheiro 12).

Um entrevistado respondeu que já houve tentativas mas com pouco sucesso.

Eu vejo também uma certa dificuldade da participação não dos conselheiros, mas também da população em geral. Nós tivemos alguns chamamentos aqui para audiência de apresentação de números, até daquele relatório quadrimestral, o quadrienal, mas o

peçoal não comparece (Conselheiro 3).

Quanto a qualificação do controle social, ela pode ser efetivada mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo através da promoção de educação popular e permanente, da capacitação de lideranças e conselheiros. Deve-se assim, estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na saúde (BRASIL, 2012).

Mediante isso, foi questionado se existem capacitações ou educação permanente aos conselheiros entrevistados em seus devidos conselhos e obteve-se respostas diversas, como:

Sempre tem capacitação online, como um amigo meu que é do conselho Nacional de Saúde, ele está sempre postando nos grupos as reuniões e palestras de capacitação para os conselheiros. Mas daí é disponibilizado. Isso é importante, por nesse período de pandemia, principalmente, quando não se consegue ter o encontro presencial, tem essas capacitações para não ficar sem entendimento (Conselheiro 17).

Nós tivemos a última capacitação de conselheiros há dois anos e meio atrás. Esteve o presidente do Conselho nacional aqui. Sempre friso para os conselheiros, que nós devemos ter capacitações, porque os novos que integram qualquer entidade, devem ser preparados. Ultimamente não, de dois anos para cá não, pela pandemia né? (Conselheiro 18).

Alguns entrevistados possuem uma visão mais crítica quanto a falta de interesse dos conselheiros em busca por capacitação.

Tem capacitações. Porém quem tem feito essas capacitações são profissionais do gestor, que podem ser liberados. Como que você vai liberar um trabalhador, conselheiro e dizer que ele vai fazer, como que você vai recuperar essas horas. A maioria dos conselheiros que nós temos, que é metade de usuários, são agentes sindicais que não são liberados. É difícil, mas essas capacitações sempre são bem-vindas (Conselheiro 19).

Outros percebem a importância e pouco conhecimento dessa possibilidade. Principalmente quando se trata de conselheiros com pouco tempo de participação. *“Não tem tido capacitações. Achei bem interessante, porque eu nunca tinha pensado nisso, capacitar as pessoas para serem conselheiros”* (Conselheiro 10).

Eu tive com o nosso presidente que já está um pouco mais de tempo no Conselho, mas foi uma conversa rápida sobre o que o Conselho representa para o município. Mas, do Conselho não tivemos nenhuma capacitação não. Eu acho que seria bem interessante, bem importante (Conselheiro 9).

Os conselheiros concordam sobre essas necessidades, pois a capacitação obtém valor para que o processo participação e controle social não fique submerso em dificuldades, tais como a falta de representatividade entre conselheiros e suas bases (PEREIRA, 2010).

Desta forma, a dificuldade que muitos conselhos apresentam em relação aos mecanismos necessários para a sua própria gestão os impede de atuar de forma mais autônoma em relação ao poder público local.

d) Outra questão destinada aos conselheiros de saúde foi sobre as comissões temáticas.

Elas envolvem, segundo RAMOS *et al.*, (2012), trabalhos internos que direcionam as ações dos conselheiros e do governo por meio das plenárias. Essas comissões se organizam internamente, de acordo com dinâmicas próprias para a realização de suas tarefas. São criadas para viabilizar o funcionamento do conselho de acordo com necessidades específicas. Podem também ser propostas a criação de comissões temáticas intersetoriais, a serem formadas por organismos governamentais e entidades representativas da sociedade civil para fins de estudos e articulação de políticas e programas de interesse da saúde pública, cuja execução envolve áreas não compreendidas no âmbito do SUS (RAMOS *et al.*, 2012).

Sobre esta questão, conselheiros afirmaram que tem e participam de comissões em seus conselhos. *“Eu acredito que quando a gente tem que levantar essas propostas como a de formar comissões com propósitos, com objetivos. Precisamos ser mais pontuais e resolutivos”* (Conselheiro 20).

Faço parte da comissão do conselho de prestação de contas. Temos reuniões trimestrais, em que a gente fica conhecendo tudo que se passou dentro da UPA, e dos postos de saúde, o que se gastou e o que precisa melhorar, inclusive sobre estrutura humana (Conselheiro 18).

A essência das Comissões Temáticas está no assessoramento do Plenário, tendo seus objetivos, competência, composição e prazo de duração estabelecidos em resolução do Conselho Municipal de Saúde.

Existem várias comissões específicas, dependendo da necessidade do conselho. Outras comissões e grupos de trabalho para ações temporárias por vezes são criadas, de acordo com as necessidades do município. Algumas, consideram os blocos de financiamento do SUS (Conselheiro 21).

Propor critérios para a criação de comissões ao efetivo desempenho do Conselho de Saúde é necessário para aprovar, coordenar e supervisionar as suas atividades. Seu papel consiste em discutir e articular as políticas, normas e programas das instituições e setores de interesse do Sistema Único de Saúde, como também submeter ao pleno dos Conselhos de Saúde as suas recomendações.

A comissão de Saúde garante a participação da população para propor, acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas locais de saúde. [...] A Comissão de Saúde opina sobre proposições e assuntos relativos às políticas públicas de saúde física e mental, sobre as campanhas e ações educativas em saúde e outras mais (Conselheiro 22).

Essas comissões também emitem pareceres sobre proposições referentes aos assuntos de sua especialização. Promovem estudos sobre problemas de interesse público relativos à sua

competência, acompanham as atividades de Secretaria de Estado e Municípios e entidades relacionadas com a sua especialização.

- e) Quanto a importância deste conselho no município para a operacionalização efetiva das atribuições dos conselhos de saúde que são complexas e dinâmicas.

Os entrevistados dimensionam como uma forma de democracia e participação da sociedade na política pública de saúde, uma vez que percebem o conselho de saúde como importante. “[...] é importante para a gente ver se as coisas estão sendo feitas de maneira correta. Primeira coisa, se o dinheiro do município está sendo usado na saúde, que é aonde a gente aprova ou não aprova as coisas, né” (Conselheiro 23).

Nas falas, os conselheiros consideram a importância do conselho de saúde como: “*A meu ver acredito que uma das formas mais eficientes em um regime democrático seria o controle social, portanto ele é fundamental nas políticas de saúde pública em nível de Brasil*” (Conselheiro 21).

Considero o conselho de saúde um conselho de extrema importância porque é deliberativo na execução de todas as ações que são feitas na saúde. [...] e somos nós que decidimos se sim ou não e pedimos mais informações para que o dinheiro público seja bem utilizado. Acho que é de grande importância existir um Conselho de Saúde do município e ele ser ativo (Conselheiro 14).

Eles avaliam como um processo social em construção nos municípios, com mudanças no processo.

Participar do conselho de saúde é bem importante, né, porque são definidas ali, são aprovadas as atividades que tanto o gestor faz, que o hospital também faz [...]. Então claro que o conselho muitas vezes apresenta relatórios e a gente vota, delibera, tudo bem. Mas na verdade ele poderia ir além, né, dizendo do meu ponto de vista. Ele, claro, de repente, através de comissões, por exemplo [...]. E nós temos como conselheiros um papel importante de saber construir e nós estamos também construindo um papel de muita importância para a saúde do país (Conselheiro 9).

Há um reconhecimento de que o aprofundamento da democracia requer um conjunto de formas participativas que ampliem as chances de vocalização e expressão de um número cada vez maior de pessoas, capacitando-as a partilharem autonomamente o exercício do poder político.

Considero que o controle social é uma das formas mais magníficas de a sociedade civil estar exercendo esse processo democrático e participativo. Pena que nem sempre ele é entendido dessa forma. Entendo também, que às vezes pela falta de entendimento dos conselheiros e também de ir atrás do que é realmente as suas competências enquanto conselheiro, porque quando eu estou conselheira eu não posso, em momento algum, votar pela minha pessoa e sim pela categoria que eu represento. Muitos não sabem das suas competências, o que desqualifica um pouco desse processo também. Eu sempre digo: o Conselho não sabe o poder que tem e muito pela falta de capacitação desses conselheiros as vezes as reuniões acabam sendo simplesmente

aprovação e não se é questionado o porquê daquele projeto ou daquele recurso que foi aprovado, porque, volto a dizer, pela falta de entendimento do que é primeiramente o SUS na sua totalidade, suas diretrizes, enfim... todas essas questões que vem (Conselheiro 5).

Os conselheiros têm uma consciência da sua participação como função e papel de controle social vinculado ao exercício da gestão. Apresentam como foco de suas preocupações a organização dos serviços de saúde, a oferta de qualificação dos serviços prestados aos usuários e a fiscalização dos recursos que em sua maioria está vinculada à execução dos programas e ações em saúde.

Quando eu atuei no conselho eu fui uma conselheira assídua, Eu sempre tentei levar o trabalho do conselho para a instância estadual eu representei o Conselho de Saúde do nosso município. Sendo a participação no conselho de forma voluntária, poucas pessoas se propõe a participar, pois é necessário dedicação e responsabilidade. Então acho muito importante poder trabalhar pelo seu município e lutar por aquilo que tu achas que é importante (Conselheiro 7).

Neste sentido, para além da constatação da importância da dinâmica participativa para o fortalecimento de uma democracia, os conselhos de saúde são os meios pelos quais a população pode realizar, de forma autônoma, intervenções no processo de gestão das políticas públicas, para junto ao órgão gestor formular estratégias, controlar, fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas em cada esfera do governo. Constituem-se em espaços democráticos de construção de uma nova ordem, capaz de recuperar o sentido autêntico de liberdade, democracia e igualdade social. Cabendo a eles, como representantes desse espaço, tornar tais atribuições exequíveis onde se delibera sobre os processos de gestão dos recursos públicos (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

4.5.2 Tomada de decisão pelos conselheiros de saúde.

A questão mais importante empreendida neste estudo é de que a atuação das instituições participativas e os desenhos institucionais se dão em contextos sociais, políticos e econômicos determinados. Essa questão é relevante porque indica que a atuação dessas instituições impacta as políticas públicas e os contextos nos quais estão inseridas, mas, também, são influenciadas, condicionadas e têm suas possibilidades e limites de atuação determinado pelos próprios contextos e estruturas institucionais em que se inserem.

Como já colocado neste estudo, o Brasil vem demonstrando sua forma democrática de participação da sociedade nos processos decisórios que envolvem temas de interesse coletivo desde a década de 90, a exemplo dos Conselhos gestores.

Autores como Zambon e Ogata (2011) salientam a importância de avaliar o direcionamento gerado na tomada de decisões, pois mesmo que se espere que um conselho deva

possuir em sua essência caráter consultivo e deliberativo, em muitos casos os conselhos são meramente consultivos, ou seja, seus membros são consultados pelo poder Executivo, mas sem poder de deliberação próprio dos conselhos deliberativos (ZAMBOM, OGATA, 2011). Dessa forma, para além de deliberar, os conselhos participativos desempenham um papel informador na medida em que fornecem divulgações, capacitam para tomada de decisões e desenvolvem sabedoria política contribuindo para o desenvolvimento de competências e habilidades a partir das experiências que são vivenciadas pelos participantes (ZAMBOM, OGATA, 2011).

E, para que se compreenda a tomada de decisões pelos conselheiros de saúde, há uma questão crucial aos entrevistados acerca dos vários processos e o primeiro deles enquanto subcategoria que trata do processo de deliberação é quando se procura saber sobre:

- a) Processo de deliberações: aprovações pelo Conselho municipal de saúde, se este obedece aos princípios do SUS.

Quanto à isso, os entrevistados responderam: *“Essa é a função do controle social. Nós temos que fiscalizar, deliberar e participar de todo o projeto que vão fazer para saúde durante o ano. A responsabilidade é grande”* (Conselheiro 24).

Existe uma lei que estabelece os conselhos, uma lei que estabelece o fundo da saúde e também existe um compromisso pré-formulado, por escrito, de todos os envolvidos. Uma série de decretos, leis e procedimentos que obedece os objetivos e as diretrizes do SUS, com atendimento universal, com equidade com poderes iguais de decisão para deliberar através do voto. Todos os assuntos que são debatidos são colocados em votação e deliberação (Conselheiro 3).

A maioria das propostas precisam de votação, e algumas não. Então, eu acho que dentro do conhecimento que os demais conselheiros têm, já é analisado também perante a Legislação, se precisa de votação e o que não precisa. Algumas propostas não precisam, são só informes e tem coisas que devem ser votadas, é colocado um assunto, explicado e depois é colocado para votação ou não. Mas, está sempre aberto para os conselheiros fazerem perguntas ou dúvidas de todos. Todos têm o mesmo poder de decisão e podem questionar, não aprovar. Nos últimos tempos não temos muitos problemas de não-aprovação (Conselheiro 16).

Alguns entrevistados têm na participação o conhecimento construído a partir de seu saber, da percepção de sua realidade o que traz à tona aspectos e peculiaridades muitas vezes não acessíveis aos outros conselheiros. Devido a isso, deve ser facilitado o acesso pelas autoridades competentes o acesso a todas informações necessárias para o processo de tomada de decisão para a deliberação das propostas. Pois nem sempre isso acontece, conforme as seguintes informações. *“Muitas vezes aprovamos com ressalvas, não aprovamos totalmente a proposta”* (Conselheiro 17).

Geralmente os projetos já vem pronto para aprovar. É difícil também não aprovar, tem que ter muito argumento, também, porque muitas vezes são verbas que vem de deputados e de outros órgãos governamentais, e se a gente não aprova as verbas

voltam, elas não podem ser usadas [...]. As vezes acontece da gestão trazer um projeto que já está em execução para aprovação. Daí, dificilmente alguém é contra, né? (Conselheiro 8).

Mediante a falta de informações, *“tem uns que não votam nem a favor nem contra, se abstém. Às vezes, é assim porque a gente tem que estudar a proposta. Quando vem eu estudo bem para saber no que eu vou votar”* (Conselheiro 11).

Normalmente é apresentado os custos ou a questão que é apresentada para questionamentos e aprovação, às vezes tem questionamentos e algumas vezes não tem aprovação e tem aprovação geral. Já vi que alguém coloca lá que se abstém da resposta, não questiona mas também não vota como aprovado ou não, ou por algum motivo, talvez por não conhecer ou não saber (Conselheiro 25).

Percebe-se que alguns conselhos, mais que outros da Macrorregião dos Vales investem nas informações aos conselheiros, principalmente pelas falas interpretadas por entrevistados com uma caminhada de participação deliberativa mais experiente como:

O maior entrave que eu vejo no processo de deliberação, é que todos os conselheiros trabalham, o tempo não lhes dá condições de ir a fundo no que está sendo proposto. E muitas vezes não olhou a pauta, não assinou a ata. O que acontece é que nas secretarias os domínios são construídos nesses processos, até que chega lá. É uma injustiça, eu acho, pois o conselheiro que mais debate as questões, eles sequer leram as pautas (Conselheiro 19).

A deliberação faz parte dos recursos participativos que envolve, por outra forma, em um conjunto de perspectivas relacionadas ao grau de envolvimento dos atores no processo e principalmente, ao grau de comprometimento destes agentes com as temáticas em discussão e com a possibilidade efetiva de concretização, acompanhamento e monitoramento dessas ações.

Igualmente, a deliberação viabiliza avaliar em que medida as instituições cumprem suas funções e objetivos no que diz respeito à deliberação acerca da política pública e ao controle público sobre as ações a ela relacionadas (CUNHA; ALMEIDA, 2011)

Quanto à participação dos atores externos que tem direito a voz em reunião dos conselhos evidencia-se a contribuição de alguma forma expressiva nas deliberações, e ao mesmo tempo instiga repensar maneiras de melhorar o caráter público ou colocá-los em prática e promover o empoderamento da população objetivando a construção de uma nova cidadania. Diante disso foi questionado aos entrevistados sobre as:

- b) Diferenças entre os representantes governamentais e usuários quanto ao direito a voz.

Sobre esta questão, obteve-se dos entrevistados respostas como: *“Somos todos voluntários. Então, não existe assim nas reuniões, ou na atuação dos conselheiros, diferença entre os representantes do governo e os não governamentais”* (Conselheiro 26).

Alguns conselheiros são mais ativos. Isso faz com que tenham uma voz um pouco mais destacada e outros conselheiros acabam ficando um pouco sem oportunidade de

colocar essa voz deles, porque alguns já são representantes mais antigos né então acaba que muitas coisas focam nesses representantes, mas sim, todos os conselheiros conseguem emitir sua voz sem problema (Conselheiro 21).

Eu vejo que existe uma interação entre a secretaria de saúde com o Conselho. Todos conseguem participar, ou digamos, contribuir. Então existe essa questão de liberdade de expressão, de falar. Eu vejo que o conselho municipal tem condições até de não concordar com certas coisas que envolve a questão da saúde, do próprio governo mesmo, que vem tentando desmontar tudo (Conselheiro 20).

Alguns entrevistados trouxeram queixas pela falta de voz participativa por alguns conselheiros, como: *“Nós enquanto conselheiros ainda somos muito tímidos. No nosso Conselho são poucos os que falam e que participam”* (Conselheiro 24).

Todos os conselheiros têm o mesmo poder de voz. Porém tem conselheiro que entra e sai sem falar. Tem alguns conselheiros que têm mais poder de fala, de argumento e de perguntar, aquela coisa toda. Ninguém questiona. Então é nesse sentido, e deliberam sem questionar (Conselheiro 2).

Aí então, Conselheiro 25 e Conselheiro 27 rebatem o discurso dizendo que:

A pessoa se manifestar ou não, eu vejo que é uma questão muito do indivíduo. Com certeza tem alguns que participam ou falam mais que outros. Tem pessoas que questionam um pouco mais pelo fato de terem mais experiência. Eu vejo que a gente um pouco mais jovem não é tão questionadora (Conselheiro 25).

Que eu lembre, nunca houve uma censura, assim de não deixar que algum conselheiro expresse sua voz. Acho que antes não era a mesma coisa [...]. Eu penso que tem um marco bem claro de tempo, de antes e depois que os usuários têm uma participação mais efetiva, que tomaram o conselho como algo mais seu do que era antes (Conselheiro 27).

É fundamental que a democracia se fortaleça como princípio e como prática dentro destes espaços permitindo que os diversos setores da sociedade estejam presentes, participem e tenham voz e, principalmente, que estas vozes sejam ouvidas e resultem em medidas políticas concretas.

As diretrizes deliberativas representam uma forma de participação que oferece aos indivíduos a oportunidade de expressarem os seus pontos de vista, aprender e compreender as posições dos outros participantes, identificar problemas e preferências em comum e terem uma ideia correta sobre as questões de importância pública. A prática deliberativa envolve um processo coletivo de tomada de decisão, no qual os participantes têm a oportunidade de concentrar-se numa visão partilhada, dando voz e relevância a todos os argumentos apresentados (SERAPIONI, 2014).

c) Apontamentos de obstáculos e/ou conflitos enfrentados no processo de deliberação.

Os conselhos não são homogêneos quanto à representação de interesses, embora tenham sido concebidos para serem espaços de institucionalização, organização e delimitação dos conflitos, com vistas a se estabelecer um consenso em torno da política de saúde (SILVA,

2015). São resultantes do processo de embate e negociação entre os diversos sujeitos sociais para a construção de uma política de saúde e passam a ser mais que um esforço da sociedade organizada ou um instrumento para pressionar o estado ou a elite empresarial tornando-se um meio efetivo de reivindicar direitos sociais (SILVA, 2015).

Mas, em se tratando de participação no processo decisório, todos os participantes devem ter as mesmas oportunidades de colocar temas para a agenda, iniciar o debate, oferecer suas razões, participar das discussões, propor soluções para os problemas e decidir. O seu valor corresponde à que os processos deliberativos integrem os atores envolvidos na área de política pública em condições de igualdade equivalente. Mais do que a convivência com a diferença, a tolerância (princípios liberais) indica a aposta na manifestação do conflito e na produção de acordos por meio do diálogo apontando para o potencial auto reflexivo do conflito na construção de interesses comuns (ALMEIDA; CUNHA, 2011).

Diante disso, alguns conselheiros entrevistados não percebem obstáculos ou conflitos. Ou talvez procuram mascarar, mostrando uma forma de harmonização ou mesmo como diz Airton: *“O que caracteriza um obstáculo, acho que é a dificuldade de muitos, a falta de conhecimento do SUS, do conhecimento do que é o SUS, de como realmente funciona e o papel do conselheiro em sua representação”* (Conselheiro 3).

Conflitos eu não vejo. Eu vejo que nós, conselheiros, em muitas pautas não temos o domínio ou a capacidade suficiente para fazer um debate ou contrapor, até para que o gestor veja que o Conselho tem "café no bule", ver que podemos fazer um debate sobre isso (Conselheiro 19).

Em suas falas, outros conselheiros entrevistados colocam os conflitos e obstáculos como um processo do passado, hoje superado.

Já houveram problemas. Nessa gestão não, mas na gestão anterior sim, que colegas nossos, servidores que representam suas entidades, não aprovaram uma decisão de prestação de contas e foram repreendidos. Não foram processados, mas foi conversado. Só levaram um puxãozinho de orelha da gestão. Mas aí o conselho fala, vamos aceitar isso, porque o conselho não é unânime (Conselheiro 17).

Nos últimos tempos, não vejo muitos conflitos, por que busca-se explicar bem o assunto nesse sentido. É assim, quando a reunião era presencial e havia assuntos muito longos, a gente procurava conversar com pessoal: Olha pessoal, vamos dar uma maneira aqui, vamos continuar senão a reunião vai ficar muito longa. Na época, no presencial acontecia de serem discutidos por muito tempo algum assunto, principalmente a questão financeira, projetos e algumas outras coisas eram discutidas, mas acho que, a questão da visão do usuário perante a saúde é o que mais era discutido ou reclamado (Conselheiro 16).

Alguns entrevistados expressam uma preocupação com a legitimidade social de suas atuações. Esta legitimidade para eles é construída com a participação mais ampla e direta possível da sociedade com suas demandas e necessidades em saúde. Para tanto, consideram a

visibilidade dos conselhos e da atuação dos conselheiros como algo estratégico para o controle social e reforçam que por vezes podem conflitar os interesses dos gestores.

Os maiores obstáculos que enfrentamos são os embates com a gestão da saúde. Por exemplo, na nossa frente o gestor é uma coisa e nas nossas costas é outra. Lá dentro da secretaria eles estão discutindo como enrolar o Conselho de Saúde, como não dar satisfação para o Conselho porque eles são secretários da saúde, têm a gestão nas mãos e nós não sabemos fazer com que eles nos respeitem, o Ministério Público nem sempre nos dá toda a atenção que tem que dar (Conselheiro 24).

Para outros entrevistados, os conflitos existem junto aos próprios conselheiros e referem que a forma com que alguns se comportam e as atitudes que eles tomam interferem na dinâmica participativa, principalmente quando falam que *“Tenho feito muitos debates e embates sobre a forma que conduzem as reuniões e questiono muito pois ninguém questiona”* (Conselheiro 2).

Eu sempre digo: eu sigo a lei e aquilo que o Sistema Único de Saúde me diz, a gente já teve discussões acirradas, mas eu sempre me amparo na lei e o que vale para um, vale para outro, se não, ele deixa de ser igualitário. Penso que, o maior entrave e a gente discutem muito isso, que a gente precisa de formação para esses conselhos. Algo que me intriga muito é que alguns conselheiros têm orgulho de dizer que estão ali desde a fundação do Conselho, eu não vejo isso como positivo. Eu estou ali há 20 anos e não consegui formar outra liderança para vir no meu lugar. E aí, as tomadas de decisão também são isso, entende? Então, algumas cadeiras de acento se tornam cativas no Conselho (Conselheiro 5).

Também teve o lado de defesa de representantes dos gestores como:

Acho que em alguns momentos, ainda tem essa questão dos conselheiros mais antigos e os novos. Vejo uma pressão dos conselheiros antigos nesse embate com a gestão, de questionar, e essa é a dificuldade. Às vezes entendo o que a gestão está falando, porque estou ali no fluxo da coisa, mas não é claro, parece que já foi dada a resposta, mas parece que eles ainda querem mais, não sei se isso é uma questão que realmente não satisfaz sua dúvida, ou se é um embate porque é a gestão e a pessoa simplesmente está contra (Conselheiro 13).

Tem conselheiros que estão ali há muitos anos, então aprenderam bastante coisa, sabem como é que funciona, mas tem outros que mesmo antigos ainda não entenderam qual é o papel do Conselheiro e do Conselho, e tem aqueles que estão iniciando. Daí dá para considerar que poucos sabem qual é o seu papel ali dentro, os demais estão aprendendo (Conselheiro 14).

A participação no sentido de colaborar com a coletividade na luta pela garantia do direito à saúde caracteriza uma noção de bem comum e institui uma característica de alguns representantes provenientes de movimentos populares. No entanto, representantes de segmentos representativos e da categoria de profissionais buscam expor uma visão mais voltada para a defesa do segmento por eles representado, numa postura mais corporativista. O sentido da luta pelo bem comum encontra muitos obstáculos nas sociedades de mercado onde predomina o individualismo, defesa de interesses privados e competição (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

d) Sobre a existência de influência de alguns atores na tomada de decisão, percebe-se que:

Os conselhos, em suas diversidades, têm sido considerados como elementos de participação pública no processo democrático em municípios, porém é importante que estes espaços não se fortifiquem apenas para cumprimento legal, o que é comprovadamente insuficiente para o exercício da democracia. Apesar dos conselhos no Brasil fazerem parte das instituições como espaços que facilitam a participação social e o exercício da cidadania nos últimos trinta anos, verificou-se que estas instâncias ainda efetuam atuação reduzida nas questões concernentes à gestão pública, especialmente em relação a questões de maior importância e contestatórias para os governos como a tomada de decisão.

Sendo os conselhos sujeitos a forças políticas de liderança e possuindo competência para influenciar decisões políticas, através da Constituição Federal questiona-se até que ponto as decisões tomadas não são induzidas ilegitimamente por aqueles que detêm maior nível de esclarecimento que, neste caso, são os representantes do poder público em detrimento da participação legítima da comunidade que, por muitas vezes possui nível de conhecimento mais restrito, como nesta fala, por exemplo: *“Eu penso que, claro, tem pessoas que falam mais, tem domínio de conhecimento, mas não sei se elas chegam a influenciar que alguém mude de opinião na tomada de decisão. Acho que não”* (Conselheiro 8).

Penso que, como em todo grupo, tem as pessoas que se destacam mais, seja pela presença ou nível de conhecimento sobre o assunto que está sendo posto e dependendo de como colocam podem ter um esclarecimento mais ou menos que influencia na decisão, mas eu acho que no momento o Conselho funciona de maneira bem democrática e transparência (Conselheiro 15).

Tem pessoas que tem mais conhecimento sobre o tema, sobre leis, sobre questões técnicas de saúde, eu não posso dizer que todos ali têm uma igualdade de entendimento porque não tem. A gente tenta esclarecer, embasa em referências, em lei, e isso influencia em algumas decisões sim (Conselheiro 10).

Autores como Martins *et al.*, (2012) consideram que os princípios da gestão social se fundamentam na participação e no conhecimento construído a partir do saber local. “Em outras palavras, o conhecimento que os atores constroem a partir da percepção particular de sua realidade, trazendo à tona aspectos e peculiaridades muitas vezes não acessíveis a outros atores”. Ao mesmo tempo, a partir da valorização dessas pessoas e do resgate da sua identidade, constrói-se um novo tipo de “cidadania baseada na participação engajada” (MARTINS, *et al.*, 2012, p. 66)

Se por um lado, os conselheiros de saúde devem possuir condições e capacidade de discutir e opinar sobre assuntos relacionados ao conselho dos quais fazem parte, por outro lado, deve ser garantido aos participantes o direito de serem ouvidos com ou sem entendimento e

alcance aos assuntos mais complexos, pois eles possuem experiência e sabedoria local, popular, elementos que os tornam conhecedores das questões mais relevantes para a comunidade em que vivem. Para tanto, é necessário serem ouvidos e considerados, para que não haja segregação entre aqueles que compõem o conselho, evitando o favorecimento ou a hegemonia daqueles que detêm o conhecimento de causas maiores.

Observo, entrando faz pouco no conselho, que em alguns momentos percebe-se que sim, alguns conselheiros têm acesso ao poder de influência, mesmo que nas entrelinhas, mesmo que não seja uma coisa direta. Geralmente são conselheiros que representam causas um pouco maiores, categorias de serviço de saúde um pouco maiores. Eu sei que, a presidência deste ano, da atual gestão, tem uma boa influência também. Mas, a influência dela é positiva. Ela tem uma visão um pouquinho mais crítica, de analisar se isso é viável, se isso vai ser útil para a população ou se apenas é mais um discurso de alguma elite (Conselheiro 28).

Para que os conselhos se consolidem como mecanismos efetivos da democracia e para que se garanta certa autonomia em relação ao poder executivo faz-se necessário, no entanto que sejam diminuídas as dificuldades de interlocução entre os representantes da sociedade civil e do poder público. Desta forma, “todos devem ser respeitados e considerados pelo simples fato de pertencerem a uma sociedade que garanta que todos são iguais em deveres e obrigações, e não tratados como minorias” (MARTINS, *et al.*, 2012, p. 67).

Maior poder de influenciar nas decisões por alguns conselheiros, não percebo. Mas, tem alguns conselheiros que fazem bastante questão de defender, não vou dizer que o seu próprio lado, mas assim, tem conselheiros que tem alguns tipos de profissões que lidam diretamente com o público (Conselheiro 9).

Por isso a importância em possibilitar o acesso à informação nas participações dos espaços públicos, sendo que algumas categorias de informações devem ser as autoridades competentes que devem facilitar o seu acesso e que possam levar as questões discutidas nos conselhos para a comunidade e vice-versa. “É necessário que a democracia se consolide como princípio e como prática dentro destes espaços, permitindo que os diversos setores da sociedade estejam presentes, participem e tenham voz e, principalmente, que estas vozes sejam ouvidas e resultem em medidas políticas concretas” (MARTINS, *et al.*, 2012, p. 68).

- e) Outra questão solicitada aos entrevistados foi sobre as informações fornecidas pelo poder público se são suficientes para a tomada de decisão que representa a coletividade.

A importância do Conselho Municipal de Saúde como órgão estratégico para a descentralização e operacionalização da política de saúde por meio da participação da comunidade contribui significativamente, para as discussões e debates em prol da saúde pública tendo em vista que é essencial que os conselheiros disponham de informações e análises que

favoreçam sua reflexão sobre a qualidade da atuação, além de ser um instrumento fundamental para auxiliar na tomada de decisão e aperfeiçoamento do seu trabalho.

Haja vista que a ampla disseminação das instituições participativas no Brasil nas últimas décadas tem sido acompanhada por importantes heterogeneidades em termos de sua distribuição geográfica, formatos e tipos de processo, e, sobretudo, de seu desempenho. A avaliação da efetividade dessas instituições emerge tanto como oportunidade histórica quanto como campo de pesquisa e prática gerencial inadiáveis (PIRES *et al.*, 2011). Portanto, para que os conselhos tenham um desempenho mais efetivo é primordial que a utilização das informações ocorra de forma adequada e compreensível, para que as decisões tomadas atendam aos interesses da sociedade (PIRES, *et al.*, 2011).

Diante disso, com questionamentos sobre as informações fornecidas pelo poder público buscando saber se são suficientes para a tomada de decisão, as respostas foram: “*Sim. Caso contrário eu digo: - não sei, não tô achando que tá certo esse cálculo, isso aqui não tá certo. [...] Eles têm que vir nos apresentar corretamente. Ou senão dizer - não, tá aqui ó, foi feito isso, isso, isso e isso. E eles vem e falam*” (Conselheiro 23).

Sim, é bem explicado. A prestação de contas do hospital ou aprovar alguma emenda parlamentar, vamos supor, vem o dinheiro tal, a gente usou nisso, é bem explicado e esmiuçado. Até com palavras menos técnicas para todo mundo entender, pois nem todos são da área da saúde. Acho que assim (Conselheiro 14).

É necessário que os Conselheiros de Saúde tenham conhecimento sobre os recursos disponíveis, onde e como são aplicados, os problemas da população e a realidade das unidades locais, para que possam tomar decisões cabíveis e que efetivamente possam dar conta dos problemas reais.

Sim. Às vezes, acontece de apresentarem só lá o valor geral que foi gasto na compra de produtos assim, daí nós, "tá, mas que tipo de produto, o que é?", eles trazem toda a relação, às vezes vem coisas, bastante coisa, que se tu quiser tu pode olhar tudo, tudo, tudo que ali tá bem explicadinho (Conselheiro 23).

O conselho precisa mais do que fiscalizar e acompanhar as prestações de contas do município. Ele precisa lutar para ter o seu poder de fala respeitado, precisa conhecer a dinâmica do sistema público de saúde, conhecer o fluxo das informações.

Sim, eles são bem claros, colocam pra ser apreciado e um ou outro tem alguma dúvida, questiona, mas sem problema nenhum. Eles apresentam de uma maneira bem simples que todo mundo entende e se pergunta, vê quem concordou, isso sem problema nenhum. (Conselheiro 6).

A tomada de decisão é um importante processo de participação e democratização dos Conselheiros ao socializar as informações, permitindo de certa forma o avanço do conhecimento. Quando as informações são fornecidas de forma transparente, elas possibilitam

que sejam rompidos poderes instituídos a partir da inclusão desses atores sociais no processo de discussão efetiva das políticas de saúde (FERNANDES, *et al.*, 2017, p. 225).

Alguns dos entrevistados contrapõem com outras percepções afirmando uma limitada disseminação de informações nos contextos das reuniões. Consideram que pelo fato de ocupar uma posição governamental, pode auxiliar apenas para facilitar o acesso aos documentos: *“...talvez isso não seja uma facilidade, mas não significa um acesso maior às informações, acredito que... deveria né, por que o conselheiro precisa ter um acesso às informações claras para que ele consiga trabalhar melhor...”* (Conselheiro 22).

Já tivemos pautas que tiveram votações com "bateção de boca". Uns concordam e outros não. Também tiveram pautas que tivemos que pedir mais documentos da prefeitura. Já tivemos vários casos, porque nem sempre, as informações que o poder público traz são suficientes para uma tomada de decisão (Conselheiro 12).

Para que realmente haja um controle social sobre a atuação no município é fundamental garantir a base deste processo, ou seja, garantir a transparência nas suas ações. Para tanto é necessário democratizar as informações em poder do governo. Saber exatamente de onde provêm os recursos públicos e onde estão sendo gastos é o primeiro passo desse processo (FERNANDES, *et al.*, 2017).

Todas as atas registradas são colocadas na página do Conselho, e todas as reuniões que são gravadas são colocadas nas redes sociais Conselho e no Facebook para que todo mundo tenha este conhecimento. (...) enfim tudo é publicado e dado publicidade para que as pessoas tenham acesso a estas informações (Conselheiro 21).

Qualquer pauta que é colocada tem que chegar toda documentação para que o conselheiro possa analisar elas com cinco dias de antecedência, se esses conselheiros tiverem dúvidas ainda em relação ao tema na reunião do conselho ele pode pedir vista (...) todas as condições de que ele tenha as informações necessárias para votar são oferecidas (Conselheiro 22).

Desde a institucionalização dos conselhos de saúde, o intuito foi de fortalecer a sua dinâmica interna e sua relação com a sociedade, o que necessitou novos atores sociais com a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, essa responsabilidade requer destes atores acesso as informações e conhecimentos necessários a tais funções e que essas informações sejam compartilhadas (FERNANDES, *et al.*, 2017).

Destaque também para a necessidade da democratização da informação uma vez que, o exercício do controle e participação social ocorre em espaços públicos, e assim, se faz necessário a visibilidade e compartilhamento do que é público. Aonde, tudo o que vem a público pode ser visto, ouvido e comentado por todos. Assim, a atuação dos conselhos só pode ocorrer em um determinado campo cultural ou político que existam informações disponíveis e, onde

são reconhecidas as capacidades dos atores que ali atuam de interpretar e atribuir novos sentidos a elas. Bem como um trabalho conjunto de toda a sociedade para a superação dos problemas envolvendo a descentralização do poder, as ações multidisciplinares e intersetoriais, além da participação da população na formulação de políticas públicas e nos processos de decisões (OLIVEIRA, *et al.*, 2013).

4.5.3 Relações de poder e dinâmica de interação entre governo e os conselheiros de saúde

Como já foi debatido ao longo desta tese, o processo de redemocratização no Brasil possibilitou o surgimento de um novo cenário para o exercício da cidadania no país quando novos atores sociais e políticos proporcionaram uma redefinição das relações de poder com um campo democrático e popular através das políticas sociais (SCOREL; MOREIRA, 2012).

A essência das relações de poder envolve analisar a distribuição, integração e revezamento de poderes em relação a formulação das normas de funcionamento, definição da pauta e tomada de decisão envolvendo os múltiplos atores locais, entre si e com atores externos ao contexto local (CUNHA *et al.*, 2011).

O aprimoramento destes espaços de participação e deliberação são muitos e variados, principalmente no que tange à representatividade dos segmentos que compõem os conselhos. Mas ainda assim representam um avanço à jovem democracia brasileira na direção de um projeto de democratização das relações de poder que historicamente distanciou o processo de formulação de políticas públicas da população beneficiária. Pois se colocam diante de experiências variadas de extensas participações que inovam ao introduzir a participação da sociedade em assuntos que, até então, eram controlados pelo Estado.

Partindo então do princípio de que as motivações para a ação não podem ser compreendidas sob uma única perspectiva teórica e que os contextos e as situações envolvidas são muito distintos, além das diferenças nos interesses dos indivíduos e perspectivas, serão analisados alguns fatores que envolvem a dinâmica participativa.

a) Debate de negociação, transparência e diálogo

A transparência é compreendida como a condição aberta e pública dos procedimentos, do debate, das disputas e da definição coletiva do interesse público e da razão que informa esse interesse. Qualidade que se expressa na visibilidade, no diálogo, no controle público e no conteúdo dos temas deliberados. Essa condição visa assegurar o caráter público dos debates e decisões, seja quanto à transparência, seja quanto ao tipo de questões levadas à deliberação.

Ao controle social devem ser asseguradas as liberdades fundamentais (de consciência, de opinião, de expressão, de associação) e as propostas não devem ser constrangidas pela autoridade de normas e requerimentos anteriormente dados.

Evidenciar a transparência dos atos do Conselho de Saúde fomentará a participação de atores no exercício da cidadania, tornando-a mais significativa como destacado no relato a seguir: *“Todos os assuntos que são tratados ali do Conselho, são assuntos pertinente a toda a questão de saúde do município, então ali existe uma transparência muito forte, e tudo que é tratado é tudo correto, não existe nada que esconda. Transparente, dialogada, né”* (Conselheiro 20).

Eu estou há anos nesse conselho, e o que eu não entendo, eu pergunto. Eles têm que responder, sabe, assim, porque eu acho que é isso que tem que ser. Não temos embates com o poder executivo até porque a secretaria da saúde, vem para apresentar relatórios, sabe, aonde foi gasto, elas têm que fazer aqueles relatórios quadrimestrais, anuais, o quanto que foi gasto de percentual com a saúde, tem o mínimo que eles têm que gastar, mas sempre se gasta mais, e isso tudo tá ali... mostrado né, tudo eles mostram tudo para nós (Conselheiro 23).

Existe dúvidas, por vezes sobre o processo de transparência por parte de alguns entrevistados como:

Não ocorre tanto assim, mas já houveram discussões e debates sobre interesses de governo. Por exemplo, a questão de nós cobrarmos determinado atendimento do governo (Conselheiro 12).

Em alguns momentos, sobretudo agora em questões relacionadas ao COVID e a pandemia, eu percebi que em alguns momentos os conselheiros liam alguma coisa além, mas ficava naquele raso. O que se dava de retorno era dessa forma agora ou dessa forma apenas e nós não temos acesso a mais coisas (Conselheiro 28).

Outros, porém destacam que a transparência pelo governo nos debates de plenárias não são pertinentes, pois muitas ações acontecem sem a participação dos conselheiros.

Claro que a gestão sempre vai tentar ludibriar o Conselho, isso não se discute. Vão tentar fazer escondido, isso é bem verdade. Mas tem um segundo momento que eles não têm como andar, que é quando chega a prestação de contas, que eles têm que fazer anualmente. Por exemplo, eles têm que prestar contas para o Conselho encaminhar para o “SIOPS” o exercício anterior, queiram ou não. E o Conselho vai dizer que tudo aquilo da prestação de contas passou pelo Conselho. O que acontece: se tu reprovar alguma conta deles que não passou pelo Conselho, esse município cai no “CADIN” e cumpre-se a regra. Não tem prefeito, não tem secretário, não tem presidente da república, não tem juiz, nem o presidente da Câmara consegue tirar do CADIN a não ser o parecer do Conselho (Conselheiro 1) (grifos autora).

Quando se faz a estruturação do plano plurianual da saúde o Conselho tem que estar junto lá para discutir e isso não é transparente, pois não passa pelo Conselho isso. Eles vêm e apresentam tudo pronto e mastigado para nós. E a gente quer discutir com eles, eu quero saber o que é série histórica [...]. Nós temos que discutir isso, sem isso não se faz saúde. Sem isso aí nós apenas enrolamos o fazer saúde (Conselheiro 24).

Num contexto de responsabilidades entre os conselheiros de saúde, tanto o governo deve trazer as informações de forma clara, como quanto a parte constitutiva do espaço político onde

um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros, comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo.

Se os conselheiros no processo de representação forem tolhidos, sem acesso as informações seja no pleno do conselho, seja na articulação com o governo, sobre aquilo que será debatido e decidido nas reuniões plenárias, os debates e disputas serão inexistentes na qualidade que expressa a transparência, na visibilidade, no controle público e no conteúdo dos temas deliberados (VIEIRA, 2010). Pois essa é atuação dos conselhos. Alcançar transparências nas informações para a divulgação permanente de suas decisões e atividades à sociedade em geral.

b) Questões sobre os conflitos entre os interesses de participar e deliberar

O Controle social como campo político cidadão possui uma dimensão teórica do poder ampliado pela participação democrática, crítica e transformadora. Conforme Shimizu *et al.*, (2017), o controle social constitui-se em “espaço político de trocas, cooperações, conflitos e de interações complexas, dinâmicas, bifurcadas e muitas vezes contraditórias” (SHIMIZU *et al.*, 2017, p. 40). Assim se manifestam os vários grupos de interesses, de hierarquização, de enredos em que os sujeitos expressam suas relações de poder estruturados em consensos, alianças ou inimizades.

A consolidação da democracia requer a ampliação de graus de publicidade dos espaços de discussão e negociação, que se dá através da argumentação e da tentativa de diálogo entre grupos com interesses divergentes, para que um número cada vez maior de interesses se faça representar.

No esforço de entender a representação particular desse processo de construção social a respeito de um sistema sanitário de acordo com a posição da sociedade e de seus interesses específicos, o estudo das percepções sociais dos atores entrevistados traz à tona a emoção, o entendimento e o sentimento que os sujeitos sociais dão à sua realidade (MARTINS *et al.*, 2011 – área de trabalho). Nas falas expressam o entendimento que para a tomada de decisão no colegiado dos conselhos em função do bem comum que é a saúde da população torna-se importante a construção de consensos e uma discussão coletiva dos diversos interesses e necessidades representados no conselho. *“Um conflito com possíveis outros organismos da sociedade enquanto poder público, que é o papel da câmara de vereadores no sentido de fiscalizar recursos do poder executivo”* (Conselheiro 22).

“Entendo que cada segmento, seja dos usuários, gestores, trabalhadores, prestadores, eles também se organizam até para colaborar quando da reunião da plenária do

conselho municipal de saúde, não que haja uma tomada de posição no sentido de conflitos, mas uma tomada de posição no sentido da conciliação de possíveis conflitos já previstos, porque nós enquanto conselheiros queremos defender a assistência à saúde, uma prestação de saúde com qualidade” (Conselheiro 21).

Quando questionados sobre a existência de conflitos de interesse, alguns conselheiros sinalizaram que “*não, até que não existe conflitos de interesses no conselho*” (Conselheiro 17).

Não tem. Até por falta de entendimento, porque normalmente eu sou uma das que mais questionam ali dentro. A única disputa acirrada foi no ano de 2018 em que o município não queria sediar o Cerest. Teve enfrentamentos e debates fortes mesmo, daqueles conselheiros que tinham entendimento. É único que eu lembro do enfrentamento com a gestão (Conselheiro 5).

Várias entidades e instituições da sociedade civil participam dos conselhos de saúde e desta forma se organizam para manifestar seus interesses. Por isso entende-se que são espaços tensos, onde os diferentes interesses estão em disputa contínua.

A participação social e a articulação entre a sociedade civil e o governo são mecanismos que ampliam o poder de diferentes atores e segmentos sociais nos processos decisórios da política exigindo maior compromisso dos envolvidos e estes devem desenvolver capacidades de análise, proposição e controle social na defesa de interesses coletivos.

Entretanto, outros entrevistados compreendem os conselhos como espaço de negociação de interesses diversos, seja por recursos ou por interesses particulares. “*Tem, sempre tem. Quando eu era presidente o pessoal chegava: - fala pro secretário vir e me arrumar isso ou aquilo fora das linhas do jogo correto, fora da porta de entrada. Ainda hoje tem, eu sei que tem*” (Conselheiro 19).

Então eu acho assim, no meu ponto de vista, eu via muito isso, que tinha muitos que participavam do Conselho, não por participar, mas como eles eram prestadores de serviço, eles participavam para pedir recursos para essa entidade [...] as vezes eles levam muito para o lado... como se fosse o lado pessoal do negócio sabe, não entendendo o contexto que é a saúde da população (Conselheiro 7).

O processo participativo e deliberativo dos conselhos de saúde envolve aspectos que são dinâmicos porque além de possuir capacidade de resolver conflitos e mediar interesses, também decorrem da forma como se estabelecem as relações entre grupos sociais com níveis de poder e interesses diferentes tais como:

Bom, isso existe sempre. Em qualquer lugar existe. Temos dois conselheiros que são representantes do MST, do hospital, então claro, eles costumam puxar para o lado do seu patrão, isso é uma coisa normal. E a mesma coisa o secretário de saúde, os funcionários, que tem função gratificada, eles vão sempre puxar para o lado do governo. Eu sou funcionário da secretaria, mas sou um reles servente, então não estou nem aí, voto para o lado que eu achar mais correto (Conselheiro 12).

A experiência mostra que há conselhos que se transformaram em espaço de disputa entre

os segmentos. Nestes casos, o que prevalece é o deslocamento do interesse público. Se a função dos conselhos é exercer influência nas decisões acerca das políticas de saúde, a maior habilidade que deve ter um conselheiro é a capacidade de negociação, pois...

No momento que tu representas uma entidade, tu acabas também verificando interesse dessa representação no âmbito geral. Tu está representando a secretaria, está representando o hospital, está representando uma entidade, tu vai buscar também melhorias para aquela entidade, mas, dos conselheiros antigos eu não vejo muito problema nesse sentido, mas às vezes existem alguns casos, entidades que, quando tinha uma situação vinculada a classe de funcionários da saúde, o sindicato entrava e participava das primeiras reuniões ou algum problema de uma terceirização do funcionalismo. E aí entrava algum sindicato, ficava em duas reuniões e não aparecia mais, realmente o interesse era momentâneo. Entraram outras entidades que tinham sim pautas e interesses momentâneos e, depois quando aquilo foi sanado, não apareciam mais no Conselho (Conselheiro 16).

Conforme Rocha *et al.*, (2013), a partilha de poder pode ser considerada como um dos principais conflitos existentes no processo de funcionamento dos conselhos, uma vez que por estar em jogo, diferentes concepções e projetos políticos, o poder executivo cria estratégias para evitar discutir algumas questões neste espaço de deliberação evitando assim o envolvimento da sociedade civil na participação das decisões.

Dessa forma é preciso que os conselheiros tenham convicção das suas responsabilidades no cenário social e político para que possam saber dirimir conflitos, e realizar controle e fiscalização, atendendo às necessidades essenciais da sociedade a fim de colaborarem para o fortalecimento do SUS (ROCHA *et al.*, 2013).

- c) Questões sobre os conflitos de interesses entre a representação social e questões partidárias (cooptação política).

A construção do controle social cidadão prevê a partilha de poder e o reconhecimento das necessidades, sendo legitimado na participação democrática da sociedade e na transmutação do papel do Estado, com uma forte revisão de sua estrutura e funcionamento, não mais em função dos interesses da burocracia ou do mercado, mas com um estatuto de poder apoiado na cidadania ativa.

No Brasil, historicamente temos uma forte tradição de uma cidadania regulada por cima, onde as classes dominantes, historicamente nos poderes executivo e legislativo, sempre definiram pelo alto a aplicação dos direitos sociais e esteve ligado a uma perspectiva de cooptação das lideranças e exclusão da participação popular. No contexto dos municípios este cenário pode ser reforçado por práticas de dominação, como o Coronelismo, herança social inscrita no território, perpetuando práticas como a manipulação, o clientelismo, a troca de

favores, a cooptação, etc., as quais inviabilizam a efetivação da democracia (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Diante disso, os entrevistados foram questionados sobre os conflitos de interesses entre a representação social e questões partidárias, cooptação ou interferência por parte do poder executivo municipal.

Os comentários foram variados para os problemas de interferência política, cooptação de conselheiros, definição de agenda, entre outros.

Sim, isso começa dentro das comunidades. Não é nem do órgão público, porque o órgão público depende do cargo, e automaticamente tu tens que ser exonerado para concorrer a um cargo. E isso, dentro das associações, a gente vê muito. Quando tu vê, lá, dentro de um ano, aparece o nome dele como candidato. E essas pessoas, automaticamente, fazem questão de ser nomeadas, ter o nome posto à disposição para os conselhos. São esses os casos que aparecem nos conselhos, bem assim como eu estou te contando (Conselheiro 26).

Sim. Existe isso até hoje. Para se usufruir da política, existem conflitos de interesse sim. Nesse contexto, eu sou o mais velho dentro do Conselho e a gente nunca usou o fator da política. Tem gente que passava pelo Conselho e acabava se elegendo vereador, nós nunca conseguimos (Conselheiro 1).

Importante ressaltar que a participação de atores sociais de diversos tipos, em processos de tomada de decisão tende a ser objeto de intensa disputa política. Isto porque estão sujeitos às vulnerabilidades quando são descaracterizados por via de cooptação por grupos sociais que lhe retiram o seu potencial democrático e de transformação das relações de poder. Principalmente quando se dá por instrumentos normativos e o aparato jurídico dificultam a participação estabelecendo mecanismos de neutralização (ROMÃO, 2015).

Oliveira e Pinheiro (2010) apontam que pode decorrer um problema quando o conselheiro, principalmente representante dos usuários é cooptado pelo gestor em troca de pequenos favores como laudos médicos, receituário de exames para amigos, parentes ou vizinhos fazendo com que as suas votações e posições dentro do conselho sejam alteradas, quando não são oferecidos empregos na administração pública (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010). Alguns entrevistados argumentaram que não se utilizam do cargo que exercem para ter acesso facilitado às consultas nos estabelecimentos públicos ou para pleitear exames para si e/ou terceiros, “[...] como conselheiro eu acho que não seria ético eu ir lá passar uma pessoa na frente, se tem outra pessoa que está precisando (Conselheiro 15).

Outros entrevistados não conseguem perceber os mecanismos de controle sobre a representatividade dos conselheiros, a capacidade diferenciada de acesso a recursos políticos, a ausência de motivação e comprometimento e as dificuldades de mobilização da sociedade. Principalmente quando falam: “A influência partidária não. Eu acho que não, eu nunca notei

nada quanto a isso” (Conselheiro 8).

Todo esse tempo que estou no Conselho, graças a Deus, nunca teve nenhuma imposição para participar do Conselho ou que tem que ser esse ou aquele, todos que estão lá estão de livre e espontânea vontade. Ninguém por pressão política. Nunca notei isso lá dentro. Os representantes vêm, mas nada de partido político ou hospital. Bem tranquilo isso (Conselheiro 14).

No entanto, somente a presença de entidades representativas no conselho não pode ser tomada como garantia de efetiva representação, pois há sempre o risco de cooptação da sociedade civil pelos setores hegemônicos do Estado, o que impõe limites à participação e aponta as desigualdades de poder e saber entre os vários representantes.

Alguns entrevistados mencionaram como a atuação do poder público com o controle social podem conflitar os interesses de outros poderes como a Câmara de Vereadores e Ministério Público, por exemplo:

Eu entendo que é um conflito com possíveis outros organismos da sociedade enquanto poder público, que é o papel da câmara de vereadores no sentido de fiscalizar recursos do poder executivo (Conselheiro 28).

O Ministério Público ele só entra na área da saúde quando ele é provocado, ele não participa ativamente, uma que a própria legislação só permite a atuação dele se ele for provocado (Conselheiro 11).

Falam sobre as dificuldades de atuação no conselho por interferência de interesses partidários presentes no executivo e no legislativo municipal que privilegiam algumas pessoas acima dos direitos e necessidades dos usuários. A ação de controle e fiscalização fica limitada por interferência destas forças que atuam na organização e oferta dos serviços.

O que atrapalha a saúde no país são os vereadores e o prefeito. O nosso secretário de saúde é meio devagar, mas ele não tem a autoridade porque nem o prefeito deixa e nem vereadores deixam, pois enchem a prefeitura de cabo eleitoral. Bota aquele monte de gente lá, para reelegê-lo. [...] Não deixa que a saúde funcionar, chega lá a população usuária e não é atendida. Aí vai o vereador com alguém dos dele e é atendido na hora (Conselheiro 20).

Eu fui convidado diversas vezes, para ser candidato a vereador aqui no município e nunca aceitei. Eu sou sindicalista, me sinto bem, participo de várias entidades. Então não vou concorrer ou botar dinheiro nisso aí. E vou me decepcionar pelo trabalho que tenho, de ir lá concorrer e não fazer os votos, vou ficar muito triste com isso. Porque, infelizmente, em tudo que é lugar que vai essa luta aí é gente que tem dinheiro, compra votos, nós enquanto cidadãos nos vendemos. Por isso, tivemos tipos de governos que não nos deram toda a atenção (Conselheiro 24).

Em contraposição às práticas de vantagens e de cooptação, a comunicação é uma peça importante que distingue os conselhos na construção de acordos nos processos deliberativos. Pois através do diálogo se encontra um instrumento privilegiado de resolução de conflitos próprios à diversidade dos interesses em jogo.

Porque o conselho, na minha visão ele não tem o sentido de ser político, mas sim atender os anseios da sociedade. Olha no que se refere ao meu segmento, sempre

precede das reuniões, a gente reúne com as pessoas em busca de proposta que eles possam apresentar (Conselheiro 18).

Almeida e Tatagiba (2012) relatam que a resistência dos governos aos novos espaços de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de produção de políticas públicas é mais acentuada no nível municipal tendo em vista a insuficiência de recursos financeiros, infra estruturas e humanos na maioria dos municípios brasileiros. A resistência dos governos a partilhar o poder de decisão, o papel dos projetos políticos na ampliação ou restrição das potencialidades democráticas dessas instâncias, os conflitos entre governo e sociedade civil no seu interior, significa olhar as conexões que os conselhos estabelecem com as demais instituições e públicos do seu entorno, como forma de apreender o seu poder relativo e sua capacidade de funcionar como instância de democratização da política pública (ALMEIDA, TATAGIBA, 2012).

Esta escassez de recursos reflete-se no funcionamento dos conselhos e reforça o controle das prefeituras sobre estes espaços junto a outras estratégias quando não conseguem dispor de um conselho de aliados, os gestores municipais se utilizam de formas de manipulação e cooptação como método para apaziguar os conflitos (ALMEIDA, TATAGIBA, 2012). Apesar que sendo o conselheiro um cidadão responsável e participante ativo na vida política é possível a existência de vínculos partidários. O problema acontece quando essa condição se sobrepõe à sua atribuição de conselheiro, quando os interesses da população estiverem em jogo.

4.5.4 Desmonte das políticas de saúde no contexto da pandemia da Covid-19.

Quando se pensa em políticas públicas, pensa-se naquelas políticas implementadas que buscam entregar bens e serviços à sociedade, principalmente ao longo das últimas décadas (entre 2003 e 2013). Tratam-se de políticas públicas criadas, reformuladas ou fortemente expandidas durante os governos dos presidentes Lula e Dilma. Nesse período, os arranjos institucionais com as suas formas de organizar os processos de produção das políticas afetaram as capacidades de ação e o desempenho do governo federal (PIRES, GOMIDE, 2016).

A produção de políticas públicas demanda uma configuração de arranjos institucionais específicos com uma diversidade de atores a serem coordenados e interesses a serem processados (desde parlamentares de diversos partidos, burocracias dos diferentes poderes níveis de governo às associações civis etc.) (PIRES, GOMIDE, 2016). No entanto, as políticas públicas em momento algum estiveram isentas à mudança política, social e econômica. Os arranjos institucionais, mudanças na correlação de forças, emergência de crises e relações de

conflito entre atores que percorrem pela arena de produção de políticas públicas possuem impacto direto sobre as condições de estabilidade da ação governamental (MELO, 2022).

Mello (2022) refere que mais do que buscar entender como ocorrem essas mudanças, os estudos sobre desmonte de políticas públicas buscam absorver características particulares nessas transições que demandam em redução, paralisação e extinção de políticas e seus arranjos de procedimento. De forma que observam as causas que levam governantes a decidirem por critérios de desmonte e quais vantagens políticas imputam ao seu engajamento nesses processos (PIRES *et al.*, 2018; MELO, 2022).

Os processos de mudanças e desmontes de políticas públicas que ocorreram no período de 2016 a 2022 no País constituiu-se de temática extremamente relevante, pois problematizar esses cenários nos anos recentes implica ponderar o modo como a participação popular ocupa esses territórios. De outra forma, considera-se os anos recentes como tempos de desmonte e assume-se o próprio desmonte como fio condutor para o entendimento não apenas dos propósitos não anunciados das políticas públicas, como também das próprias políticas, da sua lógica em curso e de lugar (MARQUES, *et al.*, 2019).

Diante disso, uma das sub categorias deste estudo apontam:

a) Uma análise sobre os avanços e retrocessos das políticas públicas de saúde (conquistas nos últimos 30 anos) com a falta de investimentos, principalmente pela PEC 55, legitimada como Emenda Constitucional nº 95/2016 que congela por 20 anos os investimentos em políticas públicas nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Alguns entrevistados apontam que houve avanços nas políticas pública de saúde, principalmente em relação a atenção básica, como se pode perceber na seguinte colocação, “*prá mim, o melhor avanço de políticas públicas foi a implantação de postos de saúde com agentes comunitárias de saúde*” (Conselheiro 26), e preocupam-se com o seu financiamento.

A gente sabe que um dos principais problemas do nosso país é a atenção básica e não vemos hoje uma evolução. Até houveram, num passado recente, programas como os mais médicos que havia uma cooperação na atenção básica, e vimos muitas críticas a esse programa que ainda existe mas com bem menos condições de que anos atrás, não foi renovado, não entraram novos profissionais nem políticas públicas para a saúde, tanto na atenção básica quanto especializada (Conselheiro 4).

Se nós tivéssemos uma atenção básica fortalecida, o trabalho lá na base muitas dessas questões, não precisaria chegar à média e alta complexidade, mas nós não temos, porque nós pensamos na saúde curativa e não em uma saúde preventiva. Basta ver os recursos que nós estamos aprovando. Boa parte dos recursos vão hoje para a alta complexidade hospitalar (Conselheiro 5).

Outros entrevistados não conseguem perceber a redução de investimentos na saúde, como se pode depreender na seguinte fala de um conselheiro municipal:

Eu acho que o nosso tesouro nacional deu uma quebrada assim, por conta dos recursos que foram colocados (COVID). Então, por falta de recurso, não creio que o Governo Federal possa ser criticado. Porque veio muito recurso, principalmente, para os municípios maiores e foi, eu acho, suficiente para os Estados que aplicaram corretamente. Eu acho que foi suficiente para dar conta. Claro né, que acontece uma coisa nova, vem um recurso e o município fica com dúvida de onde que pode gastar (Conselheiro 16).

Alguns conselheiros de saúde entendem e defendem que os recursos de investimento disponibilizados via emenda parlamentar no campo da saúde pública são necessários para o adequado funcionamento das ações e serviços, como por exemplo:

[...] infelizmente estamos 'numa escassez' de dinheiro então a gente precisa desse conhecimento da política e como hospital filantrópico a gente busca muito a questão de emenda parlamentar. Então a gente entende que, se o hospital não estiver lá em Brasília batendo na porta dos políticos esses valores e emendas não vem para os hospitais. Então, é um custo a mais que a gente precisa ter, de ficar indo à Brasília toda hora fazendo questionamento (Conselheiro 9).

Carnut *et al.*, (2021) consideram que a relação entre planejamento e orçamento é dever da administração pública que deve ter em mente que a forma mais saudável de se criar investimentos de longo prazo é através de políticas articuladas intersetorialmente e com projeções que ultrapassem os ciclos políticos. No entanto, o poder legislativo também pode apresentar mecanismos para participar do processo orçamentário, sendo o principal deles as chamadas ‘emendas parlamentares’. Essas emendas, embora sendo legítimas, em alguma medida reorientam os recursos públicos para interesses diversos daqueles planejados de forma técnica e disputados coletivamente, podendo ser um instrumento de captura do orçamento para fins particulares (CARNUT, *et al.*, 2021). “*Essas emendas parlamentares são os recursos das políticas públicas que estão desmontando para poder congelar também a analfabetismo político*” (Conselheiro 19).

Mas há também entrevistados que se preocupam em como será daqui para frente para manter os serviços com financiamento adequado e suficiente.

Esse é um cenário que eu interpreto como muito perigoso, porque isso é uma diretriz de muitos governos, falo da atual gestão federal, que é uma visão de precarizar para depois privatizar. Sabemos que o SUS nunca foi "eficiente", [...] mas vemos na atualidade uma situação bastante preocupante porque a gente não vê políticas públicas, atenção básica como prioridade, ações de saúde no sentido de prevenção. Não temos nada, temos o cenário da pandemia, que foi dada uma atenção, mas não vemos um horizonte de políticas públicas (Conselheiro 4).

O momento atual é distinguido ao de situações anteriormente vivenciadas devido a diferenças de áreas afetadas e à dimensão da destruição. Mello (2022), comenta sobre a “rapidez com que arranjos e estruturas institucionais construídos ao longo das últimas décadas foram colocados sob questionamento e revisão no período recente” (MELLO, 2022, s.p.). De igual

forma, a quantidade de medidas legais que tem adulterado a lógica de funcionamento de setores inteiros de políticas públicas. É crucial entender, diante desse cenário, o que aprova que tantas áreas sejam alvos de desmonte em tão curto período e que a estrutura institucional existente no país tenha sido insuficiente na capacidade de responder a esses processos nas diversas áreas governamentais (MELLO, 2022, s.p.).

Então, desde lá do início o pessoal sempre foi muito combatente da política como está hoje, a pública. Hoje nós temos uma saúde pública deficitária, nós temos uma saúde pública problemática, nós temos a parte médica e também temos uma equipe multidisciplinar que está fazendo muito, mas com pouquíssimo recurso assim (Conselheiro 1).

Está tendo desmonte de políticas e de finanças também. O congelamento das verbas públicas por 20 anos, isso tudo faz com que a intenção do governo, esse governo que está aqui, que eu não sei como o pessoal está mantendo um governo desses, porque o cara é maluco. Hoje ele diz uma coisa e amanhã diz outra. No momento, ele tem a ideia de fazer com que a saúde e a assistência pública se tornem privadas, porque essa é a ideia. Eles querem pegar o modelo americano, então, tu paga para ter. Hoje, o custo se torna alto, mas quem paga isso somos nós (Conselheiro 27).

O Sistema Único de Saúde tem uma longa história de subfinanciamento com o objetivo de terceirização e privatização. Muitas batalhas foram realizadas para a garantia de um SUS público e estatal com financiamento adequado. A EC 29, regulamentada pela LC 141 determinou referências mínimas de aplicação de recurso e a responsabilidade do financiamento é dividida entre as três esferas do governo (CES-RS, 2023).

O Estado nunca aplicou o mínimo de 12% em saúde pública, enquanto os municípios que deveriam aplicar no mínimo 15% na Atenção Básica e Vigilância em Saúde destinam a maior parte dos recursos para a Média e Alta Complexidade. Isso porque a desvalorização da tabela de referência do SUS, congelada há muitos anos afeta a maioria dos procedimentos hospitalares. Essa diminuição tem comprometido o orçamento dos entes federativos, e tem dificultado o acesso da população aos serviços de saúde especializados (Conselheiro 21).

Relatos feitos pelos conselheiros entrevistados que consideram a falta de reajustes da tabela de Altas Complexidades do SUS um congelamento sentido há mais de 20 anos. Percebe-se que ainda não sofreram os impactos da EC 95, até pelo fato da pandemia ter abarcado muitos recursos aos municípios pela Covid-19. No entanto, houve uma piora no problema: fez com que o SUS saísse do subfinanciamento e passasse para o desfinanciamento conforme Marques *et al.*, (2019). A Emenda do teto dos gastos congelou todas as despesas da União, exceto pagamento de juros e dívidas. O “orçamento impositivo”, denominado como tal pela Emenda Constitucional 86 retirou recursos do orçamento da saúde dando poder ao legislativo de acordo a seus interesses políticos e econômicos. Situação onerada com “orçamento secreto”, sem nenhuma transparência ou possibilidade de fiscalização (CES-RS, 2023).

No entanto, nada iguala a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 95/16 que

produziu um regime no âmbito dos orçamentos fiscais e da Seguridade Social da União, vigente por vinte anos em seus exercícios financeiros Marques *et al.*, (2019). Esta PEC alterou e determinou a aplicabilidade mínima em ações de serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino no exercício fiscal de 2017 e posteriores, com correção pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) determinado pelo IBGE (NUNES, ABÍLIO, 2019). Além da obrigatoriedade de limitar o orçamento, o governo “reajusta as despesas de forma rasa, com redução das despesas sociais devido este setor ser mais maleável para cortes de gastos públicos, tornando ainda piores e precários os serviços prestados pelo governo a população” (NUNES; ABÍLIO, 2019, p. 242).

Dessa forma, em consonância com o objetivo deste estudo em analisar o impacto da Emenda Constitucional 95/2016 nas políticas públicas de saúde e educação, traçando uma perspectiva histórica das políticas orçamentárias públicas, questionou-se os conselheiros entrevistados em:

b) Como essas medidas restritivas de financiamento está impactando os direitos sociais e públicos da população na atual conjuntura e na tomada de decisão pelos conselheiros de saúde.

“Eu acho que nesse momento ela ainda não está impactando, mas logo ali na frente vai ter um reflexo bastante grande. Eu acho que está cada vez mais estreitando, os hospitais não têm mais recursos, não tem mais financiamento” (Conselheiro 9).

Eu sempre digo, vai ter um retrocesso grande. Eu sei que muitos serviços tiveram desmontes, só que o que mais me preocupou foi a PEC 95 que congelou por 20 anos, sabe? Então, através disso teve muito retrocesso. Por causa que, a educação e a saúde andam junto, tem que andar junto (Conselheiro 7).

Para além das orientações político-partidárias é importante que a sociedade civil tome consciência de que o plano econômico traduzido pela PEC 95/16 é, à primeira vista, incompatível como o modelo constitucional de direitos sociais trazidos pela Constituinte de 1988.

Acho que isso vai atrapalhar bastante a longo prazo, porque agora, por causa da pandemia, teve gestão de recursos, só que daqui pra frente não sei como vai ser. Depois da pandemia é quando começaremos a sentir a falta. O recurso vinha só aumentando, agora dois anos sem absorver, daqui para frente vai ser complicado, porque agora, com insumos para a pandemia, subiu tudo, qualquer material que tu vá comprar é muito mais caro que há dois anos atrás quando tinham congelado. Como vão se manter nos próximos anos? (Conselheiro 17).

É, os orçamentos continuam apertados, cada vez apertada mais. Imagina, antes tu tinhas uma inflação praticamente zero, às vezes até negativa. Agora, nós estamos virando o ano em 10%. Todo esse valor de recursos que não é repassado tu tens que pegar aquele montante e fazer aquela redistribuição com as coisas todas aumentando, agora com

pandemia, com um monte de problemas que o país vem passando. Nós temos os mesmos recursos e nós temos que botar aqui e tirar dali, porque não tem o que fazer, a coisa não está boa. Então, a roda gira através de quem manda no país, que é o capital. Esse não é um governo popular. Tanto na área da saúde quanto na educação, onde a história é privatizar (Conselheiro 27).

O orçamento público pode ser definido como um instrumento de planejamento e execução das finanças públicas, ou seja, instrumento de administração. Pedrosa (2015) aborda que no Brasil deve-se haver previsão legal para os assuntos orçamentários de caráter autorizativo das despesas públicas previstas. O orçamento possui a estimativa das receitas e a autorização para a realização de despesas da administração pública direta e indireta em um dado exercício (PEDROSA, 2005).

Há anos não tem reajustes para tabelas do SUS. Como que agora para o COVID apareceu R\$43 bilhões? E para o ano que vem não está dentro do orçamento esse valor. Então, a PEC 95, a PEC da morte trará um prejuízo imenso de vidas que nós vamos perder, por causa disso. Os nossos filhos vão perder muito com educação, porque ali também tem cortes. O país vai perder muito muito por isto. O que nos dá uma tristeza é ver que os políticos se vendem para votaram a favor da reforma da previdência, vão votar favorável a PEC 32 do funcionalismo público. Eles, os deputados vendem a nossa vida e nós não estamos preparados para fazer frente a isso. Porque eles vão lá vendem a nossa vida e vem aqui e dão uma emenda para um hospital, e nós vamos lá abraçar e votar neles de novo (Conselheiro 24).

A EC 95/2016, ao constituir-se por meio de estratégia de restrição de gastos públicos resultou por limitar gastos essenciais ao Estado, especialmente no que tange ao Estado Social de Direito. Contudo, com esta limitação, não se pode possibilitar políticas públicas fundamentais e ainda teremos longo tempo de maturação tendo em vista que – até então, só tivemos seis anos calendários após a sua implantação.

O que se percebe é que o novo regime apresentado como solução fiscal para o problema crescente do déficit primário brasileiro não se concretizará a médio e longo prazo, se outras medidas de saneamento fiscal do Estado brasileiro não ocorrerem de forma concomitante. Haja visto que outras reformas como: da Previdência, a Tributária e a Reforma Administrativa, são fundamentais para um novo impulso econômico, uma vez que os entes federativos são parte da máquina econômico-social de qualquer nação (NUNES; ABÍLIO, 2019).

Eu lembro que nas últimas reuniões foi trazido isso, falaram da questão dos postos de saúde de maior dificuldade desses últimos repasses, se não me engano foi trazido alguns atrasos ou diferenças de valores que estão impactando nos serviços dos postos. Eu me lembro do que o representante do hospital trouxe, também algumas verbas reduzidas, mas também algumas outras novas verbas que viriam, ele falou de várias perdas e também de conseguir novas verbas, até o próprio laboratório novo. Foi trazida a questão dos transportes, da dificuldade de alguns locais, medicamentos, veio essas informações não sei se escutei tão a fundo esses detalhes, lembro das últimas reuniões terem sido abordados mais isso (Conselheiro 25).

A Constituição Federal de 1988 preza por um Estado Democrático de Direito, baseado

no “princípio de dignidade da pessoa humana, o qual exige do Estado sua proteção e respeito” (NETO; ROSADO, 2018, p. 133). Para tanto, esse princípio é negado quando o Estado não se responsabiliza em assegurar as condições mínimas para suprir a demanda da população. A dignidade pressupõe respeito, principalmente a garantia dos direitos fundamentais. E, neste sentido, o próprio Estado é o órgão responsável pela inconstitucionalidade no contexto da EC 95/16.

No momento das entrevistas não havia indícios de um quadro de sucesso que vislumbrasse sanar a dívida pública do nosso país. O que existia eram apontamentos de um cenário de redução de gastos públicos e seus impactos desastrosos nas áreas sociais.

E neste cenário de crise política e econômica, a situação do país foi agravada pela pandemia da COVID-19, doença infectocontagiosa causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Esta doença se disseminou para mais de 100 países, contemplando cinco continentes, tornando-se um dos maiores desafios sanitários vivenciados pelo mundo no século XXI (BRITO *et al.*, 2020). A pandemia requereu que organizações, sociedades científicas de saúde, bem como as associações profissionais, juntamente com o CNS, buscassem assegurar o direito da população à saúde, o que incluía medidas de proteção eficazes no enfrentamento da COVID-19. Com isso, houve a mobilização do CNS em convocar os atores do controle social para lutar diretamente pela defesa do SUS e traçar medidas coordenadas e integradas para serem implementadas no Brasil (MARTINS; CRISÓSTOMO JR; DAVID, 2021).

A COVID-19 evidenciou a desigualdade social vivenciada no país, agravando o problema da pobreza e da extrema pobreza. Percebe-se que o seu impacto não repercutiu apenas na assistência à saúde ou no aspecto epidemiológico, mas também contemplou as esferas sociais e econômicas, corroborando para o desemprego. Uma das recomendações das entidades internacionais foi o isolamento social, reforçando a importância de uma assistência social efetiva enquanto política pública. No entanto, a ausência de financiamento público limitou as ações, que teriam como objetivo garantir a proteção social dos atingidos pela pandemia, evidenciando a agenda neoliberal do governo Bolsonaro (BARRETO; FERES, 2021).

Em relação a este cenário foi questionado os entrevistados:

c) Como o atual contexto de pandemia está afetando o exercício da participação social e o que fazer para reconquistar os valores e direitos sociais, no que tange a responsabilidade de atuação dos conselheiros de saúde em relação às políticas públicas diante da Covid-19.

A pandemia mudou muito o nosso dia a dia e, por ser um município Polo, hoje o município tem o maior hospital da região e mudou as nossas rotinas. E nós tivemos que escolher. Não tínhamos ainda uma equipe para fazer todos os projetos que estavam em andamento e mais o COVID. Muita coisa teve que ser escolhida para

focar no COVID. Tanto que muitos projetos pararam na saúde pública porque nem tinham mais atendimento efetivo. Então, uma coisa conciliou com a outra coisa, falta de tempo para focar nos projetos que tínhamos porque tivemos que nos preocupar com a COVID pois era uma situação de calamidade. Tivemos ainda muitos colegas se afastando sendo necessário até fechar uma outra unidade porque não tinha mais pessoas para trabalhar (Conselheiro 16).

A pandemia de Covid-19 trouxe grandes impactos ao controle social em algumas regiões mais que em outras. De forma que lembrar dos momentos de calamidade provocou os mais diversos sentimentos nas respostas dos entrevistados como: *“É verdade! A gente passou por um ano bastante complicado”* (Conselheiro 9).

Impactou muito, porque aí é tudo na emergência, a prioridade era a emergência, a gente não espera a pandemia. Já faz muito tempo que digo que na saúde mental a gente vai sentir essas consequências enormes. A gente já fazia muitos atendimentos e seguimos fazendo o dobro de atendimentos. A demanda está aumentando o tempo todo, e com a saúde mental ainda rolam casos devido a pandemia, as pessoas dois anos isoladas, o medo, o pânico, a convivência, a dificuldade de separação, tudo isso acabam voltando para atenção aos serviços (Conselheiro 13).

Iniciei no Conselho de Saúde na segunda onda do Covid-19. Foi péssimo para o município, fizemos lockdown. Abrimos um centro de combate à Covid, que funcionou com os próprios profissionais da rede básica. O pior da pandemia que ainda permanece é a questão da equipe e do fornecedor. Tivemos que pedir luvas e máscaras emprestadas para o hospital, recebemos doação, nem os nossos profissionais tinham máscaras para usar, foi um horror (Conselheiro 10).

Durante o período pandêmico, devido às restrições institucionais, a dinâmica dos conselhos de saúde dos municípios pesquisados sofreu algumas alterações. Os conselhos, de maneira excepcional, têm atuado e se reunido remotamente, o que tem assegurado a fiscalização das atividades com certa regularidade. Apesar de toda essa situação, no geral, os conselhos têm atuado de acordo com as características locais, principalmente levando em conta a interiorização da transmissão da doença. *“A pandemia impactou bastante na participação popular pois tanto no conselho o que a gente vê é que não consegue mais se reunir [...] e agora é só virtual devido o COVID”* (Conselheiro 7).

Desde que a pandemia está acontecendo estamos tendo essas reuniões virtualizadas, os alunos universitários da área da saúde principalmente estão conseguindo participar das reuniões devido ao horário das aulas, por transporte, que até pouco tempo atrás não tinha porque nem os ônibus estavam vindo. Acabou que isso facilitou muito para acompanhar dessa forma (Conselheiro 28).

Em relação à pandemia, aqui no município paramos só dois meses. Continuamos com as reuniões presenciais, se adaptou um novo local com o distanciamento, todo mundo de máscara, não houve muito impacto, não houve problema nenhum. Quanto à questão da COVID, muita coisa ficou pra trás. Se focou, não vou dizer que única e exclusivamente, mas 80% ou 70% foi focado no COVID (Conselheiro 3).

No entanto, houve um município pesquisado onde a situação foi mais grave e com necessidade de *lockdown*.

E como nós tivemos essa pandemia ficou até difícil nos reunir e tentamos fazer de

forma virtual. Isso criou uma situação muito mais complicada. No virtual as coisas não andam, eu tenho que ver no papel e na cara da pessoa, eu sou desse estilo (Conselheiro 1).

Sobre o nosso conselho aqui, o problema dele é que tem muitas pessoas idosas, e eles não conseguiram se adequar a tecnologia, porque eles não estavam preparados para as reuniões virtuais, poderia ter continuado online. Só que infelizmente a maioria dos conselheiros, não é nem falta de ter um computador ou smartphone, eles simplesmente não sabem como fazer uma ligação, e fazer a reunião, esse é um problema muito sério que enfrentamos com a pandemia. E fez falta a participação nesse período (Conselheiro 12).

Sobre as políticas públicas de saúde o controle social foi surpreendido quanto às limitações impostas pela Covid-19 nas diversas ações e nas suas diferentes esferas onde as ações desenvolvidas pelo controle social e gestão de saúde foram limitadas durante a pandemia.

Ficou muita coisa represada e agora voltando aos poucos tem a demanda atual e a demanda que ficou parada e não está na mesma velocidade. Tudo mais lento e a gente não sabe se vai ter recurso para tudo que queremos fazer, não se sabe como vai ser a partir de agora (Conselheiro 14).

Os Conselhos Municipais de Saúde também estiveram, enquanto órgão de participação e controle social, atuando na formulação de propostas, orientações e resoluções para direcionar as mudanças nas políticas.

O bom que o nosso Conselho é bem ativo e nos apoiaram no sentido de gestão dos projetos no sentido que teve coisas que apareceram de última hora e todo o Conselho foi bem atuante e bem colaborativo da situação da pandemia (Conselheiro 16).

A gente vê aqui no município o pessoal dos hospitais e os conselheiros que lutam para as coisas acontecerem pela saúde pública. Mas, por outro lado penso que a pandemia deixou muita coisa congelada também. Não é mais como era, a pandemia foi nociva para a gente. A COVID veio em um momento errado, estamos com o governo errado e isso afetou muito as coisas. Então eu acho que estamos passando por momentos difíceis e vai levar anos pra gente retomar o que era antes (Conselheiro 11).

No cenário de pandemia, foi possível perceber que o controle social não se limitou apenas aos espaços dos conselhos e conferências, mas se configurou como um recurso que buscou fazer valer o direito à saúde e o cuidado com o recurso público e também favoreceu a população acompanhar e fiscalizar as medidas tomadas pela gestão pública.

A pandemia é tão complexa que quando iniciou... a gente entrou de corpo e alma para poder se salvar desse vírus e começamos a ter um cuidado especial com as nossas comissões junto com o gestor e foi muito dinheiro que nós tivemos que aprovar para garantir a saúde do nosso povo, que em alguns pontos até foi um exagero. O dinheiro veio, o dinheiro foi aplicado e agora, por exemplo, tudo que foi feito e alas e reformas nos hospitais, tudo isso com recurso público e parte privada. Agora, termina a pandemia, os investimentos ficaram para qual contrapartida? São alas modernizadas, são respiradores. Vai ser usadas ao SUS ou vão usar como particular? (Conselheiro 27).

Os retrocessos de políticas públicas e direitos sociais foram visibilizados logo após o impeachment da ex-presidenta Dilma Rousseff em 2016 e os anos que se sucederam. E o Brasil

ainda não retomou o nível econômico que tinha no início da década passada. Viu a pobreza e a desigualdade aumentarem e seus fundamentos democráticos se erodirem e a eclosão de uma pandemia mundial além de políticas de caráter neoliberais avançar a passos largos no país.

Não se trata de um acontecimento recente ou isolado, e sim, de um projeto de classe que vem se desenvolvendo e privilegiando setores do capital em detrimento dos direitos sociais. Em uma conjuntura absolutamente adversa, e mais do que nunca os direitos sociais estão em disputa.

Para reconquistar os valores e direitos sociais no que tange a responsabilidade de atuação dos conselheiros de saúde em relação às políticas públicas foram observadas de forma mais positiva as seguintes colocações. “Temos que lutar, nos unir e lutar para conseguir alguma coisa” (Conselheiro 18).

É um movimento social que tem que acontecer. Acho que enquanto comunidade e usuários, e os próprios trabalhadores que são fundamentais na hora desses embates, é uma letargia, só tentando. Não existe um movimento para mexer suficientemente com as máquinas e fazer alguma coisa tomar outro rumo, ou voltar ao rumo. Acho que deveria haver um movimento social muito grande. Tiraram e tiram os direitos da gente o tempo inteiro (Conselheiro 13).

Aproveitar o espaço que a gente tem, que são as conferências, de saúde, etc. Ano que vem teremos a conferência nacional de saúde, e tentar pressionar. E agora tem eleição também (Conselheiro 17).

Outras respostas não foram tão positivas assim.

Nós estamos em um barco à deriva, não sabemos de que lado vem o vento que vai nos empurrar. Então, o que temos que fazer: fiscalizar para ver se tem remo, se não tem furo no casco, vamos ter que andar assim. Então é difícil, porque além de enfrentarmos a doença, enfrentamos alguém que vem por trás disso fazer umas 'brazeradas', que a gente sabe que não traz nada de bom para nós usuários e para a comunidade e a população em geral (Conselheiro 27).

Politicamente nós não temos alternativas para coisa alguma, nem pra um lado nem para outro, estamos ferrados. Eu, no momento, estou completamente desmotivado, não só com o Brasil, mas com o mundo. E tem pessoas participativas que estavam lutando por políticas públicas, por direitos sociais, que agora tem se retraído muito em função do que tem acontecido. Mas a gente também não pode perder as esperanças, porque a gente também tem aquele momento da fadiga. E tem quem se aproveite desses momentos, mas, vamos lá (Conselheiro 15).

O controle social ocorre a partir do momento em que propõe as políticas públicas, bem como a fiscalização, acompanhamento e avaliação destas políticas. Mas também vai além de fiscalizar e aprovar projetos pois cumpre uma responsabilidade social com um controle que participa desde a formulação de diretrizes e tomadas de decisões até a avaliação da política de saúde, seja nos conselhos ou nas conferências de saúde.

Mas para avançar e consolidar uma democracia efetiva e incluyente é necessário reforçar mecanismos de transparência e de participação direta do cidadão possibilitando um maior

controle sobre a atuação estatal, mas principalmente, de atuação propositiva no desenvolvimento de uma sociedade mais justa e solidária. Por isso é fundamental a existência de conselheiros com autonomia para mobilizar a comunidade pela defesa de seus direitos (NETO; ROSADO, 2018, p. 133).

E por fim, concluindo esse processo de entrevistas buscou-se descobrir como os conselheiros de saúde enfrentam os desafios para a efetivação de um espaço de negociação e deliberação entre a sociedade e governo seguindo os protocolos do Estado sobre a pandemia. Sabendo de antemão sobre os avanços que representaram a criação e implementação do SUS. Sendo assim, os entrevistados foram questionados sobre:

- d) A atuação dos conselheiros de saúde, no que tange as suas atribuições e quais são os desafios necessários para a efetivação de um espaço de negociação e de deliberação; quais as soluções possíveis?

Alguns depoimentos assim foram apresentados. *“Planejamento. Planejamento, planejamento, planejamento. Planejamento de trabalho, planejamento de atendimento, planejamento financeiro, isso tudo tem que andar junto, Porque as demandas são infinitas, e os recursos, infelizmente, finitos”* (Conselheiro 3).

Acho que só com a participação popular. A sociedade tem que participar mais desde o processo eleitoral porque tudo isso passa de acordo com nosso sistema eleitoral democrático que tem sido uma amostra negativa, contribuindo para o cenário atual, pois nas últimas eleições nós tivemos o maior índice de abstenção da história da democracia do nosso país. Nós, enquanto cidadãos e usuários do SUS temos que dar o primeiro passo nesse ano, já que temos eleições, é a sociedade começar a se conscientizar disso, que somente através dessa conscientização e depois as gestões eleitas, a participação e a cobrança, exigindo, o conhecimento dessas questões, é que vamos conseguir melhorar, só através da participação mesmo. Acho que é um dos nossos maiores desafios (Conselheiro 4).

Lamentavelmente, o Ministério da Saúde nos últimos anos passou a atuar ostensivamente pelo enfraquecimento do SUS. Se continuar neste nível de gestão ao longo dos anos, as probabilidades de fortalecimento do SUS estarão extremamente comprometidas e isso alguns conselheiros sentem enquanto representantes de uma sociedade como um desânimo e preocupação.

Pois bem, solução eu não penso. Não vou te dizer uma solução, mas eu penso que se nós tivéssemos conselhos municipais de saúde que tivessem esse entendimento e se a gente começasse a estar atento na elaboração dos planos municipais de saúde, se nós já estivéssemos atentos às questões de orçamentos a partir da base nós fazemos pressão a nível de estado, sempre no processo de pirâmide: município, estado, união. [...] O meu entendimento é que se os conselhos de saúde realmente fizerem estudos qualificados e proposições propositivas, penso que o caminho é esse. Porque é aqui na base que a gente sente (Conselheiro 5).

Se existe uma esperança? Uma solução? Eu acho que não, porque eu preciso sobreviver, eu preciso comer e para comer eu preciso estar empregado. Primeiro

comer e depois fiscalizar, e quando nós deixamos de fiscalizar já se foi. Nós não estamos preparados psicologicamente, humanamente, para viver em comunhão um lutando pelo outro, eu luto por mim e tu que se dane. Nós não estamos preparados para fazer frente a isso e isso é muito triste diante do quadro que se vislumbra no país. O diagnóstico é de uma profunda destruição (Conselheiro 24).

Defender o SUS hoje e suas diretrizes exige uma reanimação do movimento sanitário lá em suas bases na década de 1970. Ou seja, é necessário a realização de estratégias implicadas nas conquistas alcançadas ao longo dos últimos 40 anos, resistir à ação conservadora e sobretudo, ser capaz de reconhecer os problemas e lutar para superá-los apesar do contexto adverso.

Acredito que um futuro para o SUS somente terá razão de ser a medida em que se busque identificar e construir efetivamente condições de possibilidade para a sua sustentabilidade. A implementação integral do SUS nunca foi assumida por nenhum governo da república, o que nos faz entender que não houve um enfrentamento estratégico, de alguns dos sufocos crônicos do SUS: financiamento, política de pessoal, média e alta complexidade, relação público e privado, entre outros (Conselheiro 21).

Outro desafio importante é que o país se fortaleça em sua produção de insumos, medicamentos, vacinas, produtos e equipamentos de saúde para se tornar mais forte e não sofrer como está sofrendo hoje com a crise do fornecimento. A pandemia provocou uma reorganização das cadeias mundiais de produção e escancarou a necessidade e importância da soberania dos países em relação às tecnologias da saúde (Conselheiro 21).

A implementação e consolidação de uma política de saúde pública forte e gratuita depende da capacidade de articulação de um movimento que possuam independência e influência sobre partidos político e governo sendo capaz de garantir um projeto para um Sistema Único de Saúde mediante o enfrentamento das tendências negativas. Depende ainda de estabelecer um SUS relevante e consolidado de direito à saúde, de uma política de pessoal para o SUS, de um alicerce de inovações no cuidado integral e assegurando o retorno financeiro correspondente ao valor de uso do SUS.

4.6 Análises e considerações do perfil e das entrevistas dos conselheiros de saúde

Ao construir a trajetória deste estudo, muitos foram os questionamentos e indagações quanto a atuação dos conselheiros de saúde dos municípios pesquisados considerando o cenário político daquele momento. Foi possível analisar em que medida o processo da participação e da tomada de decisões constituem-se como elementos importantes para direcionar a atuação dos conselhos municipais de saúde a partir da realização prática dos princípios da democracia participativa e deliberativa.

Cabe destacar a presença in loco nos conselhos de saúde dos municípios pesquisados que teve como propósito aproximar a pesquisa com a realidade de atuação dos sujeitos implicados na pesquisa estabelecendo um contato mais próximo como a observação das práticas de participação, condições para o funcionamento, com suas dinâmicas, relações e contradições e assim criar um ambiente de confiança e cooperação com os entrevistados.

As diferentes informações levantadas através das entrevistas com os conselheiros municipais de saúde da Macrorregião dos Vales ofereceram alguns indícios sobre os rumos dos conselhos de saúde no Rio Grande do Sul como a percepção de sua importância pelos próprios conselheiros para o sistema de saúde pública, apesar dos constantes desafios e o crescente partidarismo em seus membros.

Entre os conselheiros entrevistados, uma grande maioria possui uma visão positiva em relação ao papel do conselho. Eles acreditam que as decisões tomadas no conselho municipal de saúde têm contribuído para a consolidação do SUS e possuem motivação para atuarem como conselheiros. No entanto, diferentes questões foram apontadas enquanto desafios para o aprimoramento desses espaços de participação como: dinâmica de reuniões, falta de capacitação, influência dos partidos políticos nas tomadas de decisões e falta de reconhecimento sobre seu papel na participação social, entre outros.

Com a análise da trajetória histórica através de documentos pesquisados verificou-se algumas contradições em relação ao tempo de atuação dos conselheiros em relação a data de criação dos conselhos. Os conselheiros que informaram o tempo de atuação enquanto conselheiros de saúde mais antigos foram três (3) com mais de 30 anos e um (1) com 37 anos. O município de Lajeado possui um conselheiro desde o tempo de sua criação há 30 anos. Um conselheiro que diz estar participando também há 30 anos desde a data da criação do conselho em Santa Cruz do Sul se contradiz pois através da Lei de criação, este conselho possui 24 anos de existência. Já no município de Cachoeira do Sul, dois (2) conselheiros possuem 30 e 37 anos de atuação. Porém como já foi descrito nesta tese, este município foi o pioneiro em criação do

Conselho municipal de saúde no estado do Rio Grande do Sul, pois já possuía de forma precursora uma Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) desde 04/12/85 com várias representações do governo e sociedade civil, dando os primeiros passos a um processo democrático de discussão sobre os assuntos de saúde em Cachoeira do Sul e esses são os únicos conselheiros que ainda permanecem enquanto militantes que representam suas entidades enquanto usuários.

No que refere às reuniões e suas frequências, os municípios de Lajeado e Estrela realizam uma reunião ordinária mensal, enquanto os municípios de Estrela realizam reuniões ordinária quinzenais, porém em todos os municípios realizam reuniões extraordinárias quando necessário. Nestas reuniões observou-se a necessidade da distribuição de pauta e material de apoio com antecedência para que os conselheiros tenham a oportunidade de prepararem-se para realizar discussões com maior profundidade dos temas abordados e participação na construção de agenda de discussão e deliberação, mais precisamente no município de Estrela. Principalmente quando o assunto é prestação de contas, cujos relatórios geralmente veem prontos por parte das gestões de saúde para serem aprovados na reunião. Diante disso, os conselheiros sentem-se impotentes para aprovar o Plano Municipal de Saúde, a programação anual de saúde, o relatório anual de gestão, prestações de contas e planos de aplicação dos recursos sem um conhecimento prévio, o que necessita de formação de comissões técnicas, jurídicas e similares como uma possível solução para tal problema.

Embora as reuniões fossem consideradas abertas ao público em todos os municípios, as pessoas da comunidade não se fazem presentes. Isso mostra a baixa capacidade dos conselhos de saúde em divulgar suas agendas, funções, decisões, datas e locais das reuniões. No município de Estrela, as reuniões são realizadas em um salão do hospital, o que restringe a participação da população. Um espaço inadequado, pois além de questões sanitárias, as pessoas da comunidade precisam se identificar e tomar precauções quanto ao risco para a saúde. Os municípios de Lajeado e Santa Cruz do Sul realizam as reuniões em espaços fechados que necessitam de escadas e/ou elevadores e que necessitam também de identificação para entrada na portaria/recepção. Cachoeira do Sul possui um espaço mais amplo para que a população participe, porém, o horário das reuniões dificulta o acesso aos trabalhadores e estudantes, visto ser diurno. Isso deixa inferir que a importância dada à visibilidade destes órgãos públicos é mínima, o que interfere na possibilidade de que a população os conheça e, portanto, os legitime enquanto canal de demandas populares que conseqüentemente acarreta baixo ou nulo envolvimento na eleição ou indicação dos representantes dos usuários para comporem os conselhos de saúde (SILVA, 2015). Para que tenham um desempenho mais efetivo é primordial que a utilização das informações ocorra de forma adequada e compreensível, de forma que as

decisões tomadas atendam aos interesses da sociedade e os espaços adequados, embora que no período de pandemia, os locais foram readequados de forma provisória nos municípios que tiveram reunião presencial.

Outro ponto a destacar e de acordo com a maioria dos entrevistados foi a falta de desenvolvimento de ações de capacitação para os conselheiros evidenciando a necessidade de investir na orientação, conscientização e preparo dos conselheiros com capacidade crítica para influenciar, reivindicar e questionar as ações dos serviços de saúde (FRANCHI *et al.*, 2012). Embora os entrevistados tenham se manifestado quanto a essa necessidade, os municípios de Cachoeira do Sul e Santa Cruz do Sul oferecem capacitações, e durante a pandemia foram disponibilizados vários cursos de qualificação de forma remota. Principalmente aos iniciantes que necessitam de qualificação para exercerem seus papéis, pois é importante que conheçam aspectos da legislação e da estrutura da política pública sobre a qual atuam e desenvolvem habilidades pessoais para o exercício da função de conselheiro, embora alguns entrevistados manifestaram que mesmo de forma gratuita, há conselheiros que não aderem às qualificações. No entanto, convém ressaltar que a capacitação de conselheiros adquire valor para que o processo de participação e controle social não fique submerso em dificuldades, tais como a falta de representatividade entre conselheiros e suas bases, ou a existência de conselhos meramente cartoriais (FRANCHI *et al.*, 2012). Houve entrevistados no município de Lajeado que ficaram surpresos em saber que existem qualificação aos conselheiros demonstrando desta forma, que esta pauta não é divulgada aos participantes. Estrela, da mesma forma. Alguns entrevistados alegaram que são recentes na participação, período pelo qual ainda não foram capacitados trazendo a pandemia como pretexto.

Em relação aos encaminhamentos das deliberações realizadas nas reuniões dos conselhos, ficou evidente, a partir da análise das atas oficiais, das observações realizadas nesse espaço e da análise das entrevistas realizadas com os conselheiros, que nem sempre houveram resgate dos encaminhamentos de reuniões anteriores. Nem sempre houveram encaminhamentos das deliberações; e, nos momentos em que houveram encaminhamentos, não se observou uma continuidade das ações deliberadas e a avaliação de sua resolutividade. Essa deficiência foi percebida por alguns dos conselheiros através de suas críticas quanto ao caráter puramente formal e instrumental do conselho destacado principalmente por conselheiros do município de Estrela. Portanto, além da crítica à dinâmica das deliberações e à falta de organização e objetividade durante as reuniões do conselho, alguns conselheiros do município de Lajeado destacaram que há pouca visibilidade do Conselho Municipal de Saúde perante a população do

município e que as repercussões das deliberações e o conhecimento do Conselho Municipal de Saúde pela população somente são possíveis por que muitos conselheiros são profissionais de saúde que atuam na comunidade. E sabe-se que a informação em saúde é um elemento estruturante da formação de opinião e da vontade coletiva, constituindo as conferências e os conselhos em espaços estratégicos em que ocorre uma comunicação entre serviços, profissionais e usuários fundamentando a formulação e a implementação de políticas democráticas para a saúde (GRISOTTI, 2010). Sobre isso é importante destacar que nos municípios de Lajeado e Estrela, as entrevistas realizadas pelos segmentos usuários foram realizadas com o acompanhamento das secretárias dos respectivos conselhos. Fato esse considerado prejudicial ao seguimento das respostas, pois os conselheiros sentiram-se inibidos em suas falas, inclusive por algumas vezes direcionarem às secretárias ajuda nas respostas. Três usuários do município de Lajeado solicitaram a entrevista em modo on line e manifestaram constrangimentos diante de profissional contratado por forma de cargo em comissão e uma entrevistada teve embates direto com a secretária. Embora, quando firmado acordo com os municípios foi solicitado espaço adequado para a confidencialidade das entrevistas.

Mesmo em momentos contraditórios nas falas de alguns entrevistados, foi notório o conflito de interesses, sobretudo interesses individuais e políticos que perpassam os debates, as negociações e a tomada de decisões no interior dos conselhos estudados em todos os municípios. Todavia, as batalhas devem ser voltadas ao fortalecimento das políticas públicas de saúde e sua gestão. Sendo assim, observou-se que a ausência ou fragilidade com relação à capacidade argumentativa por grande parte dos conselheiros, com destaque ao conselho do município de Estrela, o conhecimento especializado dos assuntos abordados, bem como a capacidade em produzir debates e decisões pode sim impactar negativamente nas atividades e nas deliberações.

Os conselheiros que atuam há vários anos na área do controle social, pelas experiências obtidas conseguem otimizar as atribuições dos conselheiros, pois com o passar do tempo eles acumulam conhecimento e experiência na instituição. O aprendizado técnico e organizacional proveniente de experiências anteriores, “aumentaria a capacidade dos conselhos de responder às exigências técnico-burocráticas da gestão de políticas públicas e, por extensão, a capacidade de intervir nas políticas formuladas segundo essa lógica” (LIMA *et al.*, 2014, p. 15). Deste modo, a experiência adquirida nesses espaços de participação pôde auxiliar os conselheiros a aprimorar o processo decisório, além de possibilitar sua propagação para os demais integrantes das entidades das quais fazem parte, principalmente nos municípios de Cachoeira do Sul e Santa

Cruz do Sul, municípios que possuem um maior número de conselheiros com mais experiências (tempo maior no controle social).

Embora a participação social tenha tido avanços inegáveis e vitórias concretas, há aspectos desprovidos do poder político previsto na Constituição cujas limitações e fragilidades afetam a questão da autonomia e um papel ativo dos conselheiros de saúde. Através de observação *in loco*, os espaços de realização das reuniões não são próprios, embora todos possuem acessibilidade e boa adequação apesar de no momento das visitas, as reuniões em alguns municípios estavam sendo realizadas em espaços provisórios devido a pandemia, os conselhos dos quatro municípios possuem apoio administrativo e dotação orçamentária específica. Em suas dinâmicas, portanto, existe muita burocratização das ações que inviabilizam a efetiva participação dos representantes como a falta de conhecimento da sociedade civil organizada sobre os conselhos, contribuição ainda incipiente dos representantes para a democratização da esfera pública e falta de soluções jurídicas mais ágeis quanto à necessidade de enfrentamento com o executivo. A autonomia dos conselhos deve ser proporcionada por meio das condições adequadas de funcionamento administrativo, financeiro e técnico, com recursos garantidos nos orçamentos das secretarias municipais de saúde.

Para que haja avanço no processo de democratização da gestão pública local e de aumento da eficiência e da efetividade das políticas sociais, o governo municipal necessita ter compromisso com as decisões tomadas nos respectivos conselhos setoriais de gestão. Da mesma forma, a dificuldade que muitos conselheiros apresentam em relação aos mecanismos necessários para a sua própria gestão os impede de atuar de forma mais autônoma em relação ao poder público local, pois a independência no processo decisório é fundamental no processo de gestão participativa.

A articulação intersetorial é fundamental e se refere à capacidade do conselho de interação e articulação com outros conselhos, bem como com outros setores de governo dentro do próprio município, como por exemplo: o legislativo, ministério público e o judiciário. A finalidade dessa articulação intersetorial é estabelecer estratégias e procedimentos para reduzir os problemas de saúde e fortalecer a gestão do Sistema Único de Saúde e essa articulação foi pouco percebida nos conselhos dos municípios pesquisados.

Quando questionados quanto ao interesse político partidário, a maioria dos conselheiros entrevistados responderam que não tem interesse em ocupar nenhum cargo político, pois quando o conselheiro tenta seguir por essa direção, ele corre o risco de envolver o Conselho em atitudes clientelistas que beneficiam apenas alguns ou que atendem a interesses partidários ou

a ambições políticas pessoais do próprio Conselheiro (BRASIL, 2012). O ofício da deliberação, por vezes é prejudicado por questões referentes a divergência de interesses. Interesses pessoais e políticos em detrimento aos interesses coletivos, sendo esse o maior obstáculo relacionado à efetividade deliberativa. E enquanto uma instância de poder, os conselhos se tornam, frequentemente, alvos de disputas político-partidárias e ocupados por militantes partidários transformando-se em uma arena de embate entre diferentes forças que nem sempre conseguem isolar o interesse partidário do interesse público da saúde perpetuando práticas como a manipulação, o clientelismo, a troca de favores, a cooptação, etc., as quais inviabilizam a efetivação da democracia (OLIVEIRA, 2013).

Outra situação encontrada durante as entrevistas e que é importante ser destacada pois possui estudos escassos foi sobre as emendas parlamentares no campo da saúde pública. Muitos conselheiros entrevistados comentaram de forma elogiosa e bem recebida, principalmente representantes do segmento da gestão e prestadores de serviços de saúde como hospitais, etc. Já outros foram mais críticos pois entendem que as emendas parlamentares vão de contramão às políticas públicas de saúde e consideram a relação desse instrumento com a necessidade local e a utilização dos recursos para conformação de barganha política do executivo com o legislativo com fins eleitoreiros em detrimento de pautas de saúde pública de forma ampla e universal (CARNUT, 2021).

O parlamento brasileiro favorece a utilização dos recursos das emendas parlamentares aprovados nas leis orçamentárias que estes destinam aos seus Estados de origem ou a outros beneficiários legalmente constituídos a fim de contribuir com a manutenção ou estruturação dos serviços públicos de saúde e/ou para atendimento às suas demandas particularistas. Porém, as características das emendas se opõem a critérios técnicos de necessidade da população e indica a desvinculação desses recursos dos projetos e planejamentos que possuem horizonte temporal maior, o que é sem dúvida, condição essencial para poder superar as imensas desigualdades regionais existentes hoje no País (BATISTA *et al.*, 2012).

Desde a publicação da Constituição Federal de 1988, diversas normas foram instituídas com o intuito de aproximar o planejamento e o orçamento do Estado. O propósito dessa condição tem como finalidade aproximar o planejado das necessidades das populações e facilitar a execução das ações de acordo com uma lógica de crescimento estrutural das ações da administração pública brasileira. É nesse sentido que a vinculação da Lei Orçamentária Anual (LOA) com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e o Plano Plurianual (PPA), elevou o planejamento à posição de destaque na definição dos orçamentos públicos garantindo maior elo

entre esses atos administrativos que eram considerados, anteriormente, fragmentados. Porém, o que se percebe na prática é a insistência de um planejamento que continua sendo feito de forma não integrada, o que é especialmente problemático, já que a dimensão do Brasil e sua heterogeneidade em termos de regiões são desafios reais em função da maior complexidade necessária à elaboração de um planejamento integrado, e que esse planejamento considere ao mesmo tempo, as diversas especificidades locorregionais (CARNUT, 2021).

Assim, um planejamento que busca ponderar esse desafio requer considerar que os investimentos de longo prazo devem ser prioridade na organização do orçamento estatal, já que a necessidade prioritária na saúde é garantir um padrão de qualidade ao mesmo tempo que se devem diminuir as desigualdades regionais que tem como um dos objetivos fundamentais na Constituição Federal de 1988.

Em seu estudo sobre a relação entre corrupção e composição dos gastos governamentais nos municípios brasileiros, Baptista *et al.*, (2012) relatam que, ao passo que o aumento das emendas parece estar associado a níveis de corrupção, os gastos governamentais com saúde e educação nos municípios aumentaram evidenciando que o problema reside, mais uma vez, na falta de planejamento que deveria guiar a alocação desses recursos. Este fato se torna ainda mais significativo quando se considera a tendência de queda do orçamento da seguridade social em função da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou o gasto público por 20 anos, provocando um franco processo de desfinanciamento (BATISTA *et al.*, 2012).

Outra fragilidade encontrada na pesquisa foi sobre o impacto causado nas políticas públicas a partir da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do Teto de Gastos. Enquanto alguns entrevistados se mostraram preocupados com a redução do financiamento, a maior parte deles não conseguiram perceber a perda de investimentos. Muito provavelmente, naquele momento a pandemia ter abarcado muitos recursos aos municípios pela Covid-19 e a preocupação ficou voltada à esta situação. No entanto, houve uma piora no problema: fez com que o SUS saísse do subfinanciamento e passasse para o desfinanciamento.

Contudo, os impactos gerados não foram apenas de natureza fiscal ou administrativa. Destacadamente, a aprovação do *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff impulsionou a conformação de movimentos políticos pouco comprometidos com a ordem institucional democrática e desmobilizou capacidades estatais construídas a duras penas desde a redemocratização do país acirrando um processo de desmantelamento das políticas sociais públicas, em um movimento que dialoga com os princípios da necropolítica desmontando estratégias que se pensava estar asseguradas pelo Estado de Direito. Essa política de morte, que

recrudesciu no período mencionado, traduz-se em um desinvestimento violento nas condições para viver, o que acelera e intensifica as distintas formas de desigualdades sociais.

Por fim, essas colocações analisadas indicam alguns desafios, quais sejam: a falta de cultura participativa por parte dos cidadãos em fazer parte desses espaços e exercer sua cidadania; o conflito de interesses no interior do conselho, sobretudo interesses individuais e políticos; e a falta de incentivo e apoio do grupo político que constitui o governo em ampliar e aprofundar a participação. Pois apesar dos problemas apontados em relação aos limites dos novos contornos da participação nestas experiências que vem se consolidando no cenário brasileiro deve-se ressaltar a importância destes mecanismos de participação que estão permitindo tematizar questões que antes nem sequer eram pensadas.

Certamente essas questões precisam ser objeto de discussão entre o poder público e a sociedade civil para que possam contribuir para a consolidação dos conselhos municipais de saúde como espaços efetivos de gestão compartilhada que permitam a participação dos cidadãos e o controle social sobre as políticas públicas compreendendo que a existência de conselheiros de saúde com autonomia para colaborar e garantir os direitos de saúde é essencial para fazer com que o SUS da Constituição Federal se torne o SUS real.

Diante do fortalecimento do projeto neoliberal da saúde no Brasil há a necessidade de se revigorar o movimento social em prol da Reforma Sanitária Brasileira garantindo um SUS público, gratuito e de qualidade. E é nesse cenário que surge o papel fundamental da educação na formação do cidadão, bem como de práticas que valorizem o empoderamento através da informação e conscientização dos sujeitos sobre os valores da cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese foi contextualizada em um ambiente de evolução dos arranjos participativos e da sua dinâmica em esfera municipal, buscando verificar em que medida os princípios normativos que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) produziram e/ou produzem efeitos locais entre os municípios de determinadas regiões, sendo que as inovações relativas à institucionalização da participação e desenhos institucionais ocorrem nos municípios. A compreensão dessa evolução requereu um conjunto de análises que possibilitaram compreender a natureza das práticas que acontecem no interior destas instâncias e as condições associadas à sua efetividade.

A construção do diálogo com os autores que contribuíram com a pesquisa percorreu um longo percurso teórico conceitual, o qual buscou compreender o contexto de surgimento desses novos espaços participativos, que funcionam de forma simultânea e integrada às instâncias da democracia representativa, e as consequências de sua institucionalização, legitimação e controle social para o processo de implementação das políticas públicas (GASPARDO, 2018).

Desta forma, o principal objetivo desta pesquisa consistiu em analisar como as dinâmicas e os desenhos institucionais existentes nos Conselhos Municipais de Saúde interferem na implementação da política de saúde em escala local. Pelo fato da pesquisa buscar contribuir com aquilo que o campo das políticas públicas proporciona para o entendimento das instituições, atores e processos que envolvem a saúde pública, o estudo fundamentou-se em políticas públicas de saúde que buscaram descrevê-la e/ou analisá-la a partir do reconhecimento de ferramentas específicas no acervo de informações dos setores da sociedade para a sua implementação. Tratou-se, nesse sentido, de compreender os avanços e contradições dos mecanismos de governança que possibilitaram a implementação da política de saúde (SILVA, 2013).

Partindo do referencial teórico pesquisado, e sabedores de que neste momento as democracias representativas enfrentam dificuldades e descrenças em seus ideais que enfraquecem a valorização e permanência dos arranjos institucionais participativos, reitera-se a sua importância para o aprimoramento democrático. E neste sentido consiste a relevante problemática desta pesquisa: compreender como as dinâmicas e os desenhos institucionais existentes nos Conselhos Municipais de Saúde interferem na implementação da política de saúde em escala local.

A presente pesquisa trouxe uma abordagem sobre os efeitos dos arranjos participativos no processo de implementação das políticas públicas nos distintos territórios que busca sustentar investigações de forma menos normativa e prescritiva, o que tem demandado esforços dos pesquisadores no sentido de avaliar como os desenhos institucionais e as dinâmicas empreendidas pelos distintos atores nesses espaços refletem no resultado alcançado pelas políticas públicas (LOTTA, FAVARETTO, 2016). Considerar as particularidades e reconhecer a diversidade dos arranjos construídos por aqueles que atuam em um território, e como os seus integrantes se relacionam, pode propiciar uma melhor compreensão sobre a implementação de políticas públicas em nível local e os seus fatores condicionantes.

Com este estudo, percebeu-se que, na realidade brasileira, as formas de participação e representação política (comunitária, popular, social e cidadã) sofreram variações incertas entre os altos e baixos, idas e vindas, ao adequar-se aos distintos governos, quase sempre absorvidos por objetivos sombrios de centralização do poder e das decisões. Após um longo período de regime militar autoritário surgiram novos fatores para a redemocratização da sociedade pela via da construção de outras esferas institucionais participativas e representativas que aproximaram a sociedade às decisões do poder público. Assim como a formação de novos instrumentos de participação e deliberação que tornou vigente uma forma plural de maior engajamento da sociedade.

A Constituição de 1988 efetivou a redação de uma série de direitos reivindicados pela sociedade brasileira, dentre eles a participação social na elaboração de políticas públicas. Após a sua promulgação presenciou-se à multiplicação de iniciativas de gestão que envolveram procedimentos participativos, tais como conselhos gestores, entre outros. As experiências participativas brasileiras, conforme tão bem colocadas por Lotta (2019), adquiriram visibilidade internacional quando se constituíram em mecanismos de aperfeiçoamento democrático e de qualificação da gestão pública. Essas experiências foram caracterizadas como inovações democráticas, as quais incluíam uma potencialidade em fortalecer a democracia através da convivência pacífica e complementaridade entre a representação, a participação e a deliberação. Por meio desses processos participativos, abriu-se a possibilidade de uma maior inclusão da sociedade nos processos decisórios, a partir do pressuposto de que os atores sociais possuem capacidade de propor soluções para demandas e problemas locais e nacionais, influenciando positivamente na gestão pública (LOTTA, 2019).

Outro fator importante consistiu em perceber as políticas públicas na sua origem, conceitos, análises, abordagens e a sua implementação nos territórios enquanto construção histórica através de uma abordagem neoinstitucionalista, que leve em consideração as construções históricas e sociais dos diferentes territórios, pois essas irão determinar os

resultados particulares que as políticas públicas assumirão em cada local. Nesse sentido, o neoinstitucionalismo destaca as capacidades dos Estados e as percepções dos atores e a sua discricionariedade permitindo demonstrar que a fase da implementação também se constitui em um espaço de decisões como um “[...] objeto socialmente constituído, [...] um universo de indivíduos ou de organizações em busca de definir ou de exprimir suas identidades conforme modos socialmente apropriados” (HALL e TAYLOR, 2003, p. 211). Destacando que as relações entre instituições e indivíduos se dão a partir das perspectivas culturais e dos padrões de significação social. O que conta é a dinâmica do jogo político, quem são os atores relevantes, como se dá a relação entre esses, a interseção das ações e suas interações. (HALL e TAYLOR, 2003).

Seguindo esta lógica, o estudo buscou caracterizar a trajetória histórica da política de saúde no Brasil que traçou um projeto de saúde articulada com a emergência dos movimentos sociais dos anos 70 e 80, associado à mobilização das universidades e das organizações de usuários, gestores e trabalhadores da saúde. Este foi um movimento gerado de forma pluralista e acima dos interesses e ideologias partidárias’, cujas condições sociais e políticas emergiram em meio à luta social a noção da saúde como direito universal que serviria de base para o projeto da Reforma Sanitária e a criação do SUS (PAIM, 2012). Como consequência deste processo, a Constituição Federal de 1988 introduziu grandes inovações em seus princípios e diretrizes como a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, e com destaque a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde necessários para permitir um melhor conhecimento dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo desta forma, ações em todos os níveis de complexidade (CUMINALE, 2021).

Consequentemente, o processo de construção do SUS definiu mudanças na reorientação das políticas econômicas e sociais no país, tendo em vista a melhoria dos níveis de vida e a redução das desigualdades sociais com influências na elaboração e implementação de políticas públicas com participação popular, controle social e suas competências nas três esferas de governo.

O estudo ainda trouxe destaque sobre o controle social que se constituiriam como novos centros do poder descentralizado em saúde consolidando as Conferências e os Conselhos de Saúde como formas de exercício da democracia participativa objetivando os direitos de cidadania e saúde. Um impulso importante durante o processo de descentralização do sistema foi a decisão do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde em garantir a transferência dos recursos financeiros a estados e municípios mediante a existência formal e legal dos conselhos de saúde. Acrescido posteriormente de outras exigências como a obrigação dos CMS em examinar e aprovar

o Plano de Saúde, o Orçamento e Relatórios de gestão evidenciando um avanço se considerado ao autoritarismo vivenciado no passado. No entanto, percebeu-se que ainda é necessário estender o poder desta representação na construção e gestão da política de saúde onde o controle social pela população é fundamental para a reorientação do modelo de atenção focado nas necessidades de saúde das pessoas.

Foi realizado ainda uma nova referência sobre a regionalização em saúde normatizadas como regiões e macrorregiões revelado pela importância que a dimensão territorial vem conquistando através da distribuição dos recursos e a racionalização da atenção e ações de serviços disponibilizados para todas as pessoas com ampla abrangência de resolução na média e alta complexidade, com garantia de acesso, com economia de escala, regulação e logística adequada a todos os pontos de atenção necessários a integralidade da atenção à saúde (MENDES, 2019).

A investigação destacou-se pelo desenho institucional dos conselhos de saúde em municípios da Macrorregião dos Vales. Apontou as características e o processo histórico de cada região de saúde que foram criadas em dinâmicas políticas tendo o protagonismo dos gestores públicos de saúde e da sociedade civil organizada da Macrorregião dos Vales composta por quatro regiões e seus respectivos municípios principais para a operacionalização da governança da rede de atenção à saúde.

Foram abordados dados específicos sobre os quatro conselhos de saúde nos municípios sede de cada uma das regiões com estudos sobre suas características, trajetória histórica, organização nos municípios e as normas de participação representadas por 100 conselheiros de saúde. E desta forma, estudos sobre as dimensões e os indicadores dos condicionantes estruturais, além dos vários movimentos oriundos da esfera pública e da sociedade civil voltados à promoção da qualidade de vida com repercussões importantes para a saúde da população.

Sob o ponto de vista dos procedimentos de levantamento de dados, a pesquisa implicou em cinco (4) momentos em resposta a questão problema da tese já mencionado entre os quais: *i)* pesquisa e estudos sobre a legislação relacionada à política de saúde, à estrutura de serviços públicos em saúde realizados na Macrorregião dos Vales, à estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde nas Regiões; *ii)* levantamento e análise de documentos (atas, relatórios e planos regionais de saúde, resoluções, portaria e decretos dos municípios, atas e pautas das reuniões, resoluções, regimento interno etc.) das 4 Regiões de Saúde da Macrorregião dos Vales; *iii)* realização de questionários a todos os conselheiros a fim de apurar o perfil dos participantes da pesquisa com base nas seguintes características: gênero, faixa etária, escolaridade, forma de ocupação profissional, segmento que representa no conselho, tempo de

atuação, entre outras questões. O questionário foi autoaplicável via google forms com o retorno de 70% dos conselheiros; e *iv*) entrevistas semi estruturadas. Importante destacar que este item refere a entrevistas que foram realizadas com vinte e oito conselheiros de saúde de municípios da Macrorregião dos Vales mediante um roteiro com categorias e subcategorias que deram um feedback às questões norteadoras e, inclusive, essas foram as revelações mais importantes da pesquisa. O retorno dado pelos entrevistados.

A categoria “Atribuições e competências dos conselheiros de saúde” atendeu à seguinte questão norteadora. Como os representantes em seus vários segmentos percebem as suas atribuições e competências e a dos demais conselheiros?

Outra categoria nomeada por “Tomada de decisão pelos conselheiros de saúde” respondeu a outra questão norteadora. De que maneira os diferentes segmentos representados nos conselhos municipais de saúde defendem os seus interesses diante dos conflitos e demandas que se apresentam na tomada de decisão?

A categoria “Relações de poder”, fez relação com a próxima questão norteadora. Como se apresentam as relações de poder enfrentadas pelos representantes dos conselhos municipais de saúde diante dos conflitos de interesses no processo de deliberação?

Por fim, a Categoria sobre o “Desmonte das políticas de saúde num contexto da pandemia Covid-19” respondeu a questão norteadora: Como os conselhos municipais têm incidido sobre a implementação da política de saúde em nível local em um contexto de pandemia?

Como pôde ser visto, os movimentos sociais no cenário brasileiro trouxeram às ciências sociais benefícios que indicaram um alto potencial da teoria democrática, especialmente no que diz respeito ao período de democratização no país, quando vários estudos se dedicaram às lutas em defesa de direitos e a institucionalização de espaços de participação (GRINBERG, RIBEIRO, 2018). Espaços estes que foram além do compartilhamento de informações, da simples consulta ou de assessoramento. Eles buscaram identificar e transformar relações de poder desiguais ou arbitrarias em relações de igual para igual procurando criar oportunidades de acesso ao exercício do poder aos grupos ou setores sociais excluídos do processo decisório que historicamente ficam distantes das definições do poder e das políticas públicas em geral (GRINBERG, RIBEIRO, 2018).

Percebeu-se, através da pesquisa que a efetividade participativa é dada pela ampliação das lutas e resultados conquistados, onde a participação social e política expandem os direitos e saberes, alargando a diversidade democrática, contrariando a visão limitada que busca

estabelecer mecanismos participativos para melhorar a legitimidade administrativa e a efetividade das políticas públicas implementadas pelas instituições representativas. Por isso é necessário que se desenvolvam continuamente critérios que permitam identificar diferentes formas de participação democrática e as permitam organizar segundo a qualidade de vida coletiva e individual que a proporcionam.

Dessa forma, entendeu-se também que a saúde pública no Brasil com seus múltiplos e complexos cenários deve ser conhecida, reconhecida e comparada para que o funcionamento dos conselhos municipais de saúde possam avançar na contribuição ativa da consolidação do SUS. Reconhecer o papel do conselheiro no sentido de deliberar sobre políticas de saúde; fiscalizar e controlar a gestão; tentar adequar o SUS à realidade da sociedade; fazer prevalecer a integralidade e a universalidade nos atendimentos e trabalhar para a consolidação e o fortalecimento do SUS a partir do controle social.

Algumas lacunas foram observadas durante a investigação. Refere-se aos poucos recursos disponíveis para o funcionamento dos conselhos, os quais somados aos escassos recursos financeiros dos conselheiros trazem dificuldades à participação social, já que para o acesso às informações é fundamental para a atuação de atores sociais envolvidos criticamente com a construção de políticas públicas mais objetivas, igualitárias e justas (ALENCAR, *et al.*, 2013).

Outro fato percebido foi o grande número de conselheiros que estão em sua primeira gestão substituindo outros participantes, fator importante para a democracia. Entretanto, no que refere à qualificação para atuação nos conselhos deixa a desejar, tanto em qualidade quanto em continuidade (isso em todos os conselhos investigados). Não havendo um processo de formação planejada, principalmente aos novos conselheiros torna-se um ponto negativo ao empoderamento e participação de fato pelos conselheiros. A luta por processos constantes e qualificados de formação apresenta-se como aspecto fundamental no intuito de romper com a lacuna da falta de informação, de como interpretá-la e utilizá-la, buscando a viabilidade do poder através do questionamento de verdades impostas pelos que se encontram em posições privilegiadas pelo saber e/ou autoridade. Faz-se necessário esclarecer que essa formação deve ser um processo que vai além de informar, mas também de formar. Isso demanda uma prática que se aprende a aprender, se aprende a aprimorar aptidões para lidar com os demais conselheiros, de criar, de planejar para que se aumente a capacidade e possibilidade de contra argumentação. Esse processo pode ser realizado dentro do espaço do conselho, com vantagens para ele e para a política de governo pois as qualificações fazem parte de um processo de

aprendizagem permanente que se dá no dia-a-dia do conselho, além de serem instrumentos na defesa dos interesses da sociedade.

Embora a percepção dessas limitações existentes aos conselhos estudados, entende-se que estes são espaços públicos em construção e o diálogo entre os conselhos é fundamental para o exercício da democracia e exercício da cidadania pois considera-se que existem avanços nesse processo histórico. É necessário que a democracia se consolide como princípio e como prática dentro destes espaços, permitindo que os diversos setores da sociedade, além da presença, participem e tenham voz e, principalmente, que estas vozes sejam ouvidas resultando em medidas políticas concretas.

Este estudo, ao refletir sobre o perfil e a visão do conselheiro de saúde sobre sua atuação nos conselhos de municípios da macrorregião dos vales, objetivou colaborar com a discussão da participação social no país e com o entendimento do papel dos conselhos municipais de saúde nesse processo dinâmico e participativo. É fundamental compreender que a existência de conselheiros de saúde com autonomia para colaborar e garantir os direitos de saúde é essencial para fazer com que o SUS da Constituição Federal se torne o SUS real.

A pesquisa refletiu uma realidade macrorregional para uma visão e discussão mais ampla e sugere-se que outros estudos sejam realizados, além dos aqui referenciados, abordando contextos socioeconômicos e políticos diferentes. Neste sentido, os aprofundamentos posteriores desta e de outras pesquisas podem contribuir para futuras pesquisas e também corroborar com outros estudos de forma a complementar os dados apresentados nesse trabalho, utilizando-se de outros instrumentos de coleta de dados e investigar como se conformam as trajetórias institucionais e de que forma estas interferem nos processos decisórios sobre a implementação de políticas públicas nos territórios buscando apreender as particularidades, similaridades e diferenças existentes entre essas organizações e como essas interferem nos padrões de reprodução institucionais.

Destacando ainda ao final destas considerações que as entrevistas aos conselheiros de saúde ocorreram em um período onde a segunda onda de covid-19 ainda não havia se estabilizado. Além dos entrevistados, a população estava fortemente impactada por diversas formas com a pandemia e seus efeitos apesar de já haver o acesso às vacinas. Impactos individuais, coletivos, nos relacionamentos, nos processos de trabalho, enfim, em todos e em tudo. Junto aos conselheiros de saúde não foi diferente pois tiveram que aprender a trabalhar com essa nova realidade, dar respostas ao enfrentamento necessário, e tudo isso em um tempo recorde, ou seja, sem tempo algum. As ações de proteção aos trabalhadores de saúde também

tiveram que ser estruturadas de forma muito rápida. Muitos dos trabalhadores contraíram a doença, outros precisaram se afastar do trabalho por proteção ou sobrecarga de trabalho.

Além disso, o Sistema Único de Saúde dependeu, ainda depende e sempre dependerá de reformas econômicas, sociais e políticas; no caso, da luta por um destino comprometido com a redução das desigualdades, em busca de equidade, de direitos e da democracia (CONASS, 2019). Os desafios daquele momento são os desafios de sempre ao longo das décadas de SUS, mas ainda maiores por termos tido um governo federal e alguns governos estaduais e municipais que insistiram em atuar para o desmonte do SUS.

Àquela conjuntura caracterizada pelos graves ataques à democracia e aos direitos do povo brasileiro exigiu uma ampla mobilização que apontaram para a construção de um processo de lutas nas suas mais diversas expressões, ampliada para além da via institucional. Restou portanto, o avanço na defesa do direito à saúde, pelas liberdades democráticas e pelos direitos sociais e humanitários. Foi a construção de uma jornada de lutas em defesa de um SUS público, forte e gratuito contra todas as formas de privatização, pelo acesso universal, financiamento adequado, carreira de Estado para as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde, fortalecimento da participação popular e lutas pelo enfrentamento do projeto conservador e ultraliberal em curso (BRASIL, 2010).

Foi necessário a inserção formalmente nos conselhos participativos brasileiros com o fortalecimento da rede de Conselhos de Saúde. Ir às ruas e às redes sociais em mobilização para modificar o cenário atual. Foi preciso defender os coletivos e organizações populares, os movimentos sociais, as entidades trabalhistas que se faziam presentes nessa jornada de lutas tal como o movimento pela Reforma Sanitária (BRASIL, 2021) ²¹. Pensando em que o SUS só seria e será democrático se esses agentes defendessem aquilo que está na Constituição de 1988, na Lei nº 8080/1990 e na Lei nº 8142/1990, que estabelecem a participação da comunidade na gestão, monitoramento e fiscalização do SUS. O financiamento adequado e suficiente para o SUS precisa estar sempre presente nas lutas cotidianas, principalmente a revogação da PEC 95.

Foi nesse momento ímpar da frágil democracia brasileira que se conseguiu definir um documento com um conjunto de propostas e diretrizes capazes de subsidiar o planejamento do Ministério da Saúde para os próximos anos aos candidatos à presidência da República. Portanto, foi fundamental que entidades, movimentos, sindicatos, associações, enfim, todas as

²¹ <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2029-e-preciso-lutar-contr-o-desmonte-do-sus-diz-pigatto-em-entrevista-para-sindicato-dos-enfermeiros-do-rs>

organizações da sociedade civil propusessem e acompanhassem as etapas com seus conselhos municipais e estaduais para erguer um intenso relatório, com as demandas e necessidades da população brasileira atendendo os anseios e desejos de todos.

Foi necessário sensibilizar ainda a população sobre a importância de seguir em defesa do SUS e da vida de todas as pessoas garantindo ações mais contundentes e imediatas visando a defesa da democracia, da liberdade, do bem estar social, da dignidade e da Saúde do povo brasileiro (BRASIL, 2021).

Ainda quando no momento das entrevistas um conselheiro participante respondeu: “Para a reconquista dos direitos sociais e ter uma população mais participativa, o único jeito é colocar o Lula de volta” (Conselheiro 20). E, Lula voltou pelo processo eleitoral de outubro de 2022 declarando:

É importante reafirmar o caráter social da política de saúde, definindo o SUS 100% público, e o princípio da Universalidade de acesso, garantindo o direito aos serviços e produtos de saúde a todas as pessoas. Insistimos na urgência em revogar a Emenda Constitucional 95 para que o Estado retome um crescente investimento público na saúde (ABRASCO, 2022).²²

O país voltou a respirar? Foi o momento de reencontro, mas não foi um período festivo. Ainda convive-se com as consequências diretas do desmonte do SUS e do Estado brasileiro onde milhões de pessoas passam fome. Foi o enfrentamento à extrema direita na eleição mais decisiva da história recente. “E estamos aqui, prontos para reconstruir um país. Nós resistimos – pelo SUS, porque estivemos juntos” (ABRASCO, 2022).

Vida longa ao SUS!

²² <https://abrasco.org.br/resistimos-pelo-sus-porque-estivemos-juntos/>

REFERÊNCIAS

ABRAMO, Marta Wendel; LICIO, Elaine Cristina. Papel da União na coordenação federativa da política de educação básica. In: JACCOUD, Luciana. **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília, Ipea, 2020.

ABRASCO <https://abrasco.org.br/resistimos-pelo-sus-porque-estivemos-juntos/> Acesso em 05 de mar de 2022.

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. **Revista Agenda Política**, São Carlos, v.3, n.2, jul/dez, p. 12-42, 2015.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011):** diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 289 f. Tese (Doutorado) USP, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2013.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; MELLO, Guilherme Arantes; IOZZI, Fabíola Lana. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, Ana Luiza D'ávila; LIMA, Luciana Dias de. (Org.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 117-172, 2011.

ALENCAR, JOANA *et al.*, Participação social e desigualdades nos conselhos nacionais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 15, nº 32, jan/abr, p. 112-146, 2013.

ALMEIDA, Carla; CARLOS, Euzeneia; SILVA, Rafael da. Efetividade da participação nos conselhos municipais de assistência social do Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, v. 22, nº 2, ago, p. 250-285, 2016.

ALMEIDA, Carla; CAYRES, Domitila Costa; TATAGIBA, Luciana. Balanço dos estudos sobre os Conselhos de Políticas Públicas na última década. **Lua Nova**, São Paulo, p. 255-294, 2015.

ALMEIDA, Carla; TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, nº. 109, mar, p. 68-92, 2012.

ALMEIDA, Débora. C. Rezende; CUNHA, Eleonora Schettini Martins. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. In: PIRES, Roberto Rocha. C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, p. 109-123, 2011.

ALMEIDA, Débora C. Rezende. Pluralização da representação política e legitimidade democrática: lições das instituições participativas no Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, v. 20, nº 1, abr, p. 96-117, 2014.

ALMEIDA, Lourdes Lemos. **O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado) Universidade de Brasília, 2013.

ALVES, Rita de Fátima. Indicadores de participação social nos conselhos municipais de políticas públicas. 2020. 76 f. **Dissertação** (mestrado) Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos. Universidade Federal de São Carlos SP, 2020.

AMÂNCIO, Júlia Moretto; SERAFIM, Lizandra; DOWBOR, Monika. Microterritorialidade e Controle Societal. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. **Lua Nova**, São Paulo, n. 84, p. 287-314, 2011.

ANTUNES, André. Entra atenção primária, sai o controle social. **EPSJV/Fiocruz**, 2019. https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/entra-atencao-primaria-sai-o-controle_social Acesso em 30 de nov. 2022.

ARAÚJO, Luísa; RODRIGUES, Maria de Lurdes. Modelos de análise das políticas. **Sociologia, Problemas e Práticas**, 83, Lisboa, Portugal, 2017.

ARREAZA, Antônio Luis Vicente. Reconhecimento ético-moral dos direitos emancipatórios para os cidadãos sociais da saúde coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, abr-jun, p. 347-358, 2014.

ARRETCHE, Marta. **Democracia, Federalismo e Centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/FGV, 2012.

ARRETCHE, Marta (Org.) Trajetórias das Desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos. São Paulo: Editora UNESP. 2015.

AVRITZER, Leonardo. (Org.) **Sociedade Civil e Democratização**. Del Rey, Belo Horizonte, 1994.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: da Autorização à Legitimidade da Ação. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 443 –464, 2007.

AVRITZER, Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, v.14, n.1, junho, p. 43-64, 2008.

AVRITZER, Leonardo. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.) **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília. IPEA, 2011.

AVRITZER, Leonardo. Um balanço da participação social no Brasil pós-constituição de 1988. In: AVRITZER, Leonardo (Org.). **Experiência democrática, sistema político e participação popular**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

AVRITZER, Leonardo; COSTA, Sérgio. Teoria Crítica, Democracia e Esfera Pública: Concepções e Usos na América Latina. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 703-728, 2004.

AVRITZER, Leonardo; RAMOS, Alfredo. Democracia, escala y participación: reflexiones desde las instituciones participativas brasileñas. **Revista Internacional de Sociología**, [online], Madrid, Espanha, v. 74 n. 3. jul/set, s/p, 2016.

BAHIA, Lígia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, s/p, 2018.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da

saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2267-2279, 2012.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; REZENDE, Mônica de. A ideia de ciclos na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R.A; BAPTISTA, T.W.de F. (Org.) **Caminhos para análise das políticas de Saúde**, ENSP, Rio de Janeiro, p. 138-172, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Augusto Pinheiro e Luis Antero Reto. Lisboa (PO): Ed. 70, 1977.

BARRETO, Ketnen Rose Medeiros; FERES, Eliana Monteiro. Controle social e gestão dos recursos públicos da assistência social durante a pandemia: A experiência nos conselhos de Campos dos Goytacazes e de Macaé. **Mundo Livre: Revista Multidisciplinar**, Campos dos Goytacazes, v. 7, n. 1, p. 168-189, 2021

BICHIR, Renata Mirandola. Para além da “fracassomania”: os estudos brasileiros sobre implementação de políticas públicas. In: MELLO, Janine. (Org.) **Implementação de políticas e atuação de gestores públicos**: experiências recentes das políticas de redução das desigualdades. Brasília, IPEA, p. 21- 41, 2020.

BRASIL, Felipe Gonçalves. **Instituições participativas e políticas públicas**: uma nova literatura para uma agenda de pesquisa. 2013 141 f. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de São Carlos, 2013.

BRASIL, Felipe Gonçalves; CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. Os Estudos das Políticas Públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. **Revista Política Hoje**, Pernambuco. v. 25, n. 1, p. 71-90, 2016.

BRASIL; Felipe Gonçalves; JONES, Bryan D. Agenda setting: mudanças e a dinâmica das políticas públicas. Uma breve introdução. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro. v. 54 n. 6, p. 1486-1497, 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto** nº7. 508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional Presidência da República, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 1988.

BRASIL. Frente Nacional contra a privatização. <https://www.contraprivatizacao.com.br/2019/08/>

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, 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. **Lei**. Brasília-DF. 1990a.

BRASIL. Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que 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. **Lei** Brasília-DF. 1990b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Anais**. 43p. Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 9ª Conferência Nacional de Saúde. **Anais**. 43p.

Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Resolução**, Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 44, de 25 de abril de 2019. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. **Resolução**, Brasília, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Histórico**, Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Manual de Planejamento no SUS – Articulação Interfederativa. **Manual**, Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde/INAMPS. Resolução nº273, de 17 de julho de 1991 que reedita a Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91 – **Resolução**, Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS -**PlanejaSUS**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS n.º 3.027, de 26 de novembro de 2007 ParticipaSUS, Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. **Portaria**, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica-NOB SUS 01/93 que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e aponta diretrizes para o investimento no setor. **Portaria**, Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS. **Portaria**, Brasília: MS; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 373/GM de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS / SUS 1/2002. **Portaria**, Brasília/DF, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. **Portaria**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria**, Brasília-DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 453, de 10 de maio de 2012. Define funcionamento dos conselhos de saúde. **Portaria**, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização

da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Portaria**, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001 aprova o anexo da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Portaria**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS (**Série Pactos pela Saúde**; v.3) Brasília, 2007.

BRITO, Sávio Breno Pires, *et al.* Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. Revista Visa em Debate – **Sociedade, Ciência e Tecnologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 54–63, 2020.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. **Formulação de Políticas Públicas**. Brasília, ENAP, 2018.

CARNUT, Leonardo *et al.* Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o ‘é’ e o ‘dever ser’ da alocação de recursos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 467-480, abr/jun. 2021.

CARLOS, Euzinéia. Movimentos sociais: revisitando a participação e a institucionalização. **Lua Nova**, São Paulo, n. 84, p. 353-364, 2011.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BOSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2. ed. rev. e ampliada –2012.

CARVALHO, Maria de Lourdes; BARBOSA, Telma Regina da Costa Guimarães; SOARES, Jeferson Boechat. Implementação de política pública: uma abordagem teórica e crítica. X Coloquio Internacional sobre Gestión Universitaria em el marco de los Bicentenarios de America del Sur, **Colóquio**, Mar del Plata, Argentina, 2010.

COHEN, Jean; ARATO, Andrew. Sociedade Civil e Teoria Social. In: AVRITER, Leonardo (Org.). **Sociedade Civil e Democratização**. Del Rey, BH: 1994.

CONASS. A gestão do SUS. **Coleção: Para entender a gestão do SUS**. Brasília. 2015

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, In: **Para entender a gestão do SUS**. nº 9, Brasília: CONASS 2011.

CONASS. [Planejamento e regionalização do Sistema Único de Saúde irão garantir atendimento integral e mais próximo da população](https://www.conass.org.br/planejamento-e-regionalizacao-do-sistema-unico-de-saude-irao-garantir-atendimento-integral-e-mais-proximo-da-populacao/). <https://www.conass.org.br/planejamento-e-regionalizacao-do-sistema-unico-de-saude-irao-garantir-atendimento-integral-e-mais-proximo-da-populacao/>, 2019.

CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Regionalização da Saúde**: posicionamentos e orientações. Brasília, 2019.

CONASEMS, Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS: diálogos no cotidiano **digital** - 2.a edição revisada e ampliada, 2021.

CORREIA, Idalécia Soares; ARAÚJO, Paulo Magalhães. **Política IV**. Ed. Unimontes, Universidade de Montes Claros, MG. 2014.

CORTES, Soraia Maria Vargas. Governança democrática no Brasil: os conselhos nacionais de políticas sociais. In: MARX, Vanessa (Org.). **Democracia participativa, sociedade civil e território**. Porto Alegre. UFRGS/CEGOV, 2014a.

CORTES, Soraia Maria Vargas. O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma avaliação. In: MADEIRA, Lígia Mori (Org.). **Avaliação de Políticas Públicas**. Porto Alegre. UFRGS/CEGOV, 2014b.

CORTES, Soraia Maria Vargas; LIMA, Luciana Leite. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. **Lua Nova**, São Paulo, v.87, p. 33-62, 2012.

CORTES, Soraia Maria Vargas; SLVA, Marcelo Kunrath. Sociedade civil, instituições e atores estatais: interdependências e condicionantes da atuação de atores sociais em fóruns participativos. **Estudos de sociologia**, Araraquara, v.15, n.29, p. 425-444, 2010.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália. **Democracia Participativa e Controle em Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

COSTA, Sérgio. **As cores de Ercília. Esfera pública, democracia, configurações pós-nacionais**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.

COSTA, Sérgio. Contextos da construção do espaço público no Brasil. **Revista Novos estudos**, São Paulo. n.47. 1997.

CUMINALE, Natália. Entenda a história, os princípios e as diretrizes do SUS. 2021. In: <https://futurodasaude.com.br/diretrizes-do-sus/>

CUNHA, Eleonora Schettini Martins *et al.* Uma Estratégia Multidimensional de Avaliação dos Conselhos de Políticas: Dinâmica Deliberativa, Desenho Institucional e Fatores Exógenos. In: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.) **Efetividade das instituições participativas no Brasil: Estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011.

CUNHA, Eleonora Schettini Martins; ALMEIDA, Debora C. Rezende. A Análise da Deliberação Democrática: Princípios, Conceitos e Variáveis Relevantes. In: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.) **Efetividade das instituições participativas no Brasil: Estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011.

CUNHA, Eleonora Schettini Martins; THEODORO, Hildelano Delanusse. **Desenho institucional, democracia e participação: conexões teóricas e possibilidades analíticas**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2015.

DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA, Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.39 n.104 Jan/Mar, p. 210-225, 2015.

DIEGUES, Geraldo César. O controle social e participação nas políticas públicas: o caso dos conselhos gestores municipais. **NAU Social**, Salvador, v.4, n.6, p. 82-99. 2013

DOMINGUEZ, Bruno. Regionalização é o caminho. In: ENPS; FIOCRUZ. Regionalização: caminho para o SUS universal. Rio de Janeiro, **RADIS**, Rio de Janeiro, nº 145, p. 11-15, 2014.

DOURADO, Daniel de Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45 n.1, p 204-211, 2011.

DUARTE, Lígia Schiavon. **Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014)** 2016. 289 f. [Tese] doutorado. São Paulo. Universidade de São Paulo, 2016.

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas, In: HEIDERMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco. (Org.) **Políticas Públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. UnB, Brasília, 2010.

ESCOREL, Sarah, História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação social. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2. ed. rev. E ampl. 2012.

FALLETI, Túlia G; ANGELUCI, Alan César Belo. Infiltrando o estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988. **Estudos de sociologia**, Araraquara, SP, v.15, n.29, p. 345-368, 2010.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do campo de públicas. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro v.50 n.6, nov/dez, p. 959-979, 2016.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012.

FARIA, Cláudia Feres Faria; RIBEIRO, Uriella Coelho. **Desenho institucional: variáveis relevantes e seus efeitos sobre o processo participativo**. Brasília: IPEA, 2011.

FAVARETO, Arilson da Silva *et al.* Territórios importam: Bases conceituais para uma abordagem relacional do desenvolvimento das regiões rurais ou interioranas no Brasil. **Revista em Gestão, Inovação e Sustentabilidade**, Brasília, v.1, n.1, p.14-46, 2015.

FAVARETO, Arilson da Silva. A dimensão territorial do desenvolvimento brasileiro recente e os vetores de uma transição ecológica nos marcos da agenda 2030. **Informe IGEPEC**, Toledo, v. 23, Edição especial, 2019.

FAVARETO, Arilson da Silva. Dinâmicas territoriais rurais no Brasil: evolução recente dos indicadores de desenvolvimento e um caso exemplar. In: XXIX Congresso da Associação Latinoamericana de Sociologia, **Congresso**, Santiago de Chile, 2013.

FAVARETO, Arilson da Silva; LOTTA, Gabriela Spanguero. O papel dos territórios nos novos arranjos institucionais brasileiros. In: XVIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, **Congreso**, Montevideo, Uruguay, oct/nov, 2013.

FERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella; NASCIMENTO, Edinalva

Neves. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.1, p.218-228, 2017.

FERNANDEZ, Michelle Vieira; GUIMARÃES, Natália Cordeiro. Caminhos teórico-metodológicos para a análise da burocracia de nível de rua. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, nº 32. mai/ago, p. 283-323. 2020.

FERREIRA, Maria Paula; DINIZ, Nádia Pinheiro. Tipologia nacional dos colegiados de gestão regional. In: VIANA, Ana Luíza d Ávila e LIMA, Luciana Dias de Lima (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

FERRETTI, Fátima. *et al.* Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.10, n.3, p. 51-67, 2016.

FRANCHI, Eliane Pereira Lino Pereira. *et al.* Participação social nos conselhos de unidades de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 690-696. 2012.

FREITAS, Leana Oliveira. Políticas públicas, descentralização e participação popular. **R. Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 113-122, jan/jun, 2015.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas públicas**, Brasília, n. 21, 2000.

GASPARDO, Murilo. Democracia participativa e experimentalismo democrático em tempos sombrios. **Estudos avançados**, USP, São Paulo v. 32, n.92, p. 65-88, 2018.

GOHN, Maria da Glória. **Teorias dos movimentos sociais**. Paradigmas clássicos e contemporâneos. 8ª ed. São Paulo, Loyola, 2011.

GOHN, Maria da Glória **Participação e democracia no Brasil**: da década de 1960 aos impactos pós-junho de 2013. Petrópolis, Vozes, 2019.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha C. Capacidades estatais e democracia: a abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas. In: GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). **Capacidades Estatais e Democracia: Arranjos Institucionais de Políticas Públicas**. Brasília IPEA, 2014.

GRINBERG, Lúcia; RIBEIRO, Vanderlei Vazelesk. **História dos movimentos sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Cecierj, 2018

GRISOTTI, Márcia; PATRICIO, Zuleica Maria; SILVA Andréia da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, p. 831-840. 2010.

GROSSELLI, Grasiela; MEZZARROBA, Orides. A Participação política e suas implicações para a construção de uma cidadania plena e de uma cultura política democrática. **Anais. XX COMPEDI Encontro Nacional**, Belo Horizonte, 2011.

GUIMARÃES NETO, Leonardo. Antecedentes e evolução do planejamento territorial no Brasil. In: MIRANDA, Carlos; TIBÚRCIO, Breno. (Orgs.). **Políticas de desenvolvimento**

territorial no Brasil: avanços e desafios. Brasília: NEAD, 2010.

GUIZARDI, Francini Lube Considerações epistemológicas sobre democracia, poder e representação política. GUIZARDI F, L *et al* In: (Orgs.) **Políticas de Participação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária. UFPE, 2014.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e Democracia:** entre facticidade e validade. Vol. II. Tradução: Flávio Beno Siebeneichler (UGF). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HABERMAS, Jürgen. Os Novos Movimentos Sociais. Tradução de Alexandra Peixoto Viana. **Revista Movimentos Sociais**, Goiânia, v. 3, n. 5, jul/dez, p. 167-182, 2018.

HALL, Peter. A; TAYLOR, Rosemary. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, nº 58, p. 193-224, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geógrafos. **Dados populacionais**, 2021.

KEHRIG, Ruth Terezinha; SOUZA, Edinaldo Santos de; SCATENA, João Henrique Gurtler. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015.

KINGDON, John. Juntando as Coisas. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Orgs.) Políticas públicas; **coletânea**. Brasília: ENAP, v 1, 2006.

LANDERDHAL, Maria Celeste *et al*. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010.

LANZA, Líria Maria Bettiol; BACKSCHAT, Tânia Mara da Silva. Território usado e políticas públicas em pequenas cidades. **VII Jornada de políticas públicas**, 25-28 ago 2015, UFM. São Luis, 2015.

LAVALLE, Adrián Gurza. Crítica ao modelo da nova sociedade civil. **Lua Nova**, São Paulo, nº 47, p. 121-250, 1999.

LAVALLE, Adrián Gurza. Sem pena nem glória: o debate sobre a sociedade civil nos anos 1990. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 66, p. 91-109, 2003.

LAVALLE, Adrián Gurza. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: PIRES, Roberto Rocha C. (Org). **Efetividade nas Instituições Participativas no Brasil:** Estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, p. 33-43, 2011.

LAVALLE, Adrián Gurza. Na pátria da democracia “pós-participativa”: Entrevista-Participação Social. **LE MONDE DIPLOMATIQUE BRASIL**. Ed. 3 de julho de 2012.

LAVALLE, Adrián Gurza. *et al*. (Orgs). **Movimentos sociais e institucionalização:** políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição. Rio de Janeiro: Editora EDUERJ. 2018.

LAVALLE, Adrián Gurza. BUENO, Natália S. Sociedade Civil e intermediação política: associações de bairro e ONGs em duas metrópoles latino-americanas. In: MARQUES, Eduardo.

(Org). **Redes Sociais no Brasil**: Sociabilidade, organizações civis e políticas públicas. Fino Trato, Belo Horizonte, 2012.

LAVALLE, Adrián Gurza; VERA, Ernesto Isunza. Trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. **Lua Nova**, São Paulo, n° 84, p. 353-364, 2011.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão *et al.* Perfil e visão dos conselheiros municipais de saúde sobre sua atuação. **Rev. Gest. Saúde**, Brasília. v.7, n. 3, p. 1126-1139, 2016.

LEVI, Maria Luiza; SCATENA, João Henrique G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, Ana Luíza d Ávila e LIMA, Luciana Dias de Lima (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

LIMA, Luciana Dias. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Volume 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

LIMA, Luciana Dias *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, Luciana Dias; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas pública: perspectivas analíticas. **Rev. Sociol. Polít.** Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013.

LIMA, Paula Pompeu Fiuza *et al.* **Conselhos Nacionais**: elementos constitutivos para sua institucionalização, Brasília, IPEA, 2014.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. E ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

LOPREATO, Francisco Luiz C. Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios. **Texto para Discussão**. Campinas, n. 388, jul. 2020.

LOSEKANN, Cristiana. Sociedade civil no Brasil hoje: condições da autonomia e civilidade. **Em debate**, Belo Horizonte, v.3, p. 29-36, 2011.

LOTTA, Gabriela Spanguero. Abordagens teóricas sobre o associativismo e seus efeitos democráticos. **RBCS**, Viçosa, v. 29, n. 85, p. 159-178, 2014.

LOTTA, Gabriela Spanguero. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. In: LOTTA, Gabriela Spanguero. (Org.) **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019.

LOTTA, Gabriela Spanguero. Associações, participação e representação: combinações e tensões. São Paulo, **Lua Nova**, São Paulo, n. 84, p. 353-364, 2011

LOTTA, Gabriela Spanguero. **Redes e Parcerias em Políticas Sociais**: novos arranjos institucionais de coprodução de serviços nos municípios brasileiros. Fundação Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Brasília, 2017.

LOTTA, Gabriela Spanguero; FAVARETO, Arilson da Silva. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, n. 57, p. 49-65, 2016.

LOTTA, Gabriela Spanguero; PAVEZ, Thais Regina. Agentes de implementação e a mediação das políticas públicas: entre dinâmica e estruturas relacionais. GT 32: Políticas Públicas. In: **32º Encontro Anual da ANPOCS**, 27 a 31 out. 2008.

LOTTA, Gabriela Spanguero; PIRES, Roberto Rocha C.; OLIVEIRA, Vanessa Elias. Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 4, out/dez, p. 463-492, 2014.

LOTTA, Gabriela Spanguero; SANTIAGO, Ariadne. Autonomia e discricionariedade matizando conceitos-chave para o estado de burocracia. **BIB**, São Paulo, n. 83, p. 21-42, 2017.

LOTTA, Gabriela Spanguero; VAZ, José Carlos. Arranjos Institucionais de Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil. **Revista Do Serviço Público, Brasília**, v. 66 n.2, p.171 – 194, 2015.

LÜCHMANN, Lígia Helena Han. Associações, participação e representação: combinações e tensões. **Lua Nova**, São Paulo, n° 84, p. 353-364, 2011.

MACHADO, Felipe; LOPES, Márcia. **Políticas de Participação e Saúde**. Recife. Editora Universitária, UFPE, 2014.

MARIA, Marina. Dimensões da comunicação e da informação nos espaços públicos de participação e controle social em saúde: entre múltiplos discursos e jogos de poder. In GUIZARDI, Francini Lube *et al* (Orgs.) **Políticas de Participação e Saúde**. Recife Editora Universitária, UFPE, 2014.

MARQUES, Camilla Fernandes *et al*. O que Significa o Desmonte? Desmonte Do que e Para Quem? **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, n.2 (especial), p. 6-18, 2019

MARQUES, Eduardo. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. **Revista BIB**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 67-102, 1997.

MARQUES, Eduardo. Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir das políticas urbanas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21 n. 60, p. 15-41, fev. 2006.

MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; CRISOSTOMO JR, Vicente José Leitão; DAVID, Helena Maria Scherlowaki. Controle social e atuação da enfermagem em defesa da vida na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, supl. 1, p. 1-6, 2021.

MARTINS, Poliana Cardoso *et al*. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16 n.3

p.1933-1942, 2011.

MATEOS, Simone Biehler. **Participação Popular: A construção da democracia participativa** IPEA, Ano 8. Edição 65, 2011

MELLO, Guilherme Arantes *et al.* O olhar gestor sobre a regionalização da saúde brasileira. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Novos Caminhos**, São Paulo, n.9, 2016.

MELLO, Janine. **Caminhos do desmonte de políticas no Brasil: condicionantes e hipóteses.** Rio de Janeiro, IPEA, 2022.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeiro.** São Paulo, Hucitec, 2011.

MENDES, Áquilas; LOUVISON, Marília. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.393-402, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. Comentários sobre as redes de atenção à saúde no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.52, p. 38-49, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**, Brasília, **CONASS**, 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves; COSTA, Luciana Assis; MACHADO, José Ângelo. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.1. p.29-40, 2018.

MOURA, Assis Souza de. **Democracia, participação e controle social nos conselhos municipais de educação.** 2010, 167 f. Dissertação (mestrado) Universidade Federal da Paraíba 2010.

MÜLLER NETO, Júlio Strubing. **A relação entre democracia, descentralização e políticas de saúde no Brasil: atualização do debate e estudo de caso em uma perspectiva comunicativa.** 2010. 321 f. Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MUTZENBERG, Remo. Movimentos Sociais Entre Aderências, Conflitos e Antagonismos. **SINAIS – Revista Eletrônica Ciências Sociais.** Vitória. v. 1, n.09, Jun, p.127-143, 2011.

NETO, João Paulino de Oliveira; ROSADO, Cid Augusto da Escóssia. Direitos fundamentais sociais como limites à reforma constitucional: a inconstitucionalidade da EC 95/2016. **REJUR –Revista Jurídica da UFERSA**, Mossoró, v. 2, n. 3, p. 111-138, jan/jun. 2018.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; FAGUNDES, Helenara Silveira. Implementação de políticas públicas: uma questão em debate. Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. **Seminário.** 27-29 out. 2015

NUNES, Cristina. O conceito de movimento social em debate dos anos 60 até à atualidade Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), CIES-IUL, **Sociologia, problemas e práticas**, Lisboa, Portugal. n.º 75, p. 131-147, 2014.

NUNES, Danilo Henrique; ABÍLIO, Adriana Galvão. O impacto da emenda complementar 95/2016 nas políticas públicas de educação e saúde. Anais do I Congresso Internacional da Rede Ibero-Americana de Pesquisa em Seguridade Social, n. 1, **anais**. p. 240-253, outubro/2019.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Áurea Maria Zöllner; DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.8, p.2329-2338, 2013.

OLIVEIRA, Vanessa Elias; LOTTA, Gabriela Spanguero; NUNES, Matheus. Implementando uma inovação: a burocracia de médio escalão do Programa Bolsa Família. In: Pedro Cavalcante e Gabriela Lotta Spanguero. (Orgs.). **Burocracia de Médio Escalão: perfil, trajetória e atuação**. 1ed. Brasília: ENAP, 2015.

OLIVEIRA, Lúcia Conde de; PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15 n.5, p. 2455-2464, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro: Editora CEBES, 2012.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. 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, jan/mar. p. 15-35, 2014.

PAIVA, Lúcia. Comunicação, direito humano e participação popular. II Seminário Internacional de Pesquisa em Política Públicas e Desenvolvimento Social – **II SIPPEDES**, UNESP, Franca, SP, 20-22 Setembro. 2016.

PEDROSA, César. **Teoria Geral do Orçamento Público**. 1 ed. São Paulo: Baraúna, 2015.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Análise de políticas públicas e neoinstitucionalismo histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões. In: GUIZARDI, Francini Lube *et al.* (Orgs.). **Políticas de Participação e Saúde**. Recife: Recife Editora Universitária, UFPE, 2014.

PEREIRA, José Matias. **Governança do Setor Público**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

PEREIRA, Márcio Florentino. **O controle social e a participação democrática nos conselhos municipais de saúde da RIDE-DF**. 2010. 316 f. Tese (Doutorado.) Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília. 2010.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, MA, v. 12, n. 1, jan/jun, p. 27-36, 2008.

PIRES, Roberto Rocha C. Arranjos Institucionais para Implementação de Políticas e Ações Governamentais em Direitos Humanos. *Gestão de Políticas Públicas em Direitos Humanos*. **Coletânea**. Brasília: ENAP, p. 189-210, 2016.

PIRES, Roberto Rocha C. (Org). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011.

PIRES, Roberto Rocha C. (Org.) **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2019.

PIRES, Roberto Rocha C. O trabalho na burocracia de médio escalão e sua influência nas políticas. In: PIRES, Roberto Rocha C. *et al* (Org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: IPEA/ENAP, 2018.

PIRES, Roberto Rocha C. Por dentro do PAC: dos arranjos formais às interações e práticas dos seus operadores. In CAVALCANTE, Pedro; LOTTA, Gabriela Spanguero (Orgs.). **Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação**. Brasília: ENAP, 2015.

PIRES, Roberto Rocha C; GOMIDE, Alexandre de Ávila. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Rev. Sociol. Polit.** Curitiba, v. 24, n. 58, p. 121-143, jun. 2016.

PIRES, Roberto Rocha C; GOMIDE, Alexandre de Ávila. Burocracia, democracia e políticas públicas de desenvolvimento. **Texto para discussão**, Brasília: IPEA, 2014.

PIRES, Roberto Rocha C; LOTTA, Gabriela Spanguero; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas. (Orgs) PIRES, Roberto Rocha C *et al*, Brasília: IPEA/ENAP, 2018.

RAMOS Michelle de Fátima *et al*. Conselhos Setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.21. Supl. 2. p. 61-70, 2012.

REIS, José. Território e políticas do território a interpretação e a ação. **Finisterra-Revista Portuguesa de Geografia**, Portugal, n. 100, p. 107-122, 2015.

REIS, José. Uma epistemologia do território. **Estudos Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, abr. p. 51-74, 2005.

REIS, Ademar Arthur Chioro, *et al*. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1045-1054, 2017.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n.2, p.403-412, 2015.

RIBEIRO, José Mendes, *et al*. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1777-1789, 2018.

RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck *et al*. **Regionalização e gestão dos serviços de saúde**. Instituto Federal Catarinense, Blumenau, 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde. Documento Orientador para as Conferências de Saúde. **Documento**. Porto Alegre RS, 2023

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020-2023,

Plano. Porto Alegre RS, 2021.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 09/93 de 21 de junho de 1993 que institui a Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RS, instância colegiada de pactuação consensual, com caráter deliberativo estadual, para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. **Portaria.** Porto Alegre RS, 1993.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de Saúde. Resolução nº 555/12 CIB/RS de 19 de setembro de 2012, altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. **Resolução.** Porto Alegre RS, 2012.

ROCHA, Elisama Nascimento *et al.* O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, jan/mar, p. 104-111, 2013.

RODRIGUES, Livia Vasconcellos. **O neoinstitucionalismo sociológico e a estrutura social dooyeweerdiana: uma nova abordagem sobre a política e suas instituições.** 2021 66 f. TCC (graduação) Ciências Sociais, Letras e Artes UFPB, 2021.

ROLAND, Nathalia; HELLER, Léo; REZENDE, Sonaly. A entrada na agenda brasileira do Projeto Nacional de Saneamento Rural (1985). **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.54, n.6, nov/dez, p. 1654-1671, 2020.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, jan/mar, p. 139-147, 2013.

ROMAGNOLI, Alexandre José. Neoinstitucionalismo e a análise de políticas públicas: estabilidade e ruptura institucional. I Seminário Discente de Ciência Política (SDCP) Programa de Pós-Graduação em Ciência Política (PPGCP) Universidade Federal do Paraná (UFPR) Curitiba, 20 a 21/08. **Seminário**, 2020.

ROMÃO, Wagner de Melo. Reflexões sobre as dificuldades da implementação da participação institucional no Brasil. **Ideias – Rev. Inst. Filos. Ciênc. Hum.** UNICAMP, Campinas, v.6, n.2, p. 35-58, 2015.

SABATIER; Paul A; MAZMANIAN, Daniel A. La implementación de la política pública: un marco de análisis. Em: VILLANUEVA, Luis F. Aguilar. **Implementación de la política.** 3ª ed. México, DF: Miguel Angel Porrúa, 1993.

SANTOS, Ana Carolina Vaz dos. **O Trabalho do (a) Assistente Social em Organizações da Sociedade Civil.** 2022, 146 f. Dissertação (mestrado) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, 2022.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 48, n. 4, p.622-631, ago. 2014.

SANTOS Francisco de Assis *et al.* A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n. 4, p. 1079-1094, 2015.

SANTOS, Milton. A natureza do espaço. 4. ed. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. Cengage Learning 2.ed. São Paulo, 2014.

SERAPIONI, Mauro. Saúde, participação e abordagens deliberativas. Potencialidades e limites dos júris de cidadãos. In: Fórum Sociológico. Série II. **CESNOVA**, p. 95-103, 2014.

SHIMIZU, H.E; *et al.* O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, p. 1131-1140, 2017.

SHIMIZU, Helena Eri *et al.* **Política, planejamento e gestão participativa em saúde**. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 2018.

SILVA, Delma Josefa da. Direitos Humanos no dia a dia e na política pública. In: LANFRANCHI, Renato (Org.) **Educação em Direitos Humanos**: participe dessa construção. CEDHOR, João Pessoa, 2011.

SILVA, Edson Arlindo *et al.* Conselhos de saúde: funcionamento, participação e compartilhamento da gestão. In: Congreso internacional del clad sobre la reforma del estado y de la Administración pública. **Anais**. Quito: Ecuador, 2014.

SILVA, Ilse Gomes. Participação popular nas políticas públicas: a trajetória dos conselhos de saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Políticas Públicas**, São Luis, MA, v. 8, n. 2, p. 75-92, 2015.

SILVA, Sandro Pereira. Avanços e limites na implementação de políticas públicas nacionais sob a abordagem territorial no Brasil. **Texto para discussão**. IPEA, Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, Celina. **Coordenação de Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2018.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, nº 16, p. 20-45, jul/dez, 2006.

SOUZA, Emanuel Fernando Maia de *et al.* A cadeia produtiva da mandiocultura no Vale do Jequitinhonha. **Isegoria**, Madrid, Espanha, v. 1, n. 2, p. 73-85, 2012.

SOUZA, Cláudio André de Souza; PEREIRA, Carla Galvão. **Movimentos sociais**. Salvador, UFBA, Faculdade de Direito; Superintendência de Educação a Distância, 2022.

STEYER, Maria Raquel Pilar. Dinâmicas participativas: um olhar sobre os conselhos municipais de saúde da macrorregião dos vales – RS. X Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional: Atores, ativos e instituições: o desenvolvimento regional em perspectivas. 15-24 set. **Seminário**. Programa de Pós graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul. RS. 2021.

STEYER, Maria Raquel Pilar. **Militância e políticas de educação em saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) na Região 28 de Saúde – RS**. 2016. 197 f. Dissertação (Mestrado) Desenvolvimento Regional. Universidade de Santa Cruz do Sul. RS. 2016.

STEYER, Maria Raquel Pilar; CADONÁ, Marco André. O lugar da militância na construção da educação em saúde: análise com base em uma política regional de educação permanente. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, maio/ago, p. 453-470, 2018.

TATAGIBA, Luciana Ferreira. Qualidade dos processos participativos: a questão dos atores, seus repertórios de ação e implicações para o processo participativo. In: PIRES, Roberto Rocha C, (Org.) **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011.

TATAGIBA, Luciana Ferreira; ABERS, Rebecca; SILVA, Marcelo Kunrath. Movimentos sociais e políticas públicas: ideias e experiências na construção de modelos alternativos. In: **Sociedade, participação social, controle social**. IPEA, 2018.

TIRELLI, Cláudia. Conectando políticas públicas e território: a contribuição da perspectiva relacional. In: SCHABBACH, Letícia; LIMA, Luciana Leite. (Orgs.). Políticas públicas: questões teórico-metodológicas emergentes [**recurso eletrônico**] Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2020.

TIRELLI, Cláudia. **Reconfigurações da assistência e organizações sociais no RS: um estudo das organizações que participaram do Programa Rede Parceria Social entre 2008 e 2010**. 2013. 237 f. Tese (Doutorado). Sociologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

VAICHULONIS, Iara dos Reis *et al.* Perfil dos conselheiros locais de saúde do município de Joinville. **Revista Hygeia**, Uberlândia - MG Edição especial: X GeoSaude, p. 12–22. 2022.

VALLE, Bárbara de Souza. **A institucionalização da responsabilidade social empresarial em Minas Gerais: Uma análise dos discursos e políticas da FIEMG**. 2011. 129 f. Tese (doutorado) UFMG, Belo Horizonte, 2011.

VIANA, Ana Luiza Ávila. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2011.

VIANA, Ana Luiza Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. E ampl. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2012.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan/jun. 2008.

VIANA Ana Luiza D'Ávila, *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.413-422, 2015.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciênc. Saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro, vol.7, n.3, p. 493-507. 2002.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; A; LIMA, Luciana Dias de. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2011.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et al.* Região e redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife PE, v. 17, p. 1, Suplemento 26, 1017.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et al.*, Contribuições para o debate sobre regionalização e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 35, Suplemento 2, 2019.

VÍCTORA, Ceres Gomes. Uma Ciência Replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.104-112, 2011.

VIEIRA, Natália Aurélio. **A representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Campinas**. 2010. 158 f. Dissertação (Mestrado) Ciência Política. UNICAMP, Campinas, SP: [s. n.], 2010.

VIEIRA, Liszt. **Sociedade Civil e espaço global**. S/D. <http://www.dhnet.org.br/dhnet.htm>
Acesso em: 16/08/2023.

VILLANUEVA, Luis F. Aguilar. Estudio introductorio. In: VILLANUEVA, Luis F. Aguilar (Org.). **La implementación de las políticas**. México: Porrúa, 1993.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.36, n.5, p. 1-4, 2020.

ZAMBON, Vera Dib; OGATA, Márcia Niituma. Configurações dos conselhos municipais de saúde de uma região no Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, ago, p. 890-897, 2011.

APÊNDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, enquanto representante do Conselho Municipal de Saúde está sendo convidado (a) para participar como voluntário da pesquisa intitulada Dinâmicas Participativas: uma análise sobre a atuação dos conselhos municipais de saúde da Macrorregião dos Vales (RS), que pretende analisar como os desenhos e as dinâmicas institucionais existentes nos Conselhos Municipais de Saúde interferem na implementação da política de saúde em escala local. Esta pesquisa está vinculada ao PPGDR-Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC e faz parte da conclusão do curso de doutorado da aluna Maria Raquel Pilar Steyer, sob orientação da Professora Dr^a. Cláudia Tirelli

Sua participação é livre e voluntária, se concordar em participar, será entrevistado e deverá responder as perguntas relacionadas ao tema do estudo. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita para a análise. Sua identidade é confidencial, ou seja, quando os resultados forem publicados ela será preservada. Não haverá custo algum para participar desta pesquisa.

Você ficará livre para que em qualquer momento do estudo possa se retirar, sem que isso lhe cause problemas, também terá direito de entrar em contato com o pesquisador e com seu orientador para esclarecer dúvidas referentes ao estudo através dos telefones 51-37317265 (Maria Raquel), 51-37195622 (Professora Dr^a. Cláudia Tirelli). Sob o parecer nº 4.897.096 do CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC.

Este termo será assinado em duas vias, ficando uma com você e outra com o pesquisador.

XXXXXXXXXXXXX _____ de _____ de 2021

Assinatura participante

Assinatura pesquisadora

APÊNDICE II
PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA
MACRORREGIÃO DOS VALES (RS)

1 - Sexo

Masculino, Feminino, Outro

2 - Faixa Etária

18 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44anos, 45 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 anos ou mais

3 - Grau de instrução:

Ensino fundamental incompleto, Ensino fundamental completo, Ensino médio incompleto, Ensino médio completo, Superior incompleto, Superior incompleto, (
 Pós –graduado

4- Estado Civil

Solteiro, Casado, Viúvo, Separado ou Divorciado, Outro, Não quero informar

5- Profissão ou Ocupação:

Empregado com carteira assinada, Empregado sem carteira assinada, Funcionário Público, Aposentado/ pensionista, Microempresário, Trabalhador autônomo, Desempregado, Outro: qual? _____

6 - Qual o segmento que você representa no Conselho Municipal de Saúde?

Gestor, Usuário, Trabalhador, Prestador, Não sabe

7 - Você é conselheiro de:

1º mandato, 2º Mandato, 3º Mandato, 4º Mandato, 5º Mandato, Não lembra

8 - Você representa alguma Instituição no Conselho de Saúde?

Sim Não. Caso afirmativo, qual? _____

9 – Recebeu capacitação para ser conselheiro?

Sim Não Não lembro Não quero informar

10- Como se dá a sua participação nas reuniões do Conselho?

Sempre, Muitas vezes, Raramente Nunca

11- Você tem disponibilidade de tempo para se dedicar as atividades do Conselho?

Sempre, Muitas vezes, Raramente, Nunca

12- Você recebe liberação do trabalho para a participação das reuniões?

Sempre, Muitas vezes, Raramente, Nunca

13- Como você considera sua participação no Conselho Municipal de

Saúde? Muito importante, Importantes, Indiferente, Irrelevante

14- Você recebe algum subsídio ou pró-labore de deslocamento para participar das reuniões?

Sim, Não

15- Você considera que a sua participação no Conselho Municipal de Saúde influência nas tomadas de decisões?

Sempre, Muitas vezes, Raramente, Nunca

16 – Na sua opinião, todos os conselheiros têm iguais oportunidades de intervenção no Conselho Municipal de Saúde?

Sim, Não

17- Se não, quem tem mais influência nas decisões? _____

18- Tens participado de Conferências de Saúde?

Sempre, Muitas vezes, Raramente, Nunca

19- Existe comissões no Conselho?

Sim Não

20- Se sim, você participa de alguma destas comissões?

Sim Não

Qual? _____

21- Qual o papel dessa

comissão? _____

APÊNDICE III

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

CATEGORIAS

1) Atribuições e competências.

- a) Atuação no Conselho de Saúde. Órgão de representação. Atribuições dos conselheiros de saúde.
- b) Fale sobre sua atuação no Conselho Municipal de Saúde. A participação dos demais conselheiro é somente nas reuniões?
- c) E nas reuniões. Quem estabelece as pautas, a escolha dos cargos no conselho?
- d) Existe diferença entre os representantes governamentais e os não governamentais?
- e) Qual a sua percepção sobre a importância e atuação deste Conselho para o município?

2) Tomada de decisão

- a) Como se dá o processo de deliberações (aprovações) pelo Conselho Municipal de Saúde
- b) Obedece os princípios e diretrizes do SUS?
- c) Na sua opinião, quais são os principais obstáculos enfrentados pelo Conselho no processo de deliberação?
- d) Na sua visão, têm atores com maior poder de influência nas decisões tomadas? Explique.
- e) As informações fornecidas pelo poder público são suficientes para a tomada de decisões que representa a coletividade?

3) Relações de poder

- a) Como se dá o debate de negociações entre os conselheiros envolvidos na discussão sobre assuntos de interesse do governo?
- b) E a relação assegurada pela transparência e o diálogo?
- c) Como são gerenciadas as questões de conflitos entre o interesse de participar e deliberar? E: participar para obter ganhos para si ou a comunidade.
- d) Como são articuladas as demandas municipais que geram maior embate com o Poder Executivo?
- e) Como são se dão os conflitos de interesses entre a representação social e questões partidárias? As aproximações de cooptação política.

4) Desmonte das políticas de saúde num contexto da pandemia Covid-19

- a) Enquanto conselheiro de saúde, qual tua análise sobre os avanços das políticas públicas de saúde desde a criação dos Conselhos de Saúde?
- b) E os recuos em relação a políticas importantes conquistadas nos últimos 30 anos na medida que determinados investimentos deixaram de ser feitos?
- c) De que forma as medidas restritivas de financiamento têm impactado sobre os direitos sociais e públicos? O que fazer para a reconquista dos direitos sociais/
- d) De que forma classificas o atual contexto de pandemia para o exercício de participação e atuação?
- e) Quais são os desafios para a efetivação de um espaço de negociação e deliberação entre a sociedade e governo seguindo os protocolos de Estado sobre a pandemia?

APÊNDICE IV ENTREVISTADOS

Conselheiro 1 - Representante do Sindicato de Ciências Contábeis. Conselheiro há 30 anos (usuário)

Conselheiro 2 – Representante da Secretaria Municipal de Saúde. Conselheira há 20 anos (gestão)

Conselheiro 3 – Representante da Secretaria Municipal de Saúde. Conselheiro há 10 anos (gestão)

Conselheiro 4 – Representante do Sindicato dos trabalhadores da Indústria Metalúrgica Mecânica e Materiais Elétricos. Conselheiro há 10 anos (usuário)

Conselheiro 5 – Representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais. Conselheiro há 11 anos (usuário)

Conselheiro 6 – Representante da Associação dos Bancários. Conselheiro há 19 anos (usuário)

Conselheiro 7 – Representante da Associação de Moradores de Bairros. Conselheira há 20 anos (usuário)

Conselheiro 8 – Representante da Paróquia Católica. Conselheiro há 4 anos (usuário)

Conselheiro 9 – Representante de serviço hospitalar. Conselheiro há menos de 1 ano (prestador de serviços de saúde)

Conselheiro 10 – Representante da Secretaria Municipal de Saúde. Conselheiro há menos de 1 ano (gestão)

Conselheiro 11 – Representante da Associação dos Usuários, Familiares e Amigos dos CAPS. Conselheiro há 16 anos (usuário)

Conselheiro 12 – Representante de Associação de Bairros. Conselheiro há 4 anos (usuário)

Conselheiro 13 - Representante do Núcleo Regional do Conselho de Serviço Social. Conselheiro há 2 anos (trabalhador em saúde)

Conselheiro 14 - Representante do Conselho Regional de Enfermagem. Conselheiro há 6 anos (trabalhador em saúde)

Conselheiro 15 – Representante do Conselho Regional de Biologia. Conselheiro há 3 anos (trabalhador em saúde)

Conselheiro 16 – Representante da Secretaria Municipal de Saúde. Conselheiro há 2 anos (gestão)

Conselheiro 17 – Representante da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde. Conselheiro há 3 anos (trabalhador em saúde)

Conselheiro 18 – Representante do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde. Conselheiro há 22

anos (trabalhador em saúde)

Conselheiro 19 – Representante do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde. Conselheiro há 20 anos (trabalhador em saúde)

Conselheiro 20 – Representante do Sindicato de Comércio e Alimentação. Conselheiro há 3 anos (usuário)

Conselheiro 21 – Representante de serviço hospitalar. Conselheiro há 30 anos (prestador de serviços em saúde)

Conselheiro 22 – Representante do Sindicato Rural. Conselheiro há 9 anos (usuário)

Conselheiro 23 – Representante do Conselho Regional de Farmácia. Conselheiro há 14 anos (trabalhador em saúde)

Conselheiro 24 – Representante do Sindicato de Transportes Rodoviário. Conselheiro há 37 anos (usuário)

Conselheiro 25 – Representante do Conselho Regional de Nutrição. Conselheiro há 3 anos (trabalhador em saúde)

Conselheiro 26 – Representante de Associações de Moradores de Bairros. Conselheiro há 23 anos (usuário)

Conselheiro 27 – Representante do Sindicato dos Metalúrgicos. Conselheiro há mais de 30 anos (usuário)

Conselheiro 28 – Representante de Associação de Moradores de Bairros. Conselheira há 1 ano (usuário)