

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LUCIANA MELO DE MOURA

**CAPACIDADE DAS INSTÂNCIAS INSTITUCIONALIZADAS DE PARTICIPAÇÃO
SOCIAL EM SAÚDE DA RIDE-DF: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA
INFLUENCIAR A MELHORIA DA ATENÇÃO BÁSICA**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a HELENA ERI SHIMIZU

BRASÍLIA
2015

LUCIANA MELO DE MOURA

**CAPACIDADE DAS INSTÂNCIAS INSTITUCIONALIZADAS DE PARTICIPAÇÃO
SOCIAL EM SAÚDE DA RIDE-DF: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA
INFLUENCIAR A MELHORIA DA ATENÇÃO BÁSICA**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 17 de abril de 2015

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Helena Eri Shimizu
Departamento de Saúde Coletiva/ FS-UnB
Presidente

Prof.^a Dr. Edgar Merchan-Hamann
Departamento de Saúde Coletiva/ FS-UnB
Examinador

Prof.^a Dr.^a Maria Margarita Urdaneta Gutiérrez
Departamento de Saúde Coletiva/ FS-UnB
Examinador

Prof.^a Dr.^a Ximena Pamela Díaz Gutiérrez
Departamento de Saúde Coletiva/ FS-UnB
Examinador

Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva/
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Examinador

*Dedico este trabalho aos amores da minha vida, Lúcia,
Milena, Fernanda e Renato, companheiros incansáveis.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares por me apoiarem nessa longa jornada.

Aos meus amigos pelas doces palavras de incentivo.

Aos usuários, trabalhadores e gestores participantes deste estudo.

À minha orientadora Helena, em especial, por acreditar em mim e por me instrumentalizar para o campo da pesquisa, apontando alternativas e conduzindo-me durante todo o percurso.

*“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem;
lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.”*

(Boaventura de Souza Santos)

Resumo

As conferências e os conselhos de saúde tem importância estratégica na reorientação do modelo de saúde, e a atenção básica é considerada o eixo estruturador para sua expansão e consolidação. Este trabalho teve como objetivo analisar a capacidade das instâncias institucionalizadas de participação social em saúde de Municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno, de influir na gestão de políticas públicas, especialmente da atenção básica, com vistas ao alcance da satisfação dos usuários. Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo em que empregou-se a triangulação de métodos e técnicas. A amostra constituiu-se dos municípios de Buritis, Novo Gama, Valparaíso, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, Cidade Ocidental, Pirenópolis e Formosa. A pesquisa fundamentou-se em quatro estudos. O primeiro baseado na análise da organização e dinâmica das conferências municipais de saúde por meio da aplicação de questionário para caracterização do perfil sócio demográfico dos conselheiros representantes do segmento de usuários presentes nas conferências, na observação participante das conferências municipais de saúde e nas propostas das conferências. O segundo com base na análise da organização e dinâmica dos conselhos municipais de saúde por meio da avaliação multidimensional dos conselhos, da entrevista em profundidade com os presidentes dos oito conselhos municipais sobre participação social e da aplicação de questionário de evocação sobre os termos saúde, doença, direito à saúde e cidadania a 71 conselheiros. O terceiro estudo baseou-se na avaliação da responsividade dos serviços de saúde da atenção básica, por meio da aplicação de questionário de responsividade a 403 usuários da estratégia de saúde da família da área urbana. O quarto estudo culminou com a proposta de qualificação dos conselhos municipais de saúde por meio de oficinas. Os resultados indicam elevadas coberturas populacionais da estratégia de saúde da família, presença de propostas das conferências voltadas a expansão e consolidação da estratégia saúde da família e atendimento, embora que parcial das expectativas e necessidades dos usuários dos serviços de saúde da atenção básica. Conclui-se que a capacidade das instâncias institucionalizadas de participação social em saúde dos municípios estudados de melhorar a qualidade da atenção básica, com vistas ao alcance da satisfação dos usuários mostrou-se parcialmente satisfatória.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Conferências de Saúde; Participação Social.

Abstract

Conferences and health advice has strategic importance in reorienting the model of health, and primary care is considered the structural axis for its expansion and consolidation. This study aimed to analyze the capacity of instances of institutionalized social participation in health of the Integrated Development Region Municipalities of the Distrito Federal and surrounding areas, to influence the management of public policies, especially primary care, in order to attain the satisfaction of users. This is a qualitative and quantitative study in which we used the triangulation of methods and techniques. The sample was composed of the municipalities of Buritis, Novo Gama, Valparaíso, Planaltina-GO, Santo Antônio do Descoberto, Cidade Ocidental, Pirenópolis and Formosa. The research was based on four studies. The first based on the analysis of the organization and dynamics of municipal health conferences through a questionnaire to characterize the socio-demographic profile of the directors representatives of the users present in the segment Conference on participant observation of municipal health conferences and proposals of conferences. The second based on the analysis of the organization and dynamics of the municipal health councils through the multidimensional evaluation of the boards, in-depth interviews with the presidents of the eight municipal councils on social participation and the application of evocation questionnaire about the terms health, disease , right to health and citizenship to 71 directors. The third study was based on the evaluation of the responsiveness of health primary care services through the application of responsiveness questionnaire to 403 users of health strategy of the family of the urban area. The fourth study culminated with the proposed classification of municipal health advice through workshops. The results indicate high population coverage of family health strategy, presence of proposals aimed conferences the expansion and consolidation of the family health strategy and service, although that part of the expectations and needs of users of health primary care services. We conclude that the ability of the instances of institutionalized social participation in health of both cities to improve the quality of primary care, in order to attain the satisfaction of users showed partially satisfactory.

Key words: Health Councils; Health Conferences; Social Participation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa Ride-DF.....	26
Figura 2 - Dendograma resultante da CHD do conteúdo das entrevistas com 8 presidentes dos conselhos municipais de saúde da RIDE-DF.....	150
Figura 3 - Distribuição das unidades de contexto elementar nas classes.....	150
Figura 4 - Número de palavras analisadas por classe.....	151
Figura 5 - Classificação ascendente hierárquica da classe 1: palavras que caracterizam a classe 1 com qui-quadrado.....	152
Figura 6 - Classificação ascendente hierárquica da classe 2: palavras que caracterizam a classe 2 com qui-quadrado.....	154
Figura 7 - Classificação ascendente hierárquica da classe 3: palavras que caracterizam a classe 3 com qui-quadrado.....	157
Figura 8 - Classificação ascendente hierárquica da classe 4: palavras que caracterizam a classe 4 com qui-quadrado.....	160

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Análise da dinâmica deliberativa e seus indicadores.....	34
Quadro 2 - Grau de institucionalização e seus indicadores.....	35
Quadro 3 - Grau de democratização e seus indicadores.....	35
Quadro 4 - Grau de representação e seus indicadores.....	35
Quadro 5 - Roteiro de entrevista em profundidade.....	36
Quadro 6 - Avaliação dos Debates das Conferências Municipais de Saúde de 8 Municípios da RIDE-DF.....	76
Quadro 7 - Categorias temáticas das propostas das CMS.....	80
Quadro 8 - Propostas das conferencias municipais de saúde distribuídas por categorias temáticas.....	83
Quadro 9 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores.....	101
Quadro 10 - Grau de institucionalização e seus indicadores.....	102
Quadro 11 - Grau de democratização e seus indicadores.....	102
Quadro 12 - Grau de representação e seus indicadores.....	103
Quadro 13 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores.....	104
Quadro 14 - Grau de institucionalização e seus indicadores.....	105
Quadro 15 - Grau de democratização e seus indicadores.....	106

Quadro 16 - Grau de representação e seus indicadores.....	107
Quadro 17 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores	108
Quadro 18 - Grau de institucionalização e seus indicadores.....	109
Quadro 19 - Grau de democratização e seus indicadores	110
Quadro 20 - Grau de representação e seus indicadores.....	111
Quadro 21 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores	113
Quadro 22 - Grau de institucionalização e seus indicadores.....	114
Quadro 23 - Grau de democratização e seus indicadores	114
Quadro 24 - Grau de representação e seus indicadores.....	116
Quadro 25 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores	116
Quadro 26 - Grau de institucionalização e seus indicadores.....	118
Quadro 27 - Grau de democratização e seus indicadores	118
Quadro 28 - Grau de representação e seus indicadores.....	119
Quadro 29 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores	120
Quadro 30 - Grau de institucionalização e seus indicadores.....	122
Quadro 31 - Grau de democratização e seus indicadores	123
Quadro 32 - Grau de representação e seus indicadores.....	125
Quadro 33 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores	126
Quadro 34 - Grau de institucionalização e seus indicadores.....	127
Quadro 35 - Grau de democratização e seus indicadores	128
Quadro 36 - Grau de representação e seus indicadores.....	128
Quadro 37 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores	129
Quadro 38 - Grau de institucionalização e seus indicadores.....	130
Quadro 39 - Grau de democratização e seus indicadores	131
Quadro 40 - Grau de representação e seus indicadores.....	132
Quadro 41 - Indicadores da dinâmica deliberativa dos CMS.....	133
Quadro 42 - Ano de criação dos conselhos, ano do regimento interno em vigor e frequência das reuniões ordinárias	134
Quadro 43 - Estrutura organizacional e conferências	135
Quadro 44 - Composição dos conselhos e quantidade de membros titulares.....	136
Quadro 45 - Prerrogativas de presidência e quem pode presidir o conselho	137
Quadro 46 - Processo de votação.....	138
Quadro 47 - Quem define a pauta.....	138
Quadro 48 - Mudança de pauta.....	139
Quadro 49 - Regras de modificação do RI	139

Quadro 50 - Previsão de categoria de entidades representantes da sociedade civil no regimento interno	140
Quadro 51 - Como são definidos os conselheiros representantes da sociedade civil	140
Quadro 52 - Composição dos usuários dos CMS	141

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados populacionais do CENSO da RIDE-DF - 2010.....	25
Tabela 2 - Demonstrativo de equipes de saúde da família com estimativas e proporções de cobertura populacional - Julho/2012.....	49
Tabela 3 - Número de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família dos Municípios selecionados da RIDE-DF - 2013.....	50
Tabela 4 - Amostra segundo Secretarias Municipais de Saúde da RIDE-DF - 2013	51
Tabela 5 - Distribuição dos questionários nas Conferências Municipais de Saúde da RIDE-DF -	56
Tabela 6 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao sexo -	57
Tabela 7 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à faixa etária -	57
Tabela 8 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao grau de escolaridade -	57
Tabela 9 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à situação trabalhista -	59
Tabela 10 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao tempo de atuação em mandatos -	60
Tabela 11 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à forma de ingresso no conselho de saúde -	60
Tabela 12 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à associação que representa -	61
Tabela 13 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao tempo de representação na entidade -	61
Tabela 14 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à ocupação de cargo de direção na entidade -	62
Tabela 15 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à indicação de representantes para outros conselhos -	62
Tabela 16 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à capacitação para ser conselheiro e se ajudou no trabalho do conselho -	63

Tabela 17 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao grau de conhecimento dos temas: funcionamento do governo local; políticas de saúde e direitos do cidadão -	63
Tabela 18 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao grau de conhecimento dos temas: relação entre os poderes públicos; papel do parlamentar e importância da participação política do cidadão -	64
Tabela 19 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao recebimento de ajuda de custo para participar das atividades do CMS -	65
Tabela 20 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à participação dos conselheiros nas reuniões do conselho e a disponibilidade de tempo para participar das atividades propostas pelo conselho -	65
Tabela 21 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à participação em comissão temática -	66
Tabela 22 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF	66
quanto à participação social de base, parte I - 2011	66
Tabela 23 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à participação social de base, parte II -	67
Tabela 24 - Distribuição dos conselheiros quanto à participação nas conferências municipais de saúde da RIDE-DF -	67
Tabela 25 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à sua opinião sobre a geração de mudanças nas ações de saúde após as conferências de saúde -	68
Tabela 26- Avaliação dos conselheiros quanto à sua participação no conselho municipal de saúde, parte I -	68
Tabela 27 - Avaliação dos conselheiros quanto à sua participação no conselho municipal de saúde, parte II -	69
Tabela 28 - Participação social nas Conferências Municipais de Saúde de 8 Municípios da RIDE-DF -	73
Tabela 29 - Presença de atores sociais nas Conferências Municipais de Saúde de 8 Municípios da RIDE-DF -	74
Tabela 30 - Composição dos conselhos municipais de saúde de 8 Municípios da RIDE-DF -	77
Tabela 31 - Número de propostas apresentadas nas CMS distribuídas por categorias temáticas na RIDE-DF -	97
Tabela 32 - Características sócio-demográficas dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF -	166
Tabela 33 - Quadro de quatro casas, com a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF sobre o termo Saúde -	168
Tabela 34 - Teste de centralidade do termo Saúde	169

Tabela 35 - Quadro de quatro casas, com a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF sobre o termo Doença -	170
Tabela 36 - Teste de centralidade do termo Doença, RIDE-DF -	171
Tabela 37 - Quadro de quatro casas, com a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF sobre o termo Direito à Saúde -	174
Tabela 38- Teste de centralidade do termo Direito à Saúde, RIDE-DF -	174
Tabela 39 - Quadro de quatro casas, com a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF sobre o termo Cidadania -	175
Tabela 40- Teste de centralidade do termo Cidadania, RIDE-DF -	176
Tabela 41- Distribuição dos usuários da estratégia de saúde da família por nos municípios da RIDE-DF -	186
Tabela 42 - Características sociodemográficas dos usuários da Estratégia de Saúde da Família dos Municípios da RIDE-DF -	187
Tabela 43 - Índice de responsividade do serviço por dimensões	188
Tabela 44 - Índice de responsividade do serviço segundo dimensões versus municípios	190

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	4
2.1 OBJETIVO GERAL.....	4
2.1.1 Objetivos Específicos.....	4
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	5
3.1 DEMOCRACIA PARTICIPATIVA.....	5
3.2 MOBILIZAÇÃO SOCIAL.....	10
3.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	13
3.4 CONTROLE SOCIAL.....	16
3.5 ATENÇÃO BÁSICA.....	18
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	23
4.1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	23
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA REGIÃO DE ESTUDO.....	23
4.3 ETAPAS DO ESTUDO.....	32
4.3.1 Primeira Etapa.....	32
4.3.2 Segunda Etapa.....	33
4.3.3 Terceira Etapa.....	40
4.3.3.1 Contribuições da Teoria das Representações Sociais para a pesquisa nas ciências sociais.....	42
4.3.4 Quarta Etapa.....	49
4.3.4.1 Responsividade dos Sistemas de Saúde.....	54
4.3.5 Quinta Etapa.....	55
5 ESTUDO 1: ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	56
5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS CONSELHEIROS DO SEGMENTO DE USUÁRIOS NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	56
5.2 DISCUSSÃO DO RESULTADO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS CONSELHEIROS DO SEGMENTO DE USUÁRIOS NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	69
5.3 RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	72
5.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	78
5.5 ANÁLISE DAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	80
5.6 DISCUSSÃO DAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	98

6	ESTUDO 2: ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	101
6.1	AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	101
6.2	DISCUSSÃO DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	141
6.3	PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE ACERCA DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO OS CONSELHOS DE SAÚDE	149
6.4	DISCUSSÃO DA PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE ACERCA DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE	162
6.5	ESTRUTURA DO NÚCLEO CENTRAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE X DOENÇA E DIREITO À SAÚDE X CIDADANIA	165
6.6	DISCUSSÃO DA ESTRUTURA DO NÚCLEO CENTRAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE X DOENÇA E DIREITO À SAÚDE X CIDADANIA.....	178
7	ESTUDO 3: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	186
7.1	ÍNDICE DE RESPONSABILIDADE DA ESF	186
7.2	DISCUSSÃO DO ÍNDICE DE RESPONSABILIDADE DA ESF	191
8	ESTUDO 4: QUALIFICAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA RIDE-DF	196
8.1	RESULTADOS DAS OFICINAS COM OS CONSELHEIROS DA RIDE-DF: RESGATANDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE	196
8.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS OFICINAS COM OS CONSELHEIROS DA RIDE-DF: RESGATANDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE.....	217
9	CONCLUSÕES.....	220
10	REFERÊNCIAS	226
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	240
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PERFIL DO CONSELHEIRO DO SEGMENTO DE USUÁRIO.....	241
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE RESPONSABILIDADE.....	245
	APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DE EVOCAÇÃO	249
	APÊNDICE E - ROTEIRO DA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE	252
	ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA	255

1. INTRODUÇÃO

As conferências e conselhos de saúde, instâncias colegiadas de participação social e controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) foram concebidas para a democratização da gestão pública local, aumento da eficiência e da efetividade das políticas sociais. Tais fóruns possuem como verdadeiro desafio a concretização das suas proposições, revelando de fato a sua função sociopolítica (Santos, Azevedo, Ribeiro, 2004; Krüger, Lemke, Nardino, Finger, Meggiato, Nunes, Pedrine, 2011).

Entretanto, estudos apontam que as propostas das Conferências não se identificam com os objetivos, as ações ou metas dos Planos de Saúde, demonstrando a baixa incorporação das demandas ao documento de organização da política de saúde (Krüger, Lemke, Nardino, Finger, Meggiato, Nunes, Pedrine, 2011).

Fato semelhante acontece nos espaços dos conselhos de saúde, pois demonstram autonomia restrita na definição de políticas públicas de saúde, e privilegiam a função burocrata, de mera aprovação de planos e relatórios de gestão (Shimizu, Dytz, Lima, Pereira, 2009).

A dinâmica das reuniões dos conselhos ao ser burocrática e centrada só em aspectos técnico-administrativos se configura em empecilho à participação dos usuários, que tem suas práticas participativas mais flexíveis e próximas de assembleias (Gohn, 2004).

O vínculo institucional entre os conselheiros e organizações sociais constitui um dos aspectos centrais para que os conselhos se efetivem como espaços de representação de setores e segmentos sociais. Nesse sentido, o vínculo deve ser garantido tanto na eleição do representante como nas decisões a respeito das posições a serem tomadas nos conselhos, por meio da consulta às bases. Dessa forma, os conselhos constituem-se em espaços importantes para representação de interesses sociais. Entretanto, são frágeis na incorporação dos segmentos populares (Santos, 2004).

A participação da população, e seus grupos organizados, na gestão dos serviços de saúde, por meio dos conselhos e conferências de saúde, representa um grande avanço na democracia representativa, entretanto, a participação popular na reorientação das práticas cotidianas da atenção básica tem sido pouco valorizada.

Tal verdade é preocupante, pois o direito à saúde segundo Dallari (1988) deve ser definido prioritariamente pela comunidade local. A comunidade ao expressar as necessidades de saúde do seu município se torna capaz de definir a extensão do conceito de saúde e delimitar o alcance da liberdade (direito individual) e o da igualdade (direito coletivo), os quais fundamentam o direito à saúde.

Com o processo de descentralização, o município se tornou responsável por viabilizar a garantia do direito à saúde, com vistas à integralidade (Dallari, 1988). Esta entendida como alcance da integração dos serviços por meio de redes assistenciais e da interdependência dos atores e organizações, visto que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (Hartz, Contandripoulos, 2004). O desenvolvimento de serviços de saúde integrado requer o estabelecimento de parcerias entre as redes assistenciais, planejamento e sistema de informação, de forma coordenada, dada a sua complexidade (Minkman, Ahaus, Huijsman, 2009).

Os conselhos de saúde tem importância estratégica na reorientação do modelo de saúde, e a atenção básica é considerada o eixo estruturador. A Política Nacional de Atenção Básica tem por sua vez na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (Brasil, 2012a).

Quanto à organização do sistema de saúde compete aos Municípios inserir a estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica. A descentralização e capilarização das equipes de saúde da família nos Municípios busca concretizar os princípios e diretrizes do SUS, ou seja, consolidar outro paradigma de saúde.

Nesse panorama têm-se as conferências e conselhos de saúde que são um caminho para a ampliação da cobertura da estratégia de saúde da família,

para a garantia do direito à saúde e de prestação de serviços de qualidade, resolutivos e para a implementação das políticas de saúde.

Nesse sentido, a qualidade dos serviços da estratégia saúde da família perpassa pela satisfação dos usuários e o atendimento às suas expectativas de saúde. Seguindo esta lógica os conselheiros do segmento de usuários deveriam expressar as demandas de saúde da comunidade local nos espaços dos conselhos e conferências.

Desta feita, é importante também conhecer as representações sociais de saúde e doença dos conselheiros do segmento de usuários, bem como de direito à saúde e cidadania, pois podem contribuir no delineamento de modelos de atenção à saúde, restritos ou abrangentes, e influenciar sobremaneira nas políticas públicas de saúde municipais que são revertidas em serviços prestados à comunidade.

Diversos estudos que analisam a dinâmica dos conselhos têm sido realizados (Paiva, Van Stralen, 2014), todavia ainda são escassos os estudos que avaliem a efetiva capacidade das conferências de saúde influir na conformação das políticas de saúde, especialmente no aprimoramento da Atenção Básica.

Ademais, continua havendo necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre as dificuldades dos conselhos em atuar com mais protagonismo na conformação das políticas de saúde locais. Isso requer um olhar mais aprofundado das práticas cotidianas dos conselhos de saúde, sobretudo para desvendar as distâncias entre o que está prescrito no plano normativo e no plano real.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a capacidade das instâncias institucionalizadas de participação social em saúde de municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE-DF, de influir na gestão de políticas públicas, especialmente da Atenção Básica, com vistas ao alcance da satisfação dos usuários.

2.1.1 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos conselheiros do segmento dos usuários presentes nas conferências municipais de saúde;
- Descrever as conferências municipais de saúde quanto à organização, debates e propostas;
- Avaliar os conselhos municipais de saúde quanto à dinâmica deliberativa e o desenho institucional;
- Analisar a percepção dos conselheiros acerca da participação social nos conselhos de saúde;
- Identificar as representações sociais de saúde, doença, direito à saúde e cidadania dos conselheiros municipais de saúde;
- Avaliar a responsividade dos serviços da Estratégia de Saúde da Família da área urbana da RIDE-DF;
- Realizar oficinas com os conselheiros de saúde da RIDE-DF com a finalidade de melhorar a articulação com os movimentos sociais da região.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

A base teórica da qual surgiu a democracia participativa sustentada por Santos (2011; 2006) advém do período de transição paradigmática vivenciada pelo mundo. Transição esta que ocorre entre o paradigma dominante da ciência moderna e o paradigma emergente (conhecimento prudente para uma vida decente). A crise do paradigma dominante, por sua vez, é resultado interativo de duas dimensões, a societal e a epistemológica. A transição societal ocorre do paradigma dominante (sociedade patriarcal, produção capitalista, consumismo individualista, identidades fortaleza, democracia autoritária e desenvolvimento global e excludente) para um conjunto de paradigmas que ainda não estão definidos. Enquanto na transição epistemológica, o paradigma moderno baseado no conhecimento científico (totalizante e antidemocrático) transformou-se em um novo senso comum, este definido como “conhecimento prudente para uma vida decente” (Santos, 2011; 2006; 2004).

O conhecimento prudente para uma vida decente possui cinco dimensões: a solidariedade, a participação, o prazer, a autoria e a artefactualidade discursiva. As dimensões da solidariedade e da participação estão relacionadas ao princípio da comunidade e as outras três dimensões relacionam-se à racionalidade estético-expressiva. A dimensão da participação, de interesse desta pesquisa, trata do reconhecimento da definição restrita do espaço da política. A proposta do novo senso comum na dimensão política é a repolitização global da vida coletiva (Santos, 2011), a partir da ampliação dos espaços da ação política para além do Estado e da esfera pública. Para tanto, Santos (2011) visualiza como estratégia a ampliação do escopo da ação participativa mediante o aumento da participação política dos cidadãos.

A democracia liberal em voga na maioria dos governos caracteriza-se pelo seu formato representativo com base no sufrágio universal em que a autonomia dos membros eleitos está vinculada a um conjunto de regras denominadas de Estado de Direito (Pereira, Carvalho, 2008). Neste cenário, a

economia capitalista de mercado retroalimenta a democracia liberal, denominada de representativa, de modo a garantir que os gestores públicos, representantes em uma democracia, sustentem, a tese de que não há alternativa ao modo de produção capitalista, onde o social seria uma espécie de entrave à dinâmica funcional capital/trabalho, economia/mercado. Nesse sentido, o ideário neoliberal preconiza um tipo de democracia que centralize o poder, a gestão e administração financeira em detrimento da participação popular e da descentralização política (Pereira, Carvalho, 2008).

Com base em tal justificativa, o projeto político neoliberal se consolidou no final do século passado em países latino-americanos, a partir de quatro consensos principais: o consenso econômico neoliberal, o consenso do Estado fraco, o consenso democrático liberal e o consenso do primado do direito e dos tribunais (Santos, 2002). O consenso econômico neoliberal baseia-se em três pontos fundamentais: a liberalização dos mercados, a diminuição da intervenção estatal na economia e a sua submissão aos organismos internacionais de regulação econômica, tais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. O consenso do Estado fraco sustentava uma ideia de reforma do Estado que tinha como principal motivo sua adequação aos ditames da economia de mercado, de forma a facilitar e garantir o bom funcionamento do capitalismo mundial, e não a busca pela democratização e seu aprofundamento através de novos mecanismos de participação popular. O consenso democrático liberal baseia-se numa concepção minimalista da democracia (Santos, 2002).

Em contraposição a esse consenso ideológico surge experiências mais recentes e em alguns países, como é o caso do Brasil, onde a participação popular ganha espaços consideráveis sobre a soberania das elites, denominada de democracia participativa. A partir desse projeto político-participativo procurou-se ampliar a noção da política, ao reconhecer uma heterogeneidade de atores, práticas e temas. O reconhecimento de novas práticas políticas e a emergência de novas temáticas (Santos, Avritzer, 2005) são um contraponto à proposta neoliberal de limitação da noção da política, mediante a organização da sociedade civil e do desenvolvimento de novas práticas democráticas de participação direta nos processos de articulação, deliberação e definição de estratégias de ação.

A democracia participativa para Santos e Avritzer (2005) surgidas no último período de redemocratização, que foi as duas últimas décadas do século XX no Brasil, deram ênfase à criação de uma nova gramática social e cultural e ao entendimento da inovação social articulada com a inovação institucional. A partir desses ideais de contra-hegemonia se desenvolveram movimentos sociais pela ampliação do político, transformações de formas dominantes, aumento da cidadania e outras demandas, mesmo que inicialmente somente em âmbito local. Assim, foi se desenvolvendo a democracia participativa, bastante ligada a ondas de redemocratização que ocorreram em fins do século XX e contrapondo alguns dos pressupostos essenciais da democracia representativa. Dessa forma, entende-se por democracia participativa aquela oposta a democracia representativa e que é composta por experiências políticas de afirmação do Estado de direito. Nesse contexto, a democracia representativa é sinônimo de centralizadora, burocratizada e “elitizada”, enquanto a democracia participativa seria descentralizadora, emancipatória e popular (Santos, Avritzer, 2005).

Santos (2005) sustenta que o real sentido da democracia foi esvaziado com o passar dos tempos, e foi reduzido ao simples modelo de seleção de representantes via voto, portanto, sem participação efetiva da sociedade civil organizada, advogando a necessidade de mecanismos de controle da sociedade civil sob os atos do governo, principalmente no que diz respeito à democracia para a esfera social, em que um bom exemplo seria o orçamento participativo, implementado pelo Partido dos Trabalhadores em Porto Alegre. Porém, as falhas existem também, uma vez que esses processos tendem a ser objeto de intensa disputa política, mesmo que em nível local (Santos, Avritzer, 2005).

Nas últimas décadas, o Brasil tornou-se referência do debate internacional acerca do aprofundamento da reforma democrática, por experimentar várias iniciativas de promoção da participação social na definição de prioridades ou no desenho de políticas públicas, por meio dos conselhos gestores, orçamento participativo e conselhos de políticas públicas. A área da saúde serve de modelo a essa prática participativa, já que o arcabouço jurídico do sistema de saúde do país preconiza a participação social, resultado das lutas sociais pela democratização do país (Bispo Júnior, Gerschman, 2013). Nesse contexto, os conselhos de saúde representam importante inovação

democrática na organização do setor, contrariando a tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro . Os conselhos instituem, portanto, uma nova modalidade de relacionamento da sociedade com o Estado, possibilitando a aproximação e a inserção da sociedade civil nos núcleos decisórios, constituindo-se em instrumento de democratização do Estado (Bispo Júnior, Gerschman, 2013).

Assim, ao se pensar no modelo democrático participativo, deve-se considerar dois elementos: o procedimentalismo e o papel dos movimentos societários na institucionalização da diversidade cultural (Santos, Avritzer, 2005). O primeiro entendido como procedimentos formais com o intuito de estabelecer processos de tomada de decisão. O segundo elemento refere-se ao papel que os movimentos societários devem cumprir no processo de institucionalização da diversidade cultural (Santos, Avritzer, 2005). A nova ação política dos movimentos sociais teria como objetivo a ampliação do político mediante redefinição das práticas societárias. Este processo só se tornaria possível com o reconhecimento da ampliação do espaço da política. A partir da colocação destas novas demandas, a institucionalização da diversidade cultural ocorreria em função de uma nova redefinição da cidadania, de forma tal que esta pudesse abarcar aqueles que por motivos distintos estivessem excluídos do sistema político. Para este modelo, a democracia é entendida como “uma gramática de organização da sociedade e da relação entre o Estado e a sociedade” com a incorporação de novos atores e novos temas na política (Santos, Avritzer, 2005). A importância desta definição dá-se exatamente em função do fato de que as novas experiências participativas ocorreram em países que passaram por uma redemocratização, permitindo assim a própria redefinição do seu significado.

A participação no espaço público permite a aprendizagem da cidadania, construída paulatinamente por meio da partilha de experiências distintas no cotidiano. Por último, a grande contribuição para a discussão de um projeto democrático participativo é a ênfase na disputa pela construção de um projeto político que venha a se tornar hegemônico, dado que existem outros projetos políticos mais participativos e, portanto, mais democráticos do que aqueles com uma visão minimalista da democracia (Pereira, Carvalho, 2008).

Os mecanismos de participação direta dos cidadãos, a partir de uma articulação entre Estado e sociedade civil, mediante a criação de espaços

decisórios em combinação com mecanismos de democracia liberal representativa; a percepção de que a prática democrática fortalece e valoriza a própria democracia, tendo um caráter pedagógico; a importância das formas de ação direta, tais como paralisações cívicas, passeatas, ocupações, caminhadas; e, por fim, a existência de um conjunto de reivindicações mais amplo, geralmente vinculado a temas culturais, identitários e de reconhecimento social e político, são apontados como formas de potencializar a democracia pela combinação da democracia representativa e a democracia participativa (Santos, 2005).

Santos e Avritzer (2005) afirmam a possibilidade da combinação entre democracia representativa e democracia participativa, seja pela coexistência, seja pela complementaridade. A coexistência implica uma convivência, em níveis diversos, das diferentes formas de procedimentalismo, organização administrativa e variação de desenho institucional. A democracia representativa em nível nacional (domínio exclusivo em nível da constituição de governos; a aceitação da forma vertical burocrática como forma exclusiva da administração pública) coexiste com a democracia participativa em nível local, acentuando determinadas características participativas já existentes em algumas democracias dos países centrais. A segunda forma de combinação, chamada complementaridade, implica uma articulação mais profunda entre democracia representativa e democracia participativa. Pressupõe o reconhecimento pelo governo de que a participação, as formas públicas de monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública podem substituir parte do processo de representação e deliberação tais como concebidos no modelo hegemônico de democracia.

É fato que a experiência da democracia participativa, embora recente, padeça de alguns males, como o comprometimento da legitimidade da representação política da sociedade nos conselhos de políticas públicas em virtude da frequente aplicação de critérios de participação excludentes (Farias, 2011).

3.2 MOBILIZAÇÃO SOCIAL

A temática dos movimentos sociais é considerada uma área clássica dos estudos da sociologia e das ciências sociais. Ao longo dos anos o conceito de movimentos sociais sofreu variações. Nos anos 50 e parte da década de 60 eram vistos pelos estudiosos como fontes de conflitos e tensões, fomentadores de revoluções e revoltas, até então censurados pelo contexto vigente. Com o surgimento de novas modalidades de movimentos sociais, como os movimentos estudantis, das mulheres, pela paz, contra a Guerra do Vietnã, dos direitos civis nos Estados Unidos, a sociedade começou a perceber os movimentos de forma diferente, como construtores de inovações culturais e fomentadores de mudanças sociais, como forma de comportamento coletivo (Gohn, 2010; 2011a).

A respeito dos movimentos sociais destacam-se as seguintes correntes teóricas: a histórico-estrutural, a culturalista-identitária e a institucional/organizacional-comportamentalista (Gohn, 2010; 2011a).

A primeira corrente formada por abordagens de Marx, Gramsci, Lefebvre, Rosa de Luxemburgo, Trotsky, Lenin, Mao Tse-tung, dentre outros, traz nas obras de Marx do século XIX, o perfil de um movimento social concreto, o do proletariado, particularmente nas lutas sindicais. Neste o conceito de movimento social esteve associado ao de luta de classes para transformação social (Gohn, 2010; 2011a).

A segunda corrente sofreu a influência de Kant, Rousseau, Nietzsche, Weber, da escola de Frankfurt, Hegel, Foucault, Habermas, Bobbio, Arendt, Giddens e Bourdieu. Essa corrente foi responsável pela denominação de novos movimentos sociais, onde se destacaram a criação de espaços sociais e culturais, compostos por sujeitos e temáticas que não tinham visibilidade, como mulheres, jovens, índios, negros (Gohn, 2010; 2011a).

Outros atores, como Touraine, Melucci, Offe, K. Eder, Scott, Geertz, Pizzorno, Kriesi, dentre outros, a partir desta matriz, destacaram a identidade dos movimentos sociais e criticaram as abordagens que se dedicavam excessivamente a análise das classes sociais, classe operária e sindicatos. A contribuição desses autores foi a de demonstrar que os movimentos sociais

são capazes de produzir novos significados, novas forma de vida e de ação social (Gohn, 2010; 2011a).

A terceira corrente tem raízes nas teorias liberais do século XVII e XVIII, nos utilitaristas, na antropologia e na sociologia de R. Merton, Radcliffe Brown e Parsons. Nesta abordagem o movimento atingiria seu objetivo caso se transformasse em uma organização institucionalizada (Gohn, 2010; 2011a).

Nos anos 90 surge outro sujeito social, as organizações não governamentais e as organizações do terceiro setor, ora tratados como sinônimos de movimentos sociais, ora como associativismo na sociedade, ora como resultados do processo de institucionalização (Gohn, 2010; 2011a).

Na atualidade, o que surge são os movimentos sociais globais, como os fóruns mundiais, em que várias lutas sociais se internacionalizam (Gohn, 2010).

Como exposto há muita teorização sobre os movimentos sociais na Europa e na América do Norte, em contrapartida na América Latina, há poucos. Alguns países como Brasil, México, Argentina e Chile, entretanto, já possuem tradição de estudo nessa área.

Na América Latina duas teorias merecem destaque, a teoria da dependência (Cardoso, Falleto, 1970 apud Gohn, 2011b, p. 213) e a teoria da marginalidade (Kowarick, 1975 apud Gohn, 2011b, p. 213), pois focalizaram outros processos singulares da realidade latino-americana, abrindo um novo caminho de análise, além de surgirem na vigência do regime militar (Gohn, 2011b).

A distribuição dos movimentos sociais na América Latina se deu da seguinte forma: nos países industrializados, surgiram nos centros urbanos e articulados a redes movimentalistas da Igreja, sindicatos e partidos políticos opositores ao regime político da época; em contrapartida, nos países de economia de base agrária, surgiram nos vilarejos e com caráter de rebelião (Wolf, 1969 apud Gohn, 2011b, p. 221).

Comparado aos demais países latino-americanos, o Brasil foi o que concentrou o maior número de movimentos sociais nos últimos trinta anos, devido a sua extensão territorial, densidade demográfica e grau de desenvolvimento industrial (Gohn, 2011b).

No entanto, verifica-se na conjuntura atual uma fragilidade dos movimentos sociais no Brasil, possivelmente porque perderam força política

como agentes autônomos ao se transformarem em meios de institucionalização de práticas sociais organizadas por demandas do Estado (Gohn, 2010).

Outro autor destaca que a fragilidade dos movimentos sociais da América Latina ocorre pela debilidade da autonomia, em consequência da dependência e vínculo com os partidos políticos, fato que é histórico (Mirza, 2006 apud Gohn, 2011a, p. 61).

Segundo Gohn, para que o movimento social resista ao longo do tempo precisa criar sua própria identidade a partir de suas necessidades e desejos. Lembrando que o reconhecimento da identidade política se faz durante o processo de luta e não com a institucionalização da ação coletiva, assim como almeja o Estado (Gohn, 2010).

No Brasil é perceptível que a maioria dos movimentos que assim se designam não demonstra um agir coletivo autônomo por ser coordenados por projetos elaborados por terceiros, como ONG, grupo político-partidário, secretaria estatal. Na verdade o que acontece na prática é a institucionalização das ações coletivas com olhares multifocais, que contemplam raça, etnia, gênero, idade, dentre outras, ou seja, com ênfase nas características sociais e culturais dos grupos sociais (Gohn, 2010).

A mobilização social confundia muitas vezes com manifestações públicas, ocorre quando um grupo de pessoas decide agir com um objetivo comum, buscando no cotidiano resultados que o grupo anseia. É importante notar que as mudanças são construídas cotidianamente por pessoas comuns, que se dispõem a atuar coletivamente, no alcance de propósitos compartilhados (Toro, Werneck, 2004).

Na verdade a mobilização social é um processo que abarca quatro dimensões básicas: o imaginário, o qual traduz o propósito da mobilização por ser uma fonte de hipóteses que provê as pessoas de critérios para orientar atuação e para identificar alternativas de ação, e que deve refletir um consenso coletivo; o campo de atuação; a coletivização, por congregar pessoas que se dispõem a contribuir na construção do sonho coletivo; acompanhamento por critérios e indicadores que permitam aos atores perceberem se o seu campo de ação está mudando na direção desejada (Toro, Werneck, 2004).

3.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social tem sua inserção histórica e social em todos os âmbitos, inclusive no setor saúde. Seu conceito sofreu modificações contextuais que acompanharam a trajetória histórica da sociedade. A sua inserção na área de saúde data antes da promulgação da Constituição Brasileira de 1988, quando em seu texto, o direito à saúde foi definido como dever do Estado, garantindo a participação social nos fóruns colegiados e institucionalizado com vistas ao desenvolvimento e à avaliação do desempenho do Sistema Único de Saúde, definição de políticas, orçamentos e ações (Lima, 2007).

Nas décadas de 70 e 80, outros tipos de conselhos procuravam viabilizar a participação da população, tais como os conselhos comunitários (espaço para as demandas da comunidade junto às elites políticas locais); conselhos populares (criado pelos movimentos sociais e sem envolvimento institucional); e conselhos administrativos (gerenciamento participativo das unidades prestadoras de serviços).

Ao longo dos anos houve uma mudança qualitativa na forma de participação. Na década de 70 a participação da população era ainda denominada participação comunitária e era caracterizada pela participação da comunidade em programas que aproveitavam o trabalho não qualificado da população nas ações sanitárias e valorizavam a organização autônoma da comunidade como possibilidade de conseguir melhorias sociais, como preconizado pelas agências internacionais de saúde para a América Latina. (Carvalho, 1995) Essa participação foi adotada em vários programas de extensão de cobertura sob a influência da Conferência de Atenção Primária em Saúde de Alma-Ata (1978) (Escorel, Moreira, 2012).

Depois a participação passou a ser denominada de participação popular por abarcar a população excluída do acesso aos bens e serviços, e representam a luta pela democratização da saúde, ao acesso universal e igualitário aos serviços e ao poder (Carvalho, 1995).

Em 1983 as Ações Integradas de Saúde (AIS) continham a diretriz da participação da população organizada nos colegiados de gestão nos níveis estadual, municipal e local.

Posteriormente, em 1987, a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), pelo Inamps para a descentralização da previdência social, previa a participação de entidades comunitárias, sindicais e gremiais em instâncias consultivas do seu processo de implementação.

Em 1986, com o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, é que foi preconizada para a edificação do novo modelo de Atenção à Saúde, a criação dos conselhos de saúde nos níveis municipal, estadual e regional, composto por representantes eleitos pela comunidade de forma que garantisse a participação da sociedade civil organizada no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde, além disso, propunha a reformulação da estrutura e funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (Escorel, Moreira, 2012).

Dessa forma, na década de 90, é que a participação assume outro caráter, o de participação social, por se referir não apenas a parcela da população excluída, mas por reconhecer a diversidade de interesses e projetos existentes, eis a participação como cidadania (Carvalho, 1995).

Com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988 e a incorporação das recomendações da 8ª Conferência ao texto constitucional, houve a regulamentação do SUS pela lei ordinária 8.080/90. Como os artigos que tratavam da participação da comunidade e do financiamento do SUS foram vetados pelo então presidente da época Fernando Collor de Mello, foi necessário um novo processo para regulamentação da lei 8.142/90 que previa a participação social por meio dos conselhos e conferências de saúde municipal, estadual e federal, instituindo um sistema de controle social em todo território nacional. Essa lei conferia autonomia e definia normas de funcionamento e organização dos conselhos (Carvalho, 1997). Além dos conselhos e conferências, a dinâmica de participação está representada pela atuação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), os sindicatos e conselhos de profissionais de saúde e a Frente Parlamentar de Saúde (Escorel, Moreira, 2012).

Outros mecanismos de gestão participativa e colegiada compõem a estrutura do SUS como as Comissões Intergestoras Bipartites e Tripartite; os conselhos gestores nos serviços de saúde; as consultas públicas realizadas

pelas Agências e outras instâncias do Ministério da Saúde (Escorel, Moreira, 2012).

Apesar de a legislação reconhecer os conselhos como parte do processo de gestão descentralizada, participativa, deliberativa e paritária, na prática eles têm afirmado um caráter consultivo, restringindo suas ações ao campo das consultas, opinião e aconselhamento (Gohn, 2011).

Conceitualmente em termos mais amplos, participação social é definida como uma tomada de decisão resultante da interação entre sujeitos em espaços comuns (Escorel, Moreira, 2012; Teixeira, Vianna, Cavalcanti, Cabral, 2009).

Pode ser compreendida ainda, detalhadamente, como um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, de forma individual ou coletiva, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para formulação, implementação, implantação, execução, avaliação, fiscalização e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias no bojo das políticas públicas, interferindo sobremaneira nos direitos dos cidadãos (Escorel, Moreira, 2012).

As instâncias participativas foram criadas com o objetivo de reunir os sujeitos, potencializando seus esforços participativos e a consecução dos seus objetivos. Entretanto, é o grau de reconhecimento e legitimidade das instâncias participativas por parte do Estado e da Sociedade que irá conferir maior ou menor nível de institucionalização, o qual diz respeito à capacidade de incorporação oficial do debate sobre dada situação, e, portanto, maior probabilidade de serem contempladas pelas políticas públicas, por agregarem maior poder de barganha institucional (Escorel, Moreira, 2012).

É importante ressaltar que a oficialização das instâncias participativas, bem como seu reconhecimento jurídico e sua institucionalização, facilita o alcance dos seus objetivos, uma vez que o Estado é obrigado reconhecê-los legalmente. Entretanto, isso não é impeditivo para que instâncias que não se oficializam não tenham legitimidade social (Escorel, Moreira, 2012).

Neste contexto se insere a importância dos Conselhos de Saúde que ao se constituírem em instituições participativas de saúde, favorecem a governança participativa, à medida que permitem a intermediação entre o Estado e a sociedade civil (Wampler, 2011).

A governança participativa ocupa papel fundamental na canalização de demandas emergentes nas comunidades organizadas, pois na falta de um sistema partidário e legislativo fortes, os líderes da comunidade tendem a procurar outros pontos de acesso para o estado em vez de confiar nos partidos, extremamente fragmentados e no Poder legislativo fragilizado pela força do Poder executivo (Wampler, 2011).

3.4 CONTROLE SOCIAL

A expressão controle social possui várias concepções e perspectivas, seja nos campos da sociologia, da psicologia ou da ciência política, especialmente na relação entre Estado e Sociedade (Correia, 2005).

Na sociologia tradicional, por exemplo, indica os processos de influência da sociedade sobre o indivíduo (Carvalho, 1995).

Na psicologia, na dimensão subjetiva do controle social, tratada por Freud, o superego absorve as normas sociais pela estrutura da personalidade, assim ocorre a introjeção do conteúdo desse controle pelo indivíduo (Carvalho, 1995).

Na ciência política há duas concepções básicas, a primeira diz que o Estado controla a sociedade em favor dos interesses da classe dominante implementando políticas sociais para amenizar os conflitos de classe. A segunda concepção considera o exercício do controle social pela sociedade sobre as ações estatais (Correia, 2005).

No campo das políticas sociais o controle social refere-se à atuação de setores organizados na sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam as necessidades e demandas sociais e aos interesses da coletividade (Correia, 2005).

No Brasil o controle social está relacionado ao processo de democratização iniciado na década de 80, onde este termo recebeu um novo significado. Este passou a ser o controle que a população exerce sobre as ações e os gastos do Estado. Como os serviços públicos são pagos indiretamente pela população por meio dos impostos, é justo que ela decida

quanto à destinação destes recursos, da forma que melhor atenda aos seus interesses, já que correspondem aos anseios da maioria (Correia, 2002; 2005).

Após o período ditatorial no Brasil, o restabelecimento das relações entre o Estado e a sociedade se deu por meio da institucionalização de canais de participação social em conselhos setoriais, como por exemplo, os conselhos e as conferências de saúde. Estes por sua vez se caracterizam em conquistas do Movimento Sanitário, e traduzem a intervenção organizada da sociedade civil nas ações do Estado na gestão do gasto público, concebida como controle social. O exercício do controle social tem como papel fundamental à consolidação da democracia no Brasil, e visto como uma possibilidade dos movimentos sociais influenciarem as políticas públicas de forma a atender às suas próprias demandas (Correia, 2000).

O Movimento Sanitário defendeu a descentralização dos serviços de saúde através da municipalização com o objetivo de democratizar o sistema nacional de saúde e como um dos princípios do Sistema Único de Saúde. A descentralização permite que o cidadão acompanhe e interfira mais de perto na política de saúde do município. Dessa forma, este princípio facilita o exercício do controle social (Correia, 2000).

Para Correia (2000) o controle social se refere à capacidade que tem a sociedade civil de interferir na gestão pública, orientando as ações do estado e os gastos estatais para atendimento dos interesses coletivos por intermédio dos conselhos de saúde.

O controle social no Sistema Único de Saúde é entendido, então, como o exercício do controle sobre as políticas de saúde por parte dos representantes da sociedade civil, e é garantido por intermédio dos conselhos de saúde. Sua potencialidade reside no acúmulo de forças mediante a organização e a participação ativa dos cidadãos nesses colegiados (Silva, Labra, 2001).

Na atualidade, o controle social é considerado a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões que tomam em consideração o interesse geral, e suas características mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de tomada de decisão política, deixando o Estado de ser o árbitro principal do interesse coletivo, do bem-comum (Shimizu, Dytz, Lima, Pereira, 2009).

O controle social na saúde, por sua vez, é compreendido como a participação da população no processo de gestão pública da saúde, por meio do planejamento, fiscalização e formulação de políticas públicas nas esferas nacional, estadual, municipal e local. Essa modalidade de participação propõe o controle que os indivíduos e coletivos podem ter sobre a própria situação e sobre o próprio projeto de vida, mediante a intervenção em decisões que afetam o entorno vital. Nesse processo, a participação tem como fundamento aumentar a confiança das pessoas nelas mesmas, mas também, de aumentar o sentido de responsabilidade que toda democracia requer, responsabilidade que significa o cumprimento de deveres e direitos.

3.5 ATENÇÃO BÁSICA

Com o intuito de reconhecer e combater as crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde. Conhecida como a “Carta de Lubliana” ela trazia em seu conteúdo que os serviços de saúde deveriam ser dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas, de forma que os cidadãos influenciassem os serviços de saúde e assumindo a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e direcionados para a atenção primária (Starfield, 2002). Em 1978 a Conferência de Alma Ata especificou ainda mais os componentes da atenção primária e ao assumir a saúde como um direito humano fundamental propunha a implementação dos cuidados de saúde primários como forma de alcançar a “saúde para todos no ano 2000”, já que eram profundas as desigualdades sociais em todo o mundo.

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como: um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade,

intersectorialidade, participação social entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes da rede de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (Starfield, 2002).

No Brasil o movimento da reforma sanitária pautado na declaração de Alma Ata e nas recomendações da Carta de Ottawa conseguiu incluir ao texto constitucional a saúde como direito de todos e dever do Estado, criando o SUS em 1988.

Em termos práticos, a concretização do SUS iniciou com a inclusão na agenda política de saúde brasileira do programa saúde da família em 1994, o qual funcionava à época como uma das principais estratégias para aumentar a cobertura da população aos serviços de atenção básica, além de promover a reorganização da prática assistencial e a adoção de novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema (Viana, Silva, Melo, Cajueiro, 2009).

Entretanto, apenas em março de 2006 o ministério da saúde aprovou por meio da Portaria nº 648/GM a instituição da atenção básica, a qual representava uma alternativa de reorganização dos serviços e práticas de saúde no âmbito dos Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de alterar o modelo de atenção hegemônico no país, centrado na doença e na assistência médico hospitalar individual (Brasil, 2007).

No Brasil a atenção básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica foi depositária de grandes responsabilidades e expectativas à medida que foi incumbida de reestruturar todo o modelo de atenção à saúde no Brasil. Fundamentada no acesso universal e contínuo dos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizada como porta de entrada, e com funcionamento em território adscrito, a atenção básica deveria fomentar as relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita; bem como fornecer atenção integral; valorizar os profissionais de saúde mediante estímulo na sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados, como parte de processo de planejamento e programação; além de

estímulo à participação popular e ao controle social (Viana, Silva, Melo, Cajueiro, 2009).

Desta feita, a estratégia de saúde da família tornou-se uma política de estado, presente na agenda dos gestores do SUS e uma prioridade na coordenação das redes de atenção à saúde. Segundo dados do SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde) de setembro de 2010 eram em torno 31.500 equipes de saúde da família, 243.022 agentes comunitários e 20.103 equipes de saúde bucal atuando em todo o território nacional. Além disso, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja implantação se deu em 2008, representaram um marco importante na ampliação das possibilidades de alcançar melhores resultados em saúde, com o enfoque na promoção da saúde e no cuidado à população, totalizando em 2010, 1.250 NASF presentes em 806 municípios brasileiros (Mendonça, 2011).

De fato o aumento da cobertura das equipes de saúde da família que em 1994 chegou a 328 equipes, resultou na redução de internações por condições sensíveis à atenção primária (Varkey, Horne, Bennet, 2008) e na melhoria de indicadores socioeconômicos da população, pois nas regiões mais pobres do país a implementação da ESF está associada ao crescimento da oferta de emprego, à redução da fertilidade e à presença de adolescentes nas escolas (Brasil, 2007).

Apesar das evidências que maiores coberturas de ESF apresentam melhores resultados em indicadores de saúde (Shimizu, Dytz, 2009), as unidades básicas de saúde, ainda somam 40,5% no modelo tradicional de atenção primária, ou seja, há uma duplicação de modelos de atenção primária com unidades tradicionais e unidades de saúde da família que gera, no território, competição pela clientela, dificuldade de vinculação da população, gastos adicionais desnecessários. Há, portanto, uma necessidade de profissionalizar a gestão municipal para organizar sistemas de saúde orientados pela ESF, bem como introduzir gerentes de unidades básicas de saúde capazes de implementar os mecanismos necessários para que a população adstrita às equipes usufrua dos quatro atributos exclusivos da APS que são: acesso e utilização (primeiro contato), de forma integral, ao longo do tempo e com coordenação na rede de atenção. A atenção primária resolutive é capaz de conduzir à sociedade na definição das necessidades e direitos, incorporando o conceito de empoderamento e capital social (Mendonça, 2011).

Com o advento preconizado pela OPAS/OMS para que o sistema de saúde funcione em redes de atenção à saúde, a atenção primária, é fortalecida enquanto porta de entrada do sistema de atenção à saúde, que integra e coordena a atenção à saúde e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população (OPAS/OMS, 2011). No funcionamento em redes de atenção os serviços de saúde apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam seus recursos; organizando-se de forma poliárquica, isto é de rede horizontal constituído por pontos de atenção à saúde com distintas densidades tecnológicas sem grau de importância entre eles (forma de malha); implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS, como já destacado; têm responsabilidades sanitárias e econômicas por sua população (Mendes, 2011).

Dessa forma, esse movimento exige que a APS, além de sua tradicional função de resolução dos problemas de saúde mais comuns, desempenhe a função de coordenação do sistema de atenção à saúde, cabendo a ela integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados, de forma fragmentada, pelos sistemas de saúde convencionais. Da APS tradicional herda a coordenação, a continuidade e a longitudinalidade do cuidado e a função de porta de entrada, voltados para a atenção individual às pessoas usuárias. Entretanto, essa concepção deve ser superada por um enfoque mais amplo, o de produzir saúde de alta qualidade e ao menor custo para a população, a partir da adoção da governança clínica, a qual lança mão da medicina baseada em evidência; da coordenação, sistematização e estruturação do cuidado com clareza dos papéis e responsabilidades, além de monitoramento; em que a gerência da utilização dos serviços atinja os outros níveis do sistema; onde as medidas de atenção individual estejam integradas com ações coletivas sobre a população adstrita, e que atinjam os fatores ambientais e os comportamentos e estilos de vida. Ao seguir esta lógica a integração do cuidado se faz sob a coordenação da APS, configurando uma proposta de organização do sistema em redes de atenção à saúde (Mendes, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde em observância à recomendação da OPAS/OMS de organização do sistema de saúde em redes de atenção à

saúde aprovou a revisão das diretrizes e normas da PNAB direcionadas ao papel ordenador das redes de atenção pela via da atenção básica. Nessa lógica as redes de atenção à saúde configuram-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes desenhos tecnológicos e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, partindo da atenção básica estruturada como principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população adstrita, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde. Desse forma, cabe a todos os entes federados apoiar e estimular a expansão da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de consolidação e qualificação da Atenção Básica à Saúde (Brasil, 2012a).

A implementação da ESF no Brasil tem desencadeado mudanças no processo de trabalho em saúde, todavia os modelos hegemônicos continuam exercendo grande influência nas suas práticas, principalmente na organização da rede de atenção, contrariamente ao preconizado pela OMS. A saúde da família tem sido estratégia de expansão de cobertura de assistência à saúde, universalização, entretanto, de forma ainda focalizada, sendo portando, suas experiências substitutivas limitadas (Silva, Casotti, Chaves, 2013).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo em que foi empregada a triangulação de métodos e técnicas, com o propósito de permitir uma melhor compreensão do fenômeno a ser estudado (Goldenberg, 1997). A pesquisa de cunho social necessita ser entendida na sua complexidade e ser capaz de expressar as múltiplas realidades inerentes às práticas comunitárias e ao campo das políticas públicas de saúde (Westhues, Ochocka, Jacobson, Smich, Maiter, Janzen et al, 2008). A combinação de metodologias ao se complementarem reduzem as lacunas resultantes da aplicação de um método isolado (Flick, 2004).

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA REGIÃO DE ESTUDO

A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e do Entorno (RIDE-DF) foi criada por meio da Lei Complementar nº 94/1988, sancionada pelo Presidente da República, com o objetivo de promover a articulação interinstitucional e intergovernamental, com vistas ao aprimoramento e ampliação dos serviços públicos essenciais e a promoção de atividades econômicas na Região. Tal lei foi regulamentada pelo Decreto Federal nº 2710 de 04 de agosto de 1998 (alterado pelo Decreto 3445/00 e Decreto 4700/03), o qual instituiu o Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (COARIDE) com a função de coordenar as atividades desta rede e desencadear ações nas áreas de ocupação do solo; transportes; poluição ambiental; educação; saúde; cultura;

agricultura; habitação popular; combate às causas de pobreza e violência; assistência social; dentre outras. De acordo com regulamentação sua presidência ficou a cargo do Ministério da Integração Nacional com representantes deste Ministério e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão da Fazenda; Ministério das Cidades; Casa Civil da Presidência da República; Governo do Distrito Federal; Governo do Estado de Goiás; Governo do Estado de Minas Gerais e AMAB (Associação dos Municípios Adjacentes a Brasília). A criação da RIDE-DF busca, portanto, equilibrar efeitos econômicos e sociais decorrentes do rápido processo de ocupação territorial promovido, em parte, por políticas governamentais de incentivo à migração para ocupação da Capital Federal (Brasil, 2011a).

A partir das dificuldades na área de saúde constadas na RIDE-DF foi criada em 19 de dezembro de 2003, por intermédio da Resolução COARIDE nº 11, publicada no DOU nº 28, de 10 de Fevereiro de 2004, o Grupo Gestor de Saúde da RIDE-DF- GGS/RIDE, com o objetivo de implantar o Plano Integrado de Saúde para a região, com base nos diagnósticos e na definição de linhas gerais ação aprovadas na reunião do COARIDE, realizada em Unai - MG, em 27 de Novembro de 2003 (Brasil, 2011b).

Com o advento do Pacto pela Saúde (PT GM/MS 399/06) e frente às necessidades de adequação a esta nova política, em 07 de novembro de 2007 foi criado e aprovado o regimento interno do Colegiado de Gestão de Saúde na RIDE-DF que passou a coordenar as ações de saúde na região. Integram este colegiado os Secretários Municipais de Saúde dos Municípios que compõem a RIDE-DF, ou seus representantes legalmente indicados; os Secretários de Saúde do Distrito Federal, Goiás e Minas Gerais, ou seus representantes legalmente indicados; e os Diretores Gerais de Saúde do Distrito Federal, ou seus representantes legalmente indicados (Brasil, 2011b).

A RIDE– DF está organizada em espaços conformados em apropriações territoriais dos estados que a compõe. Portanto, apresenta características populacionais e de ocupação distintas onde residem 3.513.261 habitantes, distribuídos nas microrregiões de seus respectivos estados:

- Microrregiões do Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Goiás: Entorno sul (Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso); Entorno Norte (Água Fria

de Goiás, Cabeceiras, Formosa, Planaltina e Vila Boa); e Região de Pirineus (Abadiânia, Alexânia, Cocalzinho, Corumbá de Goiás, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Pirenópolis);

- Microrregião do PDR de Minas Gerais: Região de Unai (Buritis, Cabeceira Grande e Unai);
- Território do Distrito Federal: Brasília.

Tabela 1 - Dados populacionais do CENSO da RIDE-DF - 2010

MUNICIPIOS RIDE	TOTAL POPULAÇÃO	TOTAL POP. URBANO	TOTAL POP. RURAL
DISTRITO FEDERAL			
BRASÍLIA	2.562.963	2.476.249	86.714
GOIÁS			
ABADIÂNIA	15.752	10.773	4.979
AGUA FRIA DE GOIAS	5.095	2.137	2.958
AGUAS LINDAS DE GOIAS	159.505	159.265	240
ALEXANIA	23.828	19.701	4.127
CABECEIRAS	7.346	5.497	1.849
CIDADE OCIDENTAL	55.883	43.613	12.270
COCALZINHO DE GOIAS	17.391	6.448	10.943
CORUMBA DE GOIAS	10.344	6.416	3.928
CRISTALINA	46.568	38.430	8.138
FORMOSA	100.084	92.035	8.049
LUZIANIA	174.546	162.835	11.711
MIMOSO DE GOIAS	2.685	1.242	1.443
NOVO GAMA	95.013	93.967	1.046
PADRE BERNARDO	27.689	10.794	16.895
PIRENÓPOLIS	23.065	15.589	7.476
PLANALTINA-GO	81.612	77.583	4.029
SANTO ANTONIO DO DESCOBERTO	63.166	56.721	6.445
VALPARAÍSO DE GOIAS	132.947	132.947	0
VILA BOA	4.742	3.497	1.245
MINAS GERAIS			
BURITIS	22.729	16.103	6.626
CABECEIRA GRANDE	6.453	5.297	1.156
UNAI	77.590	62.364	15.226

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, CENSO 2010

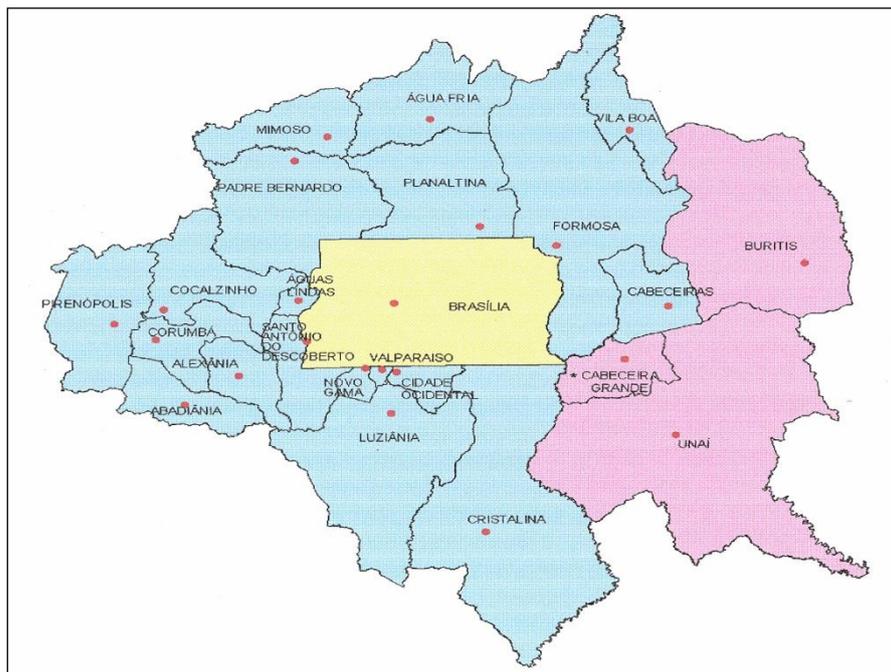


Figura 1 - Mapa Ride-DF.

FONTE: Ministério da Integração Nacional, 2006

Com o Decreto No 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, a Rede de Atenção à Saúde ganha impulso. Este decreto organiza as ações e serviços de saúde em níveis de complexidade crescente e de integralidade da assistência à saúde na forma de Rede de Atenção à Saúde. Nessa lógica de funcionamento em rede a de se considerar a divisão por espaço geográfico, dessa forma considera-se as Regiões de Saúde. Estas entendidas como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes 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. A partir do acordo de colaboração firmado entre entes federativos, chamado de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, que tem a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada,

ao definir as responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, além da forma de controle e fiscalização de sua execução, para a implementação integrada das ações e serviços de saúde. Segundo o decreto essa pactuação entre os entes federativos ocorrerá por meio das Comissões (Brasil, 2011b).

A amostra do estudo foi definida a partir de três critérios de inclusão:

- Municípios com população acima de 50.000 habitantes;
- Representatividade nas respectivas regiões da RIDE/DF;
- Realizar Conferência Municipal de Saúde no ano de 2011.

Desse modo, a amostra foi constituída inicialmente pelos seguintes municípios: Buritis, Águas Lindas de Goiás, Novo Gama, Valparaíso, Planaltina-GO, Santo Antônio do Descoberto, Luziânia, Cidade Ocidental, Pirenópolis, Formosa e Distrito Federal.

Foram excluídos os Municípios de Águas Lindas, em decorrência da conferência já ter acontecido antes do início da coleta dos dados; o Município de Unaí foi substituído por Buritis, em virtude de Unaí declarar que não realizaria a Conferência, além de apresentar dificuldades na adesão à pesquisa; e o Município de Luziânia por estar presente apenas um conselheiro do segmento de usuário na Conferência e que se recusou a participar da pesquisa. O Distrito Federal também foi excluído da amostra pela dificuldade de acesso aos conselheiros representantes de usuários durante a Conferência.

Segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) a Cidade Ocidental possui uma área de 392,94 km² com uma população de 55.915 habitantes (com base no Censo de 2010), portanto, uma densidade demográfica 142,22 hab/km², com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) calculado de 0,717, considerado alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi educação, seguida por renda e por longevidade. O município foi criado em 1993 e ocupa a 1398^a posição do IDHM, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 1397 (25,10%) municípios estão em situação melhor e 4.168 (74,90%) municípios estão em

situação igual ou pior. Em relação aos 246 outros municípios de Goiás, a Cidade Ocidental ocupa a 64ª posição, sendo que 63 (25,61%) municípios estão em situação melhor e 183 (74,39%) municípios estão em situação pior ou igual. Cerca de 97,76% da população em domicílio possui água encanada, 99,96% possui energia elétrica e 98,48% coleta de lixo na área urbana. A renda per capita média cresceu 41,72% nas últimas duas décadas, passando de R\$457,00 em 1991 para R\$516,37 em 2000 e R\$647,64 em 2010. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 4,81% em 1991 para 5,83% em 2000 e para 2,54% em 2010. A desigualdade aumentou, pois o Índice de Gini passou de 0,48 em 1991 para 0,49 em 2000 e para 0,50 em 2010 (Atlas Brasil, 2013).

Santo Antônio do Descoberto com uma área de 944,38 km², uma população (Censo 2010) de 63.248 habitantes, apresenta uma densidade demográfica 66,89 hab/km². Criada em 1982, apresenta o IDHM de 0,665, em 2010, situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, o componente do IDHM que mais cresceu em termos absolutos foi educação, seguida por renda e por longevidade. Dessa forma, Santo Antônio do Descoberto ocupa a 2776ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 2775 (49,87%) municípios estão em situação melhor e 2.790 (50,13%) municípios estão em situação igual ou pior. Cerca de 86,41% da população em domicílio possui água encanada, 99,69% possui energia elétrica e 89,97% coleta de lixo na área urbana. Em relação aos 246 outros municípios de Goiás, Santo Antônio do Descoberto ocupa a 200ª posição, sendo que 199 (80,89%) municípios estão em situação melhor e 47 (19,11%) municípios estão em situação pior ou igual. A renda per capita média de Santo Antônio do Descoberto cresceu 73,22% nas últimas duas décadas, passando de R\$259,44 em 1991 para R\$287,76 em 2000 e R\$449,39 em 2010. A extrema pobreza passou de 11,21% em 1991 para 11,16% em 2000 e para 5,19% em 2010. A desigualdade aumentou, pois o Índice de Gini passou de 0,44 em 1991 para 0,48 em 2000 e para 0,45 em 2010 (Atlas Brasil, 2013).

O município de Valparaíso de Goiás com uma área correspondente a 61,42 km², uma população (Censo 2010) de 13.2982 habitantes e densidade

demográfica de 2164,56 hab/km², teve os seus primeiros moradores em 1997. O IDHM de 0,746, em 2010 está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi educação, seguida por renda e longevidade. O município ocupa a 628^a posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 627 (11,27%) municípios estão em situação melhor e 4.938 (88,73%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 246 outros municípios de Goiás, Valparaíso de Goiás ocupa a 10^a posição, sendo que nove (3,66%) municípios estão em situação melhor e 237 (96,34%) municípios estão em situação pior ou igual. Cerca de 98,18% da população em domicílio possui água encanada, 99,95% possui energia elétrica e 97,60% coleta de lixo na área urbana. A renda per capita média de Valparaíso de Goiás cresceu 57,26% nas últimas duas décadas, passando de R\$486,29 em 1991 para R\$573,09 em 2000 e R\$764,73 em 2010. A extrema pobreza passou de 4,49% em 1991 para 4,82% em 2000 e para 1,54% em 2010. A desigualdade se manteve, pois o Índice de Gini passou de 0,50 em 1991 para 0,53 em 2000 e para 0,50 em 2010 (Atlas Brasil, 2013).

Novo Gama possui uma área de 194,73 km², e população (Censo 2010) 95.018 habitantes e uma densidade demográfica de 487,92 hab/km². Os primeiros moradores datam de 1997. Com um IDHM de 0,684, em 2010, o município do Novo Gama está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu foi a educação, depois a longevidade e por último a renda. Novo Gama ocupa a 2332^a posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 2331 (41,89%) municípios estão em situação melhor e 3.234 (58,11%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 246 outros municípios de Goiás, Novo Gama ocupa a 167^a posição, sendo que 166 (67,48%) municípios estão em situação melhor e 80 (32,52%) municípios estão em situação pior ou igual. Cerca de 95,64% da população em domicílio possui água encanada, 99,81% possui energia elétrica e 95,82% coleta de lixo na área urbana. A renda per capita média de Novo Gama cresceu 59,17% nas últimas duas décadas, passando de R\$313,15 em 1991 para R\$377,16 em 2000 e R\$498,44 em 2010. A extrema pobreza passou de 9,44% em 1991 para 7,85% em 2000 e para 3,99% em 2010. A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini

passou de 0,47 em 1991 para 0,50 em 2000 e para 0,46 em 2010 (Atlas Brasil, 2013).

Planaltina de Goiás, com uma área de 2549,42 km² e uma população (Censo 2010) de 81.649 habitantes, apresenta uma densidade demográfica de 32,01 hab/km². Sua instalação de moradores de 1891. Com um IDHM de 0,669, em 2010, Planaltina situa-se na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, o componente com maior crescimento foi a educação, em seguida vem renda e depois longevidade. Planaltina ocupa a 2691^a posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 2690 (48,34%) municípios estão em situação melhor e 2.875 (51,66%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 246 outros municípios de Goiás, Planaltina ocupa a 196^a posição, sendo que 195 (79,27%) municípios estão em situação melhor e 51 (20,73%) municípios estão em situação pior ou igual. Cerca de 94,77% da população em domicílio possui água encanada, 99,14% possui energia elétrica e 93,05% coleta de lixo na área urbana. A renda per capita média de Planaltina cresceu 85,30% nas últimas duas décadas, passando de R\$251,86 em 1991 para R\$338,63 em 2000 e R\$466,69 em 2010. A extrema pobreza passou de 12,65% em 1991 para 11,94% em 2000 e para 3,99% em 2010. A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,45 em 1991 para 0,55 em 2000 e para 0,43 em 2010 (Atlas Brasil, 2013).

A cidade de Formosa, com uma área de 5830,17 km² e uma população (Censo 2010) de 10.0085 habitantes, apresenta uma densidade demográfica de 17,17 hab/km². Os primeiros habitantes datam de 1843. O IDHM de Formosa é 0,744, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi educação, seguida por longevidade e por renda. Formosa ocupa a 667^a posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 666 (11,97%) municípios estão em situação melhor e 4.899 (88,03%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 246 outros municípios de Goiás, Formosa ocupa a 13^a posição, sendo que 12 (4,88%) municípios estão em situação melhor e 234 (95,12%) municípios estão em situação pior ou igual. Cerca de 94,77% da população em domicílio possui água encanada, 99,14% possui energia elétrica e 93,05%

coleta de lixo na área urbana. A renda per capita média de Formosa cresceu 80,77% nas últimas duas décadas, passando de R\$405,06 em 1991 para R\$466,29 em 2000 e R\$732,24 em 2010. A medida de extrema pobreza passou de 15,58% em 1991 para 12,37% em 2000 e para 4,10% em 2010. A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,65 em 1991 para 0,61 em 2000 e para 0,56 em 2010 (Atlas Brasil, 2013).

O município de Pirenópolis apresenta uma área de 2235,28 km² e uma população (Censo 2010) de 23.006 habitantes, gerando uma densidade demográfica de 10,32 hab/km². Fundada em 1832, apresenta um IDHM de 0,693, em 2010, considerado médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, o componente do IDHM com maior crescimento foi a educação, depois a renda e por último a longevidade. Cerca de 91,12% da população em domicílio possui água encanada, 99,85% possui energia elétrica e 99,43% coleta de lixo na área urbana. A renda per capita média de Pirenópolis cresceu 85,96% nas últimas duas décadas, passando de R\$292,96 em 1991 para R\$356,28 em 2000 e R\$544,78 em 2010. O cálculo da extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 18,84% em 1991 para 11,58% em 2000 e para 1,88% em 2010. A desigualdade diminuiu, justificado pela diminuição progressiva do Índice de Gini ao longo dos anos, o qual passou de 0,63 em 1991 para 0,55 em 2000 e para 0,49 em 2010 (Atlas Brasil, 2013).

O município de Buritis localizado no Estado de Minas Gerais possui uma área de 5239,52 km² e uma população (Censo 2010) de 22.737 habitantes, resultando em uma densidade demográfica de 4,34 hab/km². Seus primeiros moradores datam de 1962. O IDHM de Buritis é 0,672, em 2010, avaliado como médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a educação, seguida por longevidade e por renda. Buritis ocupa a 2621^a posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 2620 (47,08%) municípios estão em situação melhor e 2.945 (52,92%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 853 outros municípios de Minas Gerais, Buritis ocupa a 412^a posição, sendo que 411 (48,18%) municípios estão em situação melhor e 442 (51,82%) municípios estão em situação pior ou igual. Em relação aos indicadores de habitação, 82,61% da população em domicílio possui água

encanada, 95,44% energia elétrica e 98,10% coleta de lixo na área urbana. A renda per capita média de Buritis cresceu 187,63% nas últimas duas décadas, passando de R\$175,78 em 1991 para R\$488,75 em 2000 e R\$505,59 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 178,05% no primeiro período e 3,45% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 33,87% em 1991 para 15,48% em 2000 e para 7,48% em 2010. A desigualdade aumentou: o Índice de Gini passou de 0,54 em 1991 para 0,70 em 2000 e para 0,57 em 2010 (Atlas Brasil, 2013).

É importante ressaltar que o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e aprovado com o número de parecer 569/2011, e que todos os sujeitos de pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, além de terem garantido o anonimato e a confidencialidade das informações prestadas, já que o tratamento dos dados se deu de forma coletiva.

4.3 ETAPAS DO ESTUDO

4.3.1 Primeira Etapa

A primeira etapa do estudo que teve como objetivos caracterizar o perfil sócio demográfico dos conselheiros do segmento dos usuários presentes nas conferências municipais de saúde e descrever as Conferências municipais quanto à organização, debates e propostas, e utilizaram-se os seguintes instrumentos de coleta de dados:

- a) Aplicação de questionário para a caracterização do perfil sócio demográfico dos conselheiros de saúde representantes dos usuários, participantes das Conferências, a fim de identificar de qual segmento de base os usuários adinham, cujos dados foram organizados com o auxílio do programa *Excel* 2010.

- b) Observação participante das Conferências com o registro em diário de campo. A observação participante é considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa por favorecer a compreensão da realidade (Minayo, 1994). Além de contribuir com as investigações, à medida que proporciona uma visão ampla e detalhada da realidade e permite a interação do pesquisador com o meio, podendo servir de base para o planejamento das etapas posteriores da pesquisa (Queiroz, Vall, Souza, Vieira, 2007).
- c) Análise dos relatórios das Conferências Municipais de Saúde de Santo Antônio do Descoberto, Pirenópolis, Novo Gama, Valparaíso, Cidade Ocidental, Planaltina de Goiás, Formosa e Buritis de Minas Gerais do ano de 2011. Realizou-se análise de conteúdo desses relatórios. Esta procura descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação (Bardin, 2011). Operacionalmente, a análise temática se divide em três fases. A primeira é a pré-análise que consiste na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A segunda fase diz respeito à exploração do material, a qual consiste na operação de codificação. E a última fase refere-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A partir daí o analista propõe inferências e realiza interpretações.

4.3.2 Segunda Etapa

A segunda etapa do estudo consistiu em avaliar os conselhos municipais de saúde quanto à dinâmica deliberativa e o desenho institucional e analisar a percepção dos conselheiros acerca da participação social nos conselhos de saúde:

- a) Foram realizadas observações participante, com uso de diário de campo, das reuniões ordinárias e extraordinárias dos conselhos no

período de junho a dezembro 2012. Foram acompanhadas ao todo 21 reuniões. Durante as visitas aos conselhos foram solicitados documentos como regimento interno, atas das reuniões, composição dos conselhos, relatórios das conferências de saúde. A técnica para o exame dos documentos (regimento interno, atas das reuniões, relatórios das conferências de saúde), bem como do diário de campo das reuniões ordinárias e entrevistas em profundidade com os presidentes dos conselhos municipais de saúde fundamentou-se na análise de conteúdo, que teve por objetivo descobrir os temas que compõem uma comunicação, sendo a presença ou ausência de determinado conteúdo significativo para o preenchimento dos quadros de avaliação multidimensional dos conselhos municipais de saúde. A avaliação multidimensional de conselhos municipais de saúde baseia-se na análise da dinâmica deliberativa, na análise do desenho institucional (condicionantes endógenos). Cada tipo de análise é composto por indicadores como exposto nos quadros abaixo:

Quadro 1 - Análise da dinâmica deliberativa e seus indicadores

Debates face a face	Identificação dos temas e dos atores (sexo e segmento que representam no conselho), visando caracterizar o debate do ponto de vista das razões, temas apresentados e igualdade de participação entre os diferentes segmentos.
Igualdade na apresentação de razões	Todos que participam da deliberação devem ter igual oportunidade de apresentar suas razões: apresentar questões para a agenda, propor soluções, oferecer razões, iniciar o debate, voz efetiva na decisão dentre outras.
Ausência de coerção	Devem ser asseguradas as liberdades fundamentais (de consciência, opinião, expressão e associação) e as propostas não devem ser constrangidas pelas normas. A decisão deve decorrer das razões apresentadas e testadas e não de influências extra políticas emanadas de assimetria de poder, riqueza ou outro tipo de desigualdade social.
Interatividade e reciprocidade de discurso	Presença de debates, nos quais diferentes atores opinam sobre um dado assunto.

Discordância entre os participantes	Contestação de ideias. Manifestação de conflitos na produção de acordos por meio do diálogo, apontando para o potencial auto reflexivo do conflito na construção de interesses comuns.
Publicidade	O espaço social em que deve ocorrer a deliberação, os procedimentos e os meios de debate e da decisão e a natureza das razões oferecidas devem ser públicos e coletivos.
Informação ampliada sobre os assuntos	Presença de comissões e conferências de saúde.
Conclusividade	A deliberação deve gerar decisão racionalmente motivada, decorrente de razões que são persuasivas para todos.

Análise do desenho institucional: condicionantes endógenos (grau de institucionalização, de democratização e representação).

Quadro 2 - Grau de institucionalização e seus indicadores

Tempo de existência da lei de criação e do regimento interno em vigor.
Estrutura organizacional como: mesa diretora, secretaria executiva, comissões temáticas e previsão de conferências municipais.
Frequência das reuniões ordinárias.

Quadro 3 - Grau de democratização e seus indicadores

Composição	Número e distribuição das cadeiras entre os segmentos do governo e sociedade civil (usuários, prestadores de serviços, gestores e trabalhadores).
Processo decisório	Regras de votação, definição da pauta e tomada de decisão.
Presença de comissões	Tem a função de qualificar cognitivamente o debate.
Previsão de conferências	Possibilita a troca de informação entre os atores com perspectivas diversas, qualificando a atuação dos conselheiros.

Quadro 4 - Grau de representação e seus indicadores

Existência de uma pluralidade de segmentos representados	Definição de entidades que têm assento nessas instituições e número de cadeiras destinadas a cada segmento.
Existência de regras sobre as formas como adquirem representação nessas instituições	As formas como estas definições ocorrem.

- b) Entrevista em profundidade com os presidentes dos conselhos municipais cujo tema foi participação social. Para tanto, foi elaborado um roteiro de entrevista composto por questões norteadoras embasadas nas categorias de participação social como demonstra o quadro a seguir:

Quadro 5 - Roteiro de entrevista em profundidade

Categorias da Participação Social	Questões norteadoras
Definição de participação social em saúde: ao longo dos anos houve uma mudança qualitativa na forma de participação.	1- Para você o que é participação social em saúde? Ou o que você entende por participação social em saúde?
Níveis de participação (Bobbio, Matteuci & Pasquino, 1991): a presença (forma menos intensa); a ativação (desenvolve atividades); e a participação (contribui para uma decisão política).	2- Como é a sua participação social em saúde? Descreva-a.
Objetivos da participação: a participação pode assumir um caráter instrumental, pragmático, altruísta ou orgânico, características estas que em certos momentos podem coexistir, interagir, e, inclusive, fundir-se ou opor-se.	3- O que te motiva a ser conselheiro? Ou quais são as suas motivações para participar do conselho?
Condicionantes da participação: fatores inerentes ao sujeito como os fatores culturais (idade, sexo, camada social, grau e tipo de instrução) e os fatores psicossociais (normas e valores); ponderações sobre os custos e benefícios desta participação; bem como o regime político da sociedade em que se inserem as instâncias de participação.	4- Em sua opinião, de que forma a sua história de vida contribuiu ou influenciou na sua decisão de participar do conselho? 5- De que forma o conselho favorece a sua participação?

Categorias da Participação Social	Questões norteadoras
<p>Efetividade deliberativa: expressa na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre as políticas públicas e no controle sobre essas ações.</p>	<p>6- Em sua opinião, há interesse dos gestores no funcionamento do conselho de saúde e na participação social na definição de políticas públicas? (Quem institui)</p> <p>7- Que tipos de organizações/movimentos sociais têm inserção no conselho? (Quem participa)</p> <p>8- Quais seriam as motivações dos conselheiros para participação?</p> <p>9- De que forma a capacidade de comunicação dos participantes e o conhecimento técnico interfere nos processos deliberativos?</p>
<p>Desenho institucional: configurações e regras específicas que modelam o funcionamento dos conselhos.</p>	<p>10- Qual a frequência das reuniões?</p> <p>11- Como é definida a pauta das reuniões? E quem participa dessa definição?</p> <p>12- Como é a estrutura organizacional do conselho?</p> <p>13- Quais as organizações são convidadas para compor o conselho?</p> <p>14- Como é o processo de escolha dos conselheiros?</p> <p>15- Como ocorre o processo de tomada de decisão pelo conselho? Há regras? Quais? Há presença de comissões?</p>

Categorias da Participação Social	Questões norteadoras
<p>Representatividade política: representatividade dos indivíduos que atuam em nome da sociedade civil nos conselhos.</p>	<p>16- Como é o processo de escolha dos conselheiros por suas organizações de base?</p> <p>17- De que maneira esses conselheiros oriundos de diferentes organizações influenciam os processos de tomada de decisão?</p> <p>18- Os conselheiros repassam às suas bases decisões do conselho? Do mesmo modo, informam o conselho, as proposições de sua base? (Publicidade das ações do conselho e processo de influência comunicativa)</p>

Categorias da Participação Social	Questões norteadoras
<p>Verificar a vocalização das demandas de saúde da comunidade pelos conselhos de saúde no processo de regionalização à luz do Decreto 7508/2011, do COAPS e do Plano de Ação das Redes Temáticas.</p>	<p>19- O conselho de saúde tem participado do processo de regionalização, com base no Decreto 7508/2011 que trata da organização do SUS em redes de atenção à saúde? De que maneira?</p> <p>20- O conselho de saúde tem participado da elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS) que prevê a definição de metas e indicadores, de recursos financeiros e a responsabilização de cada ente Federado na região de saúde? Se sim, de que maneira?</p> <p>21- Em caso afirmativo, o conselho de saúde consegue vocalizar as demandas de saúde da comunidade no processo de regionalização?</p> <p>22- Essas demandas são levadas em consideração na elaboração da COAPS?</p> <p>23- O conselho de saúde participa da elaboração do Plano de ação das redes temáticas (rede materno-infantil-Rede cegonha; rede de urgência e emergência - RUE; rede de atenção psicossocial - RAPS; rede de pessoa com deficiência)? Se sim, de que maneira?</p> <p>24- As demandas da comunidade são contempladas no plano de ação das redes temáticas?</p>

As entrevistas foram realizadas em salas isoladas, com o consentimento dos presidentes e com agendamento prévio. Posteriormente foram transcritas pela própria pesquisadora. Para análise do conteúdo das entrevistas foi utilizado o *software* ALCESTE versão 2012 (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), desenvolvido por Reinert (1990). Com

base em operações estatísticas, o *software* efetua uma análise lexical e semântica de palavras (dados textuais), visando sintetizar e organizar as informações mais importantes do texto. Apoiando-se no teste de qui-quadrado sobre unidades textuais, o programa identifica dissimilaridades e similaridades, o que lhe permite efetuar agrupamentos linguísticos de unidades textuais semelhantes. Esta operação sobre os dados textuais redundava em uma Classificação Hierárquica Descendente (CDH), graficamente apresentada na forma de uma árvore denominada dendograma, a qual indica os eixos, as classes lexicais e suas oposições. O dendograma possibilita visualizar a relação entre as classes (que varia de 0 a 1) e qual a contribuição de cada classe (em porcentagem) para o conjunto do *corpus* avaliado (Camargo, 2005; Leão-Almeida, 2009).

Dessa forma, para a formatação do *corpus* foi criado um arquivo digitado no Word, salvo no formato txt. As linhas de comando foram digitadas sempre antes de cada conteúdo semântico da entrevista, com o intuito de separar cada Unidade de Contexto Inicial (UCI), que diz respeito às respostas que os atores sociais mencionaram frente às perguntas norteadoras. Nas linhas de asteriscos ou de comando foram digitadas as variáveis descritivas (gênero, idade, escolaridade, profissão e segmento que representa no conselho) (Camargo, 2005).

Após a formatação do *corpus*, procedeu-se a análise no *software* *ALCESTE*, que envolve quatro etapas operacionais: etapa A: Leitura do texto e cálculo dos dicionários; etapa B: Cálculo das matrizes de dados e classificação das unidades de contexto elementar (UCE's); etapa C: Descrição das classes de UCE's; etapa D: Cálculos complementares (Camargo, 2005).

4.3.3 Terceira Etapa

A terceira etapa do estudo visou identificar as representações sociais de saúde, doença, direito à saúde e cidadania dos conselheiros municipais de saúde:

a) Aplicou-se questionário semiestruturado e auto administrado dividido em três partes:

- A primeira composta por variáveis descritivas (idade, sexo, segmento, situação trabalhista, número de mandatos no conselho, grau de escolaridade e uso de plano de saúde ou do SUS);
- A segunda destinada à evocação, onde se utilizou a técnica de evocação livre para que os conselheiros citassem seis palavras ou expressões que lhes ocorressem imediatamente em relação aos termos indutores “saúde”, “doença”, “direito à saúde” e “cidadania”. Em seguida, eles enumeraram em ordem de importância as três palavras ou expressões consideradas mais importantes.

Tal recurso permite captar produções espontâneas dos sujeitos face ao objeto, minimizando as interferências do pesquisador durante a coleta de dados (Kronberger, Wagner, 2002).

- A terceira parte do questionário foi destinada a justificar por escrito as três palavras ou expressões consideradas de maior relevância para cada termo indutor.

Esse questionário foi aplicado a todos conselheiros municipais de saúde presentes nas reuniões ordinárias e que se voluntariaram a participar, totalizando 71 sujeitos que responderam aos questionários cujos termos indutores foram saúde e doença, quanto ao termo indutor direito à saúde foram 68 sujeitos e cidadania 64.

Os dados coletados na primeira parte do questionário foram tabulados no *Microsoft Excel* 2010 e analisados com o auxílio do programa estatístico *SPSS (Statistics Data Editor)* versão 17.0.

As respostas coletadas na segunda parte do questionário foram submetidas à análise de evocação, por meio do *software* *EVOC (Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations)* versão 2000. Este permite identificar, além do conteúdo das representações, sua organização interna em função de um duplo critério: frequência (*freq.*) versus ordem média de

evocação (O.M.E). Quanto mais próxima a média estiver de um maior o grau de importância das palavras indicadas. De acordo com o pressuposto da perspectiva estrutural das representações sociais de Abric (1998), o cruzamento destes dois critérios distribuídos em quatro quadrantes permite revelar os prováveis elementos centrais e periféricos de uma representação social. As palavras que tem uma alta frequência e às quais os sujeitos atribuem uma grande importância na definição do objeto expressam um sentido central, organizador da representação social. As análises com o *software* EVOC sobre as palavras/expressões evocadas a partir dos termos indutores, saúde e doença foram efetuadas separadamente.

Quanto ao teste de centralidade foi efetuada a análise das palavras ou expressões evocadas após a enumeração em ordem de importância no programa *software* EVOC, onde a sua organização interna se deu em frequência versus ordem média de importância (O.M.I.) para assim proceder à comparação com a ordem de evocação livre.

O conteúdo da terceira parte do questionário foi submetido à análise de conteúdo de Bardin (2011) para cada um dos termos indutores, como descrito na análise dos relatórios das conferências municipais de saúde.

Com o objetivo de complementar a grande teoria das representações de Serge Moscovici (1978) durante o processo de análise dos resultados foi utilizada as perspectivas teóricas de Jodelet (2005) que leva em consideração as dimensões história, social e cultural para entender e interpretar o conteúdo das representações sociais e de Abric (1998) para mapear a estrutura do campo comum.

4.3.3.1 Contribuições da Teoria das Representações Sociais para a pesquisa nas ciências sociais

A Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici foi apresentada com a publicação da obra “A psicanálise, imagem e seu público” em 1961, na qual o autor elaborou uma tese sobre o fenômeno da psicanálise, seguindo uma vertente psicossociológica renovadora de origem europeia. A partir de tal vertente a sua tese visava ocupar-se dos processos psicológicos

individuais e sociais para dar conta das relações informais e cotidianas da vida humana (Sá, 1993).

A teoria traz em seu bojo várias definições do termo representações sociais, uma delas a designa tanto como o conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los (Sá, 1993; 1996).

De forma sintética, a teoria das representações sociais designa o pensamento do senso comum, o qual expressa a visão de mundo que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam para agir e tomar posição (Abric, 1998).

Tendo em vista, que as representações sociais são resultantes das relações entre nossos mundos interno e externo (Moscovici, 2003), todas as interações humanas entre duas pessoas ou entre dois grupos pressupõem representações que são criadas internamente, mentalmente.

As representações sociais se originam, portanto, dos encontros das pessoas nos diferentes espaços dos quais transitam diariamente e se comunicam. O pensamento coletivo se individualiza, mediante esse processo mental, interno, a partir do momento que as representações sociais influenciam o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade (Moscovici, 2007).

Partindo de tais premissas, conclui-se que as representações sociais, consensuadas e compartilhadas pelo grupo, orientam as práticas humanas, ou seja, as representações não são criadas por um indivíduo isoladamente, pois são frutos da comunicação e da cooperação do grupo. Isto ocorre porque, tanto individualmente quanto coletivamente, as pessoas estão cercadas por palavras, ideias e imagens que atingem a mente por meio dos órgãos do sentido, intervindo dessa forma na atividade cognitiva (Moscovici, 2007).

A teoria das representações sociais procura explicar ainda o processo de construção das representações sociais por meio dos vários constructos teóricos, os quais serão desdobrados ao longo deste estudo.

Primeiramente, a teorias das representações sociais não separa o universo externo do universo interno, pois o objeto está inscrito num contexto ativo, sendo este contexto concebido pela pessoa ou grupo. Parte-se ainda da proposição que toda representação é uma forma de visão real e unitária de um objeto, mas também de um sujeito (Abric, 1998).

Por vezes, Moscovici (2007) considera coexistirem nas sociedades contemporâneas duas classes de universos de pensamento: os universos consensuais e os universos reificados. Aos últimos são vinculados os pensamentos científicos e eruditos, que se identificam com o conhecimento científico, relacionado às abstrações, metodologias e objetividades. Enquanto, que aos primeiros é vinculado o saber do senso comum, construídos nas relações sociais cotidianas. Na verdade, os universos reificados constituem-se em matéria-prima para a construção dessas realidades consensuais que são as representações sociais. Ambos os universos atuam de forma simultânea e dialética, alterando a realidade (Moscovici, 2007; Sá, 1993).

Assim, no entendimento de Moscovici (2007), as representações sociais se movem na direção da prática cotidiana, do interesse consensual do grupo. O universo reificado, por sua vez, restrito a uma minoria técnico-científica, estabelece leis que tem como objetivo nortear o pensamento de toda a sociedade. No entanto, estes universos também se encontram, nele as pessoas transitam diariamente e herdamos as suas influências.

A representação funciona como um sistema de interpretação da realidade, e pressupõe o consenso e a variação dos saberes que expressam as inserções particulares dos indivíduos (Abric, 1998).

Chama atenção o fato das representações sociais buscarem convencionar os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram, dando-lhes forma definitiva, ao localizá-los em uma determinada categoria partilhada pelo grupo de pessoas, de forma que tudo aquilo que não seja conhecido plenamente pelo grupo se torne adequado ao seu ambiente. As realidades dos indivíduos passam a ser construídas por aquilo que é aceito por seu grupo social. Outro aspecto relevante detém-se ao fato de prescrever tradições, pois todas as pessoas são influenciadas pela cultura na qual nascem e crescem. Dessa forma, as representações sociais são transmitidas de geração a geração, fortalecidas pela memória coletiva. Em resumo, além das representações sociais adequarem seus objetos ao ambiente do grupo, também recorrem à memória coletiva construída ao longo da história (Moscovici, 2007).

A configuração estrutural das representações sociais se dá pelo processo de duplicação, onde todo sentido se materializa em uma figura e vice-

versa. A duplicação de um sentido por uma figura ocorre por meio do processo de objetivação. Esta entendida como a reprodução de um conjunto de ideias em um complexo de imagens. Enquanto que a duplicação de uma figura por um sentido acontece pelo processo de ancoragem. Esta entendida como a integração de novos elementos em uma rede de categorias mais familiares, por meio da classificação e denominação. Tanto os processos de objetivação como de ancoragem visam tornar o não familiar em familiar para tirar o sujeito de um estado de estranheza e perplexidade, as quais são deletérias ao ego (Moscovici, 1978; Sá, 1993; 1996; Doise, 2001a). É tornar o conhecimento passível de assimilação. Nesse processo estão implicados o sujeito, o objeto e o mundo, onde um influencia, interfere e modifica o outro de forma simultânea e dialética.

A partir de tais explanações, entende-se que as representações sociais são geradas por esses dois processos cognitivos, traduzidos como maneiras de lidar com a memória. Como exposto anteriormente, a ancoragem diz respeito a ancorar ideias estranhas em categorias existentes na memória (classificação), ou seja, colocá-las em um contexto familiar e dar nome a elas (nomeação). E objetivar significa a materialização de uma abstração, é a reprodução de conceitos e imagens no mundo exterior (Moscovici, 2007; Sá, 1993). Trata-se da transformação do saber científico em saber do senso comum (Doise, 2001a).

O estudo das representações sociais baseia-se ainda na análise das regulações sociais realizadas pelo metassistema social no sistema cognitivo, o qual controla, verifica e dirige as operações cognitivas de acordo com a ajuda de regras. As operações cognitivas aqui entendidas como as associações, inclusões, discriminações e deduções (Sá, 1996; Doise, 2001b; 2011).

Moscovici (1978) em sua tese estudou o fenômeno da psicanálise e a sua inserção nos diferentes sistemas de comunicação que caracterizaram a imprensa parisiense, bem como a sua relação com os leitores. A partir daí ele relacionou os veículos de comunicação às diferentes instâncias de organização cognitiva, chegando aos três meios de vinculação da psicanálise: a difusão onde a informação é mais fluida e não expressa uma posição definida em relação ao objeto; a propagação a qual demonstrava uma atitude e a

propaganda que apresentava o objeto deformado e distorcido, ou seja, mostra o estereótipo (Sá, 1996; Doise, 2001a).

A estrutura das representações sociais se configura em três dimensões: a informação que diz respeito, à organização dos conhecimentos de um dado grupo a um objeto social; campo representacional que vincula o conteúdo concreto de um objeto de representação à ideia de imagem; e por último a atitude que se refere à orientação global de um objeto de representação em que pese a tomada de posição (Moscovici, 1978; Sá, 1996; 1998). Entende-se que a atitude é um componente estrutural das representações sociais, sendo definida como a disposição à resposta individual no contexto das representações sociais (Crespo, 1991), expressando-se sempre por meio de um julgamento avaliativo (Lima, 1993). As atitudes avaliam a ação ao estímulo e a consequência da ação ao outro (Lima, 1993).

As representações sociais exercem papel fundamental na dinâmica das relações sociais porque são capazes de conferir aos sujeitos a aquisição de conhecimentos, integrando-os aos repertórios já existentes na cognição individual; tornam os conhecimentos assimilados compatíveis ao sistema de valores e normas do grupo, favorecendo o pertencimento e identidade do grupo; porque elas permitem aos sujeitos explicar, a *posteriori*, as tomadas de posição e os comportamentos em uma dada situação. Assim, tem-se as quatro funções essenciais da representação social: a função de saber, por permitirem compreender e explicar a realidade; a função identitária, por definirem a identidade e conferirem proteção da especificidade dos grupos; a função de orientação, por guiarem os comportamentos e as práticas e a função justificadora por justificarem, a *posteriori*, as tomadas de posição e os comportamentos (Abric, 1998).

Com o objetivo de tornar os fenômenos sociais passíveis de estudo em virtude de sua complexidade, a teoria das representações sociais os simplificam em objetos de pesquisa, enquanto a realidade social é simplificada e aproximada nas representações sociais (Sá, 1996).

É importante lembrar que a representação social é sempre de alguém (sujeito) e de alguma coisa (objeto), onde o sujeito mantém a representação de um objeto. E é justamente por existir tal relação que ao se definir o objeto de

pesquisa das representações sociais é preciso decidir quanto aos sujeitos e quanto ao contexto em que se deseja estudar (Sá, 1998).

Quanto à definição do objeto de representação social é necessário partir do princípio que nem todo objeto é objeto de representação social. Para se configurar como tal é preciso ter relevância cultural ou espessura social. Isso significa dizer, que o objeto está implicado em alguma prática do grupo ou incluído nas falas, ou seja, que ele pode ser identificado nos comportamentos e nas comunicações de forma sistemática e consistente. Lembrando que um mesmo objeto pode ser resignificado nos diferentes grupos sociais (Sá, 1998).

Dessa forma, existem condições para que ocorra a emergência ou não de representação social de um dado objeto em um determinado grupo social: a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência. A primeira se refere à forma de circulação das informações nos grupos sociais, bem como ao tipo de informação e à maneira que as informações se manifestam aos indivíduos. A segunda condição aparece vinculada aos interesses e ideologias dos indivíduos, que vão garantir uma representação mais fluida ou sólida sobre um objeto. E a última refere-se à tomada de posição do sujeito ao ser exposto ao fenômeno, desde que seu posicionamento atenda aos objetivos individuais ou grupais (Sá, 1998).

Existem três correntes teóricas complementares a grande teoria das representações sociais de Serge Moscovici. A primeira é liderada por Denise Jodelet que articula a teoria com uma perspectiva mais histórica; uma que procura articulá-la com uma perspectiva societal, liderada por Willem Doise e uma que explora a dimensão cognitivo-estrutural, liderada por Jean-Claude Abric. Está última dá origem à teoria do Núcleo Central (Sá, 1998).

A teoria das representações sociais não privilegia nenhum método ou técnica, o que irá determinar a eleição do *designer* metodológico é a acessibilidade ao fenômeno de representação social (Sá, 1998).

É importante ressaltar que a pesquisa empírica das representações sociais não produz resultados replicáveis ou generalizáveis para outros contextos (Sá, 1996).

Quanto ao processo de transformação das representações sociais tem-se a teoria da dissonância cognitiva proposta por Festinger (1975), a qual parte do princípio que o indivíduo esforça-se para encontrar consonância entre as

diversas cognições que tem a respeito de um mesmo objeto, ao ponto de manter um estado de coerência consigo mesmo. Na presença de uma incoerência ocorre o desconforto psicológico, o que motivará a pessoa a tentar reduzi-la, evitando situações e informações que aumentem a dissonância e por vezes, realizando a consonância.

Com base em todos os constructos teóricos explicitados acima percebo que a teoria das representações sociais favorece uma reflexão aprofundada e circunstanciada dos objetos sociais, originários dos fenômenos sociais, o que lhe permite ser utilizada em vários campos de pesquisa. Dentre eles cito o campo da saúde, onde tal teoria tem sido bastante empregada, muitas vezes não da forma que lhe faça jus, tamanha a sua dimensão e complexidade, capazes de interpretar a realidade em toda a sua abrangência.

Tanto a saúde quanto o processo saúde-doença são objetos de representação social para os sujeitos da pesquisa em tela. Tais fenômenos sociais tem sua inserção na história da humanidade, transitam por várias culturas, grupos sociais e determinam práticas diversas e paradigmas, tendo seus processos de ancoragem na cultura, visto a historicidade do binômio saúde-doença nas ciências humanas e ao desenvolvimento de uma perspectiva multidimensional para tratar as práticas de saúde (Jodelet, 2006).

A psicologia da saúde apareceu na década de 70 nos Estados Unidos e na década de 80 na Europa e nos outros continentes, e nessa época a consideração de cultura, do binômio saúde-doença e a perspectiva multidimensional para tratar as práticas de saúde eram, praticamente, inexistentes. Portanto, na atualidade há necessidade de maior reflexão sobre tais aspectos, pois só uma abordagem multidimensional permitiria dar conta da complexidade dos processos que intervêm nas relações de saúde e na diversidade de experiência dos indivíduos e de sua participação nos cuidados. A cultura deveria ser integrada em tal abordagem, mas em condições que preservassem a subjetividade, portanto, o psicológico (Jodelet, 2006).

As representações e as práticas relativas à saúde são materiais privilegiados para a investigação dos sistemas culturais e sociais e sua articulação com o nível individual (Jodelet, 2006).

Em relação ao direito à saúde e cidadania, parte-se do princípio que são objetos de representação social para os conselheiros pelo fato de atuarem nas instâncias institucionalizadas de participação e controle social.

Por meio de todos os apontamentos e considerações, percebo que o estudo das representações sociais tem sua inserção e alcance nas várias áreas do conhecimento humano, e constitui-se um interessante desafio articular os resultados das pesquisas ao referencial teórico, com a finalidade de compreender as realidades nas suas singularidades e totalidades.

4.3.4 Quarta Etapa

A quarta etapa do estudo teve como objetivo avaliar a responsividade dos serviços da Estratégia de Saúde da Família da área urbana da RIDE-DF, que é o principal serviço de saúde dos municípios estudados.

Os municípios da amostra deste estudo apresentavam em 2012 cobertura da estratégia saúde da família bastante expressiva com exceção do município do Novo Gama (Tabela 2).

Tabela 2 - Demonstrativo de equipes de saúde da família com estimativas e proporções de cobertura populacional - Julho/2012

RS	Município	População	ESF			Estimativa da população coberta ESF (habitantes)	Proporção cobertura da população estimada ESF (%)
			Implantado	Teto	Necessário		
ESUL	Cidade Ocidental	58.262	13	24	11	44.850	76,97
ESUL	Santo A. do Descoberto	64.963	18	27	9	62.100	95,59
ESUL	Valparaíso de Goiás	138.740	27	57	30	93.150	67,13
ESUL	Novo Gama	98.135	14	40	26	48.300	49,21
ENOR	Planaltina-GO	82.847	23	34	11	79.350	95,77
ENOR	Formosa	103.322	21	43	22	72.450	70,12
PIRE	Pirenópolis	23.272	6	10	4	20.700	88,94
UNAÍ	Buritis-MG	22.737	6	9	3	18.169	79,90

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, JULHO/2012

A tabela a seguir apresenta o número de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família rural e urbana no mês de março de 2013, segundo

informações colhidas no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB/DATASUS. Com base em tais informações foi realizado o cálculo amostral a partir do número de pessoas cadastradas nas equipes localizadas na área urbana.

Tabela 3 - Número de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família dos Municípios selecionados da RIDE-DF - 2013

SMS	Nº equipes de ESF urbano	Nº equipes de ESF rural	Nº de pessoas cadastradas - ESF urbano	Nº de pessoas cadastradas - ESF rural
Novo Gama	13	1	42.909	3000
Cidade Ocidental	14	1	38.248	8.352
Formosa	14	3	51.853	5.251
Planaltina-GO	24	2	68.641	3.560
Pirenópolis	5	1	18.362	2.652
Valparaíso	27	0	71.740	0
Santo Antônio Descoberto	15	3	45.000	4.500
Buritis	5	1	14.671	3.156

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, mar/2013.

Como o tamanho da população alvo corresponde a 351.424, originou-se uma amostra de 385 indivíduos. O tamanho da amostra não foi calculado com base na experiência de estudos prévios. A amostra foi calculada utilizando nível de confiança de 95%, margem de erro de 5 pontos percentuais para mais ou para menos e variância máxima, segundo fórmula abaixo (Barbetta, 2011):

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{(N-1)e^2 + Z^2\sigma^2}$$

Onde:

Z: é o fator equivalente ao Nível de confiança desejado;
 σ^2 : é a variância dos dados da população relativos á variável em estudo
e: é a margem de erro
N: é o tamanho da população

No segundo momento foi realizada a alocação proporcional por unidades, conforme tabela abaixo. Entretanto, durante a aplicação do questionário de responsividade com o intuito de evitar perdas decorrentes do processo de coleta de dados foram aplicados questionários a mais.

Tabela 4 - Amostra segundo Secretarias Municipais de Saúde da RIDE-DF - 2013

SMS	N	n	%	Questionários Aplicados
Novo Gama	42909	47	12,21%	49
Cidade Ocidental	38248	42	10,88%	45
Formosa	51853	57	14,76%	59
Planaltina-GO	68641	75	19,53%	80
Pirenópolis	18362	20	5,23%	21
Valparaíso	71740	79	20,41%	81
Santo Antônio do Descoberto	45000	49	12,81%	51
Buritis	14671	16	4,17%	17
Total	351424	385	100,00%	403

A aplicação do questionário se deu no momento em que os usuários eram atendidos nas Equipes de Saúde da Família (ESF) da área urbana com o auxílio de *palm top*.

A elaboração do questionário de responsividade fundamentou-se na recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual define dois aspectos a serem considerados e avaliados pelos sistemas: o respeito pelas pessoas e a orientação para o cliente. O respeito pelas pessoas abrange dignidade, confidencialidade da informação, autonomia e comunicação; e a orientação para o cliente compreende agilidade no atendimento, apoio social, instalações e escolha. Essas são as oito categorias definidas pela OMS capazes de avaliar a responsividade do sistema de saúde (WHO, 2000).

Abaixo se seguem as descrições dos elementos constituintes da responsividade:

- **Dignidade:** os indivíduos serem tratados com respeito, ou seja, serem bem recebidos nas unidades de saúde, endereçados respeitosamente em qualquer circunstância, não sofrerem abusos nem maus tratos e serem tratados com consideração. Também faz parte do atendimento digno, os indivíduos serem

examinados e tratados com respeito a sua privacidade e o direito de salvaguarda das informações sobre sua doença.

- **Confidencialidade** (da informação): as consultas com os pacientes devem ser conduzidas de maneira que proteja a sua privacidade, garantindo a confidencialidade de toda a informação fornecida pelo paciente, mantendo-a em arquivos médicos confidenciais (exceto se a informação for necessária para outros profissionais de saúde).

- **Apoio social:** os procedimentos com os usuários devem permitir a participação de parentes, amigos e membros importantes da comunidade na atenção prestada. Ademais os serviços devem incluir outros recursos sociais relevantes existentes na comunidade que possam contribuir para ampliar a qualidade da atenção à saúde, bem como a dispensação de insumos e medicamentos para continuidade da atenção prestada.

- **Escolha do profissional** (médico/ enfermeiro/ profissional de saúde): os pacientes devem conseguir chegar aos serviços de saúde sem muita dificuldade e, dentro da unidade de cuidados de saúde, devem ter oportunidade de escolher os profissionais de saúde. Os indivíduos devem poder ter acesso a uma segunda opinião em casos de doenças severas ou crônicas ou cirurgia e obterem cuidados gerais e especiais como for apropriado.

- **Autonomia:** os indivíduos devem ser comunicados sobre as opções e alternativas de tratamento e serem permitidos de tomar decisões sobre o tipo de tratamento, depois de discutir com o profissional de saúde, devendo ser encorajados a questionar. Pacientes mentalmente são devem ter o direito de recusar o tratamento. O profissional de saúde deve ter o consentimento do paciente antes de iniciar tratamento ou testes.

- **Agilidade:** as unidades de cuidados de saúde devem ser geograficamente acessíveis – levando em conta a distância, o transporte e o terreno. O tempo de espera por consultas e tratamento deve ser curto.

- **Instalações:** o meio no qual o cuidado de saúde é provido deve incluir vizinhança e arredores limpos, mobília adequada, comida saudável e de boa procedência, ventilação suficiente, água limpa, banheiros limpos, roupas limpas. Devem ser realizados procedimentos regulares de limpeza e manutenção da edificação e alicerces da unidade básica de saúde.

· **Comunicação:** o profissional de saúde deve ouvir os pacientes cuidadosamente e, por outro lado, o paciente deve obter do profissional de saúde explicações de forma que possa entender, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas junto ao profissional de saúde.

A construção do índice de responsividade do serviço seguiu o modelo proposto por Andrade, Vaitsman e Farias (2010) em que definiram uma variação fechada entre 0 e 1, onde o valor positivo máximo em relação à determinada dimensão do serviço é 1, sendo este considerado o padrão ideal a ser alcançado. A escala de interpretação dos valores do índice a ser utilizada será a seguinte: excelente (0,901 a 1); muito bom (0,801 a 0,900); bom (0,701 a 0,800); regular (0,601 a 0,700); ruim (0,401 a 0,600); muito ruim (0,201 a 0,400); péssimo (0,000 a 0,200).

O cálculo do escore das perguntas foi feito mediante a transformação dos dados categóricos, obtidos por meio das respostas dos questionários, em dados numéricos. Dessa forma, a escala ordinal de quatro itens que compõem o questionário (Apêndice- C) terá valores, assim o item sempre valerá 10; o item quase sempre o valor 7, o item raramente o valor 3 e o item nunca o valor atribuído será 0. Para as perguntas dicotômicas do questionário (respondidas com sim ou não) foram atribuídos os valores 10 e 0, sendo que o valor 10 expressa a avaliação positiva e a 0 a negativa. Por conseguinte, os valores atribuídos às respostas foram multiplicados à frequência com que cada resposta foi escolhida. Os resultados das multiplicações foram somados, o valor obtido foi considerado o escore da pergunta. Este escore expressou a avaliação dos usuários sobre aquele indicador.

O índice de responsividade (IRS) foi utilizado para medir a satisfação dos usuários. As dimensões consideradas para o cálculo do índice foram: dignidade, confidencialidade, comunicação, agilidade, apoio social, escolha profissional e instalações. Cada dimensão é formada por um conjunto de questões, cada uma destas, apresenta o mesmo peso. O passo seguinte foi converter as respostas dos questionários (dados categóricos) em dados numéricos. Foram atribuídos os valores 10, 7, 3 e 0 para questões com 4 alternativas ou 10, 7, 5, 3 e 0 para questões com 5 alternativas.

Os valores atribuídos às respostas foram multiplicados à frequência com que cada resposta foi escolhida. Os resultados dessas multiplicações foram então somados, obtendo-se um valor final chamado de escore da pergunta. Após o cálculo do escore foi calculado o Índice de responsividade, quanto mais próximo de 1, mais satisfeitos os usuários estão em relação aos serviços prestados. Para finalizar, a média dos índices dentro de cada uma das dimensões foi calculada. Para sistematização dos dados foi utilizado o programa estatístico *SPSS* versão 17.0.

4.3.4.1 Responsividade dos Sistemas de Saúde

No ano de 2000, a Organização Mundial de Saúde – OMS introduziu nas pesquisas de avaliação em saúde o conceito de responsividade dos sistemas de saúde, em contraposição ao de satisfação, utilizado desde a década de 1960 (WHO, 2000).

O conceito de responsividade surgiu da necessidade de conferir maior objetividade às perguntas e às avaliações voltadas aos usuários dos serviços públicos de saúde quanto à qualidade dos sistemas de saúde (Andrade, Vaitsman, Farias, 2010). Nestes termos responsividade diz respeito ao modo como o desenho do sistema de saúde reconhece e consegue responder às expectativas universalmente legitimadas dos indivíduos em relação aos aspectos não médicos do cuidado (Vaitsman, Andrade, 2005).

Alguns autores indicam que as pesquisas de responsividade avaliam melhor as mudanças dos sistemas de saúde (Vaitsman, Andrade, 2005). É fato que os sistemas de saúde mudam ao longo do tempo.

Ao avaliar a responsividade, consideram-se dois elementos. O primeiro é o que acontece quando as pessoas interagem com o sistema de saúde. Esse objetivo procura reportar o comportamento, evento ou ação do sistema de saúde. O segundo é medir a percepção das pessoas sobre o que acontece, já que pessoas ou segmentos da sociedade podem ter a percepção de que o sistema de saúde não lhes é responsivo, apesar dos indicadores sobre o que

acontece indicarem o contrário. Neste sentido, a OMS propõe formas de se fazer perguntas que reduziriam o fator subjetivo das respostas e também o chamado *gratitude bias* (Bernhart, Wiadnyana, Wihardjo, Pohan, 1999). Esta ideia se refere ao fato de que os usuários dos serviços públicos de saúde tem um sentimento de gratidão para com o serviço, o que dificulta uma visão mais crítica do atendimento. Existe inclusive o medo de perder o atendimento, conseguido, muitas vezes, com dificuldade.

A responsividade difere das pesquisas sobre satisfação do paciente em relação ainda ao tipo de perguntas e ao modo de formulá-las. Pesquisas sobre satisfação costumam perguntar o quanto a pessoa está satisfeita ou não com algum aspecto do serviço de saúde, levando-se em conta, geralmente, suas expectativas prévias. Já a estratégia da OMS para avaliar a responsividade é perguntar qual a frequência com que determinado evento ocorreu. Com isso pretende-se maior objetividade nas respostas, que não se baseariam apenas na percepção das pessoas.

4.3.5 Quinta Etapa

A última etapa da pesquisa culminou com a proposta de qualificação dos conselhos municipais de saúde, tendo como foco, a operacionalização do empoderamento comunitário (Laverack, 2008). A qualificação dos conselheiros surge como uma possibilidade de ampliar e aprofundar o processo de empoderamento dos conselheiros (Cotta, Cazal, Rodrigues, Gomes, Junqueira, 2010).

5 ESTUDO 1: ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS CONSELHEIROS DO SEGMENTO DE USUÁRIOS NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Após a aplicação do questionário para levantamento do perfil sócio demográfico dos conselheiros do segmento de usuários nas conferências municipais de saúde, procedeu-se a tabulação dos dados abaixo. Foram aplicados 29 questionários no momento das conferências municipais de saúde dos Municípios de Buritis- MG; Novo Gama- GO; Valparaíso- GO; Santo Antônio- GO; Pirenópolis- GO; Cidade Ocidental- GO; Planaltina- GO e Formosa- GO, conforme tabela 8 a seguir.

Tabela 5 - Distribuição dos questionários nas Conferências Municipais de Saúde da RIDE-DF - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Nº usuários com assento nos conselhos (titulares e suplentes)	Nº Conselheiros usuários presentes nas Conferências (titulares e suplentes)	Total de questionários aplicados
Buritis	12	2	2
Novo Gama	12	4	4
Valparaíso	12	4	4
Santo Antônio	12	7	7
Pirenópolis	8	3	3
Cidade Ocidental	12	2	2
Planaltina-GO	4	2	2
Formosa	12	5	5
Total	84	29	29

A tabela 6 apresenta a distribuição dos conselheiros do segmento de usuários quanto ao gênero. É possível perceber que a maioria dos participantes foi do gênero masculino (72,0%).

Tabela 6 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao sexo - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Feminino	Masculino	Total
Buritis	1	1	2
Novo Gama	1	3	4
Valparaíso	2	2	4
Santo Antônio	2	5	7
Pirenópolis	0	3	3
Cidade Ocidental	2	0	2
Planaltina-GO	0	2	2
Formosa	0	5	5
Total	8	21	29
%	28,0%	72,0%	100,0%

A maioria dos participantes possuía mais de 50 anos de idade (55,0%), conforme demonstra a tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à faixa etária - 2011

Conferências Municipais de Saúde	18 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos ou mais	Total
Buritis	2					2
Novo Gama			2	1	1	4
Valparaíso		1	2	1		4
Santo Antônio	1		2	3	1	7
Pirenópolis				1	2	3
Cidade Ocidental			1		1	2
Planaltina-GO					2	2
Formosa			2	1	2	5
Total	3	1	9	7	9	29
%	10,4%	3,4%	31,2%	24,0%	31,0%	100,0%

Quanto ao grau de ensino (tabela 8), 28,0% possuía o 2º grau incompleto/completo e 48,0% superior incompleto/completo.

Tabela 8 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao grau de escolaridade - 2011

Conferências Municipais de Saúde	1º grau	2º grau	Superior	Total
Buritis			2	2
Novo Gama	1	1	2	4
Valparaíso		1	3	4
Santo Antônio	1	3	3	7
Pirenópolis	3			3
Cidade Ocidental		1	1	2

Conferências Municipais de Saúde	1º grau	2º grau	Superior	Total
Planaltina-GO	1	1		2
Formosa	1	1	3	5
Total	7	8	14	29
%	24,0%	28,0%	48,0%	100,0%

A tabela 9 demonstra grande variabilidade quanto à situação trabalhista, ocorrendo uma maior concentração no servidor público (24%), aposentado (24%) e autônomo (21%).

Tabela 9 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à situação trabalhista - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Empregado com carteira assinada	Empregado sem carteira assinada	Servidor público	Aposentado/pensionista	Autônomo	Empresário	Desempregado	Total
Buritis	2							2
Novo Gama			1	2	1			4
Valparaíso		2	1		1			4
Santo Antônio	1		3	1	1	1		7
Pirenópolis	1		1	1				3
Cidade Ocidental				1			1	2
Planaltina-GO				1	1			2
Formosa			1	1	2	1		5
Total	4	2	7	7	6	2	1	29
%	14,0%	7,0%	24,0%	24,0%	21,0%	7,0%	3,0%	100%

A maioria dos conselheiros estava no seu primeiro mandato (58,6%), conforme demonstrado pela tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao tempo de atuação em mandatos - 2011

Conferências Municipais de Saúde	1 Mandato	2 Mandatos	3 Mandatos	4 Mandatos	5 Mandatos
Buritis	2				
Novo Gama	3	1			
Valparaíso	3		1		
Santo Antônio	3	1	1	1	1
Pirenópolis	1	1	1		
Cidade Ocidental	1			1	
Planaltina-GO	2				
Formosa	2		3		
Total	17	3	6	2	1
%	58,6%	10,0%	21,0%	7,0%	3,4%

Quanto à forma de ingresso no conselho de saúde, houve predomínio da modalidade de indicação pela entidade (66,0%), contra 28,0% que foi por eleição.

Tabela 11 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à forma de ingresso no conselho de saúde - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Indicado pela associação	Eleito pela associação	Indicado pela SMS	Indicação política
Buritis	2			
Novo Gama	1	2		1
Valparaíso	2	2		
Santo Antônio	4	3		
Pirenópolis	2		1	
Cidade Ocidental	2			
Planaltina-GO	2			
Formosa	4	1		
Total	19	8	1	1
%	66,0%	28,0%	3,0%	3,0%

A maioria dos conselheiros do segmento de usuários presentes nas CMS representam as associações de moradores (48,0%), como revela a tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à associação que representa - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Associação de patologia	Sindicato	Religiosa	Associação de moradores	Outros
Buritis	1				1
Novo Gama				2	2
Valparaíso			1	3	
Santo Antônio		1	1	5	
Pirenópolis		1	1	1	
Cidade Ocidental			1	1	
Planaltina-GO				2	
Formosa	2		2		1
Total	3	2	6	14	4
%	10,0%	7,0%	21,0%	48,0%	14,0%

Houve grande variabilidade quanto ao tempo de representação do conselheiro na entidade (tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao tempo de representação na entidade - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Menos de 2 anos	2 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	Mais de 15 anos
Buritis	1	1			
Novo Gama	1	1		2	
Valparaíso	2	1	1		
Santo Antônio	1	1	2	3	
Pirenópolis					3
Cidade Ocidental			1	1	
Planaltina-GO	2				
Formosa	1	2	1	1	
Total	8	6	5	7	3
%	28,0%	21,0%	17,0%	24,0%	10,0%

Nas conferências municipais de saúde houve predomínio dos conselheiros ocupantes de cargo de direção na entidade que representam (72,0%).

Tabela 14 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à ocupação de cargo de direção na entidade - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Ocupa cargo de direção	Não ocupa cargo de direção
Buritis		2
Novo Gama	4	
Valparaíso	3	1
Santo Antônio	5	2
Pirenópolis	3	
Cidade Ocidental	2	
Planaltina-GO	2	0
Formosa	2	3
Total	21	8
%	72,0%	28,0%

Como exposto na tabela 15, 72,0% dos conselheiros referiram que a entidade da qual advém indicam representantes para outros conselhos, que não o de saúde.

Tabela 15 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à indicação de representantes para outros conselhos - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Indica	Não indica
Buritis	2	
Novo Gama	3	1
Valparaíso	4	
Santo Antônio	5	2
Pirenópolis	2	1
Cidade Ocidental	2	
Planaltina-GO		2
Formosa	3	2
Total	21	8
%	72,0%	28,0%

Verifica-se que na tabela 16, metade dos conselheiros recebeu capacitação para ser conselheiro e a outra metade não recebeu. Dos 14 conselheiros que receberam capacitação, 13 disseram que a capacitação o ajudou no trabalho do conselho, contra 1 que referiu que ajudou pouco.

Tabela 16 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à capacitação para ser conselheiro e se ajudou no trabalho do conselho - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Recebeu capacitação e o quanto ajudou			Não recebeu	Não respondeu
	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes		
Buritis	1			1	
Novo Gama	4				
Valparaíso	1		1	2	
Santo Antônio	3	1		2	1
Pirenópolis	1			2	
Cidade Ocidental		1		1	
Planaltina-GO				2	
Formosa	1			4	
Subtotal	11	2	1	14	1
Total		14		14	1

No que se refere ao grau de conhecimento sobre os temas descritos na tabela abaixo, é possível perceber que 15 conselheiros disseram conhecer muito, contra 13 que conhecem pouco ou nada sobre o funcionamento do governo local; 17 conselheiros disseram conhecer muito, contra 11 que conhecem pouco ou nada sobre políticas de saúde; 19 conselheiros disseram conhecer muito sobre direitos do cidadão, contra 10 que disseram conhecer pouco.

Tabela 17 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao grau de conhecimento dos temas: funcionamento do governo local; políticas de saúde e direitos do cidadão - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Funcionamento do governo local			Políticas de saúde			Direitos do cidadão		
	Muito	Pouco	Nada	Muito	Pouco	Nada	Muito	Pouco	Nada
Buritis	1	1		2			2		
Novo Gama	3	1		4			4		
Valparaíso	2	2		3	1		3	1	
Santo Antônio	4	2		3	2	1	4	3	

Pirenópolis	1	1	1	1	2		1	2
Cidade Ocidental	1	1			2		1	1
Planaltina-GO		2		1	1		1	1
Formosa	3	2		3	1	1	3	2
Subtotal	15	12	1	17	9	2	19	10
Total de respostas		28			28			29

Em relação à tabela 18 é possível perceber que 13 conselheiros disseram conhecer muito sobre a relação entre os poderes públicos, contra 15 que disseram conhecer pouco ou nada; 13 disseram conhecer muito sobre o papel do parlamentar, enquanto 13 disseram conhecer pouco ou nada e, por último, 18 conselheiros disseram conhecer muito sobre a importância da participação política do cidadão, enquanto 11 disseram conhecer pouco ou nada.

Tabela 18 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao grau de conhecimento dos temas: relação entre os poderes públicos; papel do parlamentar e importância da participação política do cidadão - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Relação entre os poderes públicos			Papel do parlamentar			Importância da participação política do cidadão		
	Muito	Pouco	Nada	Muito	Pouco	Nada	Muito	Pouco	Nada
Buritis		2			2		2		
Novo Gama	2	2		3	1		2	2	
Valparaíso	2	1	1	3		1	3	1	
Santo Antônio	4	1	1	4		3	4	3	
Pirenópolis	1	2		1	1	1	1	2	
Cidade Ocidental	1	1		1	1		1	1	
Planaltina-GO	1	1		1	1		2		
Formosa	2	2	1	3	2		3	1	1
Subtotal	13	12	3	13	8	5	18	10	1
Total de respostas		28			26			29	

Verifica-se na tabela 19 que 97,0% dos entrevistados não recebem ajuda de custo para participar das atividades do conselho municipal de saúde.

Tabela 19 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto ao recebimento de ajuda de custo para participar das atividades do CMS - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Recebe	Não recebe
Buritis		2
Novo Gama		4
Valparaíso		4
Santo Antônio	1	6
Pirenópolis		3
Cidade Ocidental		2
Planaltina-GO		2
Formosa		5
Total	1	28
%	3,0%	97,0%

No que tange a participação dos conselheiros nas reuniões do conselho e a disponibilidade de tempo para participar das atividades propostas pelo conselho, percebe-se que 100,0% dos conselheiros participam sempre ou muitas vezes das reuniões e que 97,0% tem sempre disponibilidade de tempo para participar das atividades do conselho (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à participação dos conselheiros nas reuniões do conselho e a disponibilidade de tempo para participar das atividades propostas pelo conselho - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Periodicidade de participação				Disponibilidade de tempo		
	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Sempre	Muitas vezes	Às vezes
Buritis	1	1			2		
Novo Gama	4				4		
Valparaíso	4				4		
Santo Antônio	3	4			7		
Pirenópolis	3				3		
Cidade Ocidental	2				2		
Planaltina-GO	2				1		1
Formosa	5				5		
Subtotal	24	5			28		1
%	83,0%	17,0%			97,0%		3,0%
Total		29				29	
%		100,0%				100,0%	

Praticamente não houve diferença entre o número de conselheiros que participam de comissões temáticas e os que não participam (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à participação em comissão temática - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Participa	Não participa
Buritis	1	1
Novo Gama	3	1
Valparaíso	3	1
Santo Antônio	4	3
Pirenópolis		3
Cidade Ocidental	1	1
Planaltina-GO		2
Formosa	2	3
Total	14	15
%	48,0%	52,0%

A tabela 22 explicita a relação dos conselheiros com a sua entidade de base. Nesta é possível verificar que 26 conselheiros mantem a sua entidade informada sobre os trabalhos do conselho; 25 discutem com a sua entidade os assuntos debatidos no CMS. Já a tabela 23 demonstra que 24 recebem sugestões da sua entidade para atuar no conselho e que 28 participam de reuniões da entidade para sua atuação no CMS.

Tabela 22 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à participação social de base, parte I - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Mantem a entidade informada sobre os trabalhos do CMS				Discute com a entidade assuntos do CMS			
	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
Buritis	2				2			
Novo Gama	4				3			
Valparaíso	4				4			
Santo Antônio	6	1			4	3		
Pirenópolis	2		1		2		1	
Cidade Ocidental	2				2			
Planaltina-GO			1	1			1	1
Formosa	5				5			

Subtotal	25	1	2	1	22	3	2	1
Total	29				28			

Tabela 23 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à participação social de base, parte II - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Recebe sugestões da entidade para atuar no CMS				Participa de reuniões da entidade para sua atuação no CMS			
	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
Buritis	1		1		1		1	
Novo Gama	4				4			
Valparaíso	4				4			
Santo Antônio	5	2			5	2		
Pirenópolis	1	1	1		3			
Cidade Ocidental	2				2			
Planaltina-GO	1		1		1	1		
Formosa	2	1	2		5			
Subtotal	20	4	5		25	3	1	
Total	29				29			

Os dados da tabela 24 demonstram que 93% dos conselheiros participam das conferências de saúde.

Tabela 24 - Distribuição dos conselheiros quanto à participação nas conferências municipais de saúde da RIDE-DF - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Participa	Não participa	Participa esporadicamente
Buritis	2		
Novo Gama	4		
Valparaíso	4		
Santo Antônio	6		1
Pirenópolis	2	1	
Cidade Ocidental	2		
Planaltina-GO	2		
Formosa	5		
Total	27	1	1
%	93,2%	3,4%	3,4%

Em relação à opinião dos conselheiros sobre a geração de mudanças nas ações de saúde após as conferências de saúde (tabela 25), verifica-se que 42,8% perceberam mudanças. Em contrapartida 57,2%, perceberam pouca ou nenhuma mudança.

Tabela 25 - Distribuição dos conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF quanto à sua opinião sobre a geração de mudanças nas ações de saúde após as conferências de saúde - 2011

Conferências Municipais de Saúde	As conferências geram mudanças nas ações de saúde			
	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
Buritis			2	
Novo Gama	2	1	1	
Valparaíso		1	2	1
Santo Antônio	2	2	2	
Pirenópolis		1	1	1
Cidade Ocidental			2	
Planaltina-GO	1		1	
Formosa	1	1	3	
Subtotal	6	6	14	2
%	21,4%	21,4%	50,0%	7,2%
Total			28	
%			100,0%	

Os dados das tabelas 26 e 27 indicam que a maioria dos conselheiros considerou a sua participação no conselho municipal de saúde importante (92,9%), produtiva (89,0%) e gratificante (96,0%). E poucas vezes ou nunca maçante (78,0%).

Tabela 26- Avaliação dos conselheiros quanto à sua participação no conselho municipal de saúde, parte I - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Considera importante				Considera produtiva			
	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
Buritis	1	1			1	1		
Novo Gama	4				4			
Valparaíso	4				4			
Santo Antônio	5		1		5		1	
Pirenópolis	2		1		2		1	
Cidade Ocidental	2				1		1	

Planaltina- GO	2			2		
Formosa	5			5		
Subtotal	25	1	2	24	1	3
%	89,3%	3,6%	7,1%	86,0%	3,0%	11,0%
Total	28			28		
%	100,0%			100,0%		

Tabela 27 - Avaliação dos conselheiros quanto à sua participação no conselho municipal de saúde, parte II - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Considera gratificante				Considera maçante			
	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
Buritis	1	1				1		1
Novo Gama	3		1		2	1	1	
Valparaíso	4				2		2	
Santo Antônio	4	1					2	3
Pirenópolis	2	1					1	2
Cidade Ocidental	2						1	1
Planaltina-GO	2							2
Formosa	5						3	2
Subtotal	23	3	1		4	2	10	11
%	85,0%	11,0%	4,0%		15,0%	7,0%	37,0%	41,0%
Total	27				27			
%	100%				100%			

5.2 DISCUSSÃO DO RESULTADO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS CONSELHEIROS DO SEGMENTO DE USUÁRIOS NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

A sistematização do perfil sócio demográfico dos conselheiros do segmento de usuários presentes nas conferências municipais de saúde demonstrou que a maioria dos participantes era do sexo masculino, com idade acima de 50 anos e com ensino superior incompleto/completo. Quanto à situação trabalhista a maioria era composta de servidores públicos e aposentados, no seu primeiro mandato no conselho, indicados por sua entidade, que majoritariamente eram as associações de moradores. Dentre os

usuários interrogados, parte significativa ocupava cargo de direção na própria entidade, a qual se fazia representar também em outros conselhos. Metade dos conselheiros do segmento de usuários entrevistados recebeu curso de capacitação.

No que tange à variável gênero, em pesquisa realizada na conferência municipal de saúde Belo Horizonte, houve predomínio de conselheiros do segmento de usuários do sexo feminino, demonstrando a conquista das mulheres dessa arena política, diferentemente do que revela o estudo em questão, onde por razões culturais, o espaço de embate político da plenária da conferência apresenta-se formado em sua maioria por homens (Faria, Lins, Lobão, Cardoso, Petinelli, 2012).

A partir de análises sobre espaços participativos foi evidenciado dificuldade em encontrar pessoas disponíveis para participar, principalmente nas instâncias criadas pelo poder executivo, e para o risco de desmobilização de espaços criados espontaneamente pela sociedade civil (Andrade, Vaitsman, 2013). Nos últimos trinta anos os conselhos de política acrescidos de suas respectivas conferências à nível local, distrital, municipal e federal, cresceram vertiginosamente (Avritzer, 2009). No entanto, o rápido aumento do número de conselhos e de conferências sem o proporcional aumento de uma base participativa, tem implicado em alguns limites nessa forma de interação entre sociedade civil e governo (Andrade, Vaitsman, 2013), dado verificar-se dificuldade de composição desses espaços, bem como a repetição de organizações com assento em vários conselhos de política, inclusive a mesma pessoa compor vários conselhos ou várias organizações. Tal quadro impõe limites ao processo de representatividade de interesses coletivos diversos, uma vez que não contribui para a sublevação de atores historicamente excluídos dos processos de deliberação, sinalizando a inexistência de uma sociedade civil com histórico de participação e mobilização social, o que de fato ocorre especialmente em municípios pequenos (Paiva, Van Stralen, Costa, 2014).

A partir da análise dos dados foi possível inferir que os conselheiros do segmento de usuários apresentam relativo conhecimento sobre a relação entre os poderes públicos e sobre o papel do parlamentar, e um domínio maior sobre a importância da participação política do cidadão.

Os conselheiros muito embora não recebam ajuda de custo para participar das atividades do conselho, são assíduos nas reuniões e nas

atividades organizadas pelo conselho, justamente por compreenderem a importância da sua participação na política, como identificado acima. A metade referiu participar de comissões temáticas e 93% das conferências de saúde.

A relação dos conselheiros com a sua entidade de base vincula-se a mantê-la informada sobre os trabalhos do conselho, discutir com a sua entidade os assuntos debatidos no CMS, bem como receber sugestões da sua entidade para atuar no conselho e participar de reuniões da entidade para sua atuação no CMS, como exposto pela maioria dos conselheiros entrevistados, embora estivessem presentes nas conferências um pequeno número de representantes de usuários. Esse trânsito de informações, é que lhes confere a representatividade diante das entidades, pois ao levar as demandas das suas organizações de base aos conselhos e conferências e deixá-las a par das deliberações dos conselhos e propostas das conferências, o conselheiro passa a representar e defender os interesses do coletivo ao invés de interesses particulares (Faria, Ribeiro, 2011).

Os resultados indicam que a maioria dos conselheiros considerou a sua participação no conselho municipal de saúde importante (92,9%), produtiva (89,0%) e gratificante (96,0%). E poucas vezes ou nunca maçante (78,0%).

Tais achados revelam que embora o número de conselheiros representantes de usuários nas conferências municipais de saúde seja pequeno, revelaram nas suas falas serem atuantes e cientes da importância da sua participação nos conselhos e conferências, constatado por serem assíduos às reuniões do conselho, participar das conferências, fazerem parte das comissões temáticas e pela publicidade das deliberações e propostas nas suas organizações de base, revelando o vínculo que os conselheiros possuem com as suas bases de apoio.

Em outro estudo que analisou a percepção dos atores sociais nas conferências municipais de saúde concluiu-se que eles consideram as conferências como espaços públicos importantes e efetivos para a promoção da cidadania e da democracia, e como controle da sociedade sobre a gestão pública da saúde e a definição da agenda política no setor (Müller Neto, Artmann, 2014).

Em relação à opinião dos conselheiros sobre a geração de mudanças nas ações de saúde após as conferências de saúde, 57,2%, perceberam pouca ou nenhuma mudança. Fato este que se assemelha ao encontrado na literatura

onde alguns atores sociais questionam a efetividade das conferências municipais na gestão, na determinação das prioridades das políticas e planos municipais de saúde, já que as deliberações das conferências não têm caráter vinculativo, e seu estatuto de representação é objeto de disputa e diferentes interpretações por parte dos componentes da esfera pública sanitária. Advém daí a dificuldade em tornar efetiva no âmbito da gestão do SUS a determinação legal que afirma ser atribuição das conferências de saúde definir as diretrizes para a formulação das políticas de saúde (Müller Neto, Artmann, 2014; Müller Neto, Artmann, 2012).

5.3 RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Os dados advindos da observação participante das Conferências Municipais de Saúde conduziram à identificação das seguintes categorias de análise: Atores sociais presentes nas Conferências; Número de Conselheiros representantes dos usuários presentes; Processos de mobilização social e organização das Conferências; Temas, formas de abordagem e profundidade dos debates; Composição dos Conselhos de Saúde; e Cenários políticos locais.

Além disso, com o objetivo de qualificar a análise e permitir comparações, foram agregados aos quadros a identificação das regiões e os dados populacionais, anteriormente coletados por meio de revisão de literatura. Ressalta-se que os cenários políticos locais não foram inseridos aos quadros por constituir uma categoria resultante da análise do conjunto das demais, atribuída de dados qualitativos advindos das observações registradas nos diários de campo.

A análise preliminar sinaliza fragilidades importantes nos processos de participação social dos conselheiros representantes dos usuários e dos representantes de movimentos sociais e organizações nas Conferências de Saúde realizadas na RIDE/DF, especialmente nos municípios do Entorno (Tabelas 28 e 29). Os resultados indicam um esvaziamento das Conferências,

especialmente da presença dos movimentos sociais, de organizações da sociedade civil e dos próprios conselheiros representantes dos usuários.

Tabela 28 - Participação social nas Conferências Municipais de Saúde de 8 Municípios da RIDE-DF - 2011

Regiões da RIDE-DF	Municípios	População	Nº Participante nas Conferências	Proporção de Participantes em Relação à População
Unaí	Buritis	22.729	60	0,26%
Entorno Sul	Novo Gama	95.013	30	0,03%
Entorno Sul	Valparaíso	132.947	100	0,08%
Entorno Sul	Santo Antônio do Descoberto	63.166	80	0,13%
Região dos Pirineus	Pirenópolis	23.065	70	0,30%
Entorno Sul	Cidade Ocidental	55.883	60	0,11%
Entorno Norte	Planaltina	81.612	130	0,16%
Entorno Norte	Formosa	100.084	300	0,30%

Tabela 29 - Presença de atores sociais nas Conferências Municipais de Saúde de 8 Municípios da RIDE-DF - 2011

Conferências Municipais de Saúde	Nº Conselheiros usuários presentes nas Conferências (titulares e suplentes)	Nº usuários com assento nos conselhos (titulares e suplentes)	Atores sociais presentes na conferência
Buritis	2	12	Maioria dos participantes era trabalhadores da saúde, além de 2 entidades representantes dos conselheiros usuários: APAE e ABRIGO. Havia representantes das comunidades, embora em menor número. Havia somente dois conselheiros usuários e um representante do hospital particular. No total, havia 5 conselheiros presentes.
Novo Gama	4	12	A maioria eram trabalhadores de saúde e alguns conselheiros e representantes de entidades.
Valparaíso	4	12	Presença de representantes da pastoral da saúde, associações de moradores e trabalhadores.
Santo Antônio	8	12	Presença de representantes de trabalhadores, associação de moradores, de comerciantes, de entidade religiosa.
Pirenópolis	3	8	A maioria eram trabalhadores de saúde, alguns conselheiros e representantes de entidades e comunidade.
Cidade Ocidental	2	12	A maioria eram trabalhadores da saúde, alguns da comunidade e 2 conselheiros usuários (sendo que uma delas é da Pastoral).
Planaltina-GO	2	4	A maioria representante dos trabalhadores da saúde (ACS), mas teve participação de entidades.
Formosa	5	12	Presença de representantes da associação de portadores de deficiência física, da igreja Católica e trabalhadores.

Cabe destacar que, embora a amostra analisada tenha sido composta por municípios representativos de quase todas as regiões da RIDE-DF, com exceção do Distrito Federal, há predomínio da região do Entorno Sul em virtude de concentrar municípios com maior número de habitantes, critério de inclusão na amostra. Nesse sentido, comparando os respectivos dados populacionais com o número aproximado de participantes de cada Conferência, nota-se que o município que apresentou proporcionalmente menor percentual de participação social foi o Novo Gama, pertencente à Região do Entorno Sul.

Por outro lado, os municípios que apresentaram maior percentual proporcional de participação geral foram Pirenópolis, Formosa e Buritis, pertencentes respectivamente às regiões dos Pirineus, Entorno Norte e Unaí. No entanto, cabe ressaltar que, embora apresentem maior participação, isto não necessariamente mantém relação com o número de conselheiros representantes dos usuários presentes. O caso de Buritis é emblemático, posto que no “ranking” de participação geral ele ficou em segundo lugar. Entretanto, havia somente um conselheiro titular representante dos usuários, sendo que a composição do Conselho de Saúde apresenta 6 membros deste segmento.

Ao observar as tabelas 28 e 29, percebe-se que o Novo Gama, cuja porcentagem de participação geral foi muito baixa, contou com a presença de dois terços dos conselheiros do segmento usuários, bem acima da presença observada em Buritis, reiterando a afirmação anterior que o percentual aproximado de presença da população não significa obrigatoriamente maior ou menor participação dos conselheiros usuários e tampouco a presença destes conselheiros implica em maior qualidade de participação e/ou atuação do Conselho.

É importante ressaltar que, no que tange à categoria denominada atores sociais (Tabela 29), nota-se que em todas as Conferências de Saúde acompanhadas nesta pesquisa houve a presença majoritária de trabalhadores da saúde, especialmente Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este dado é de fundamental importância e sugere limites importantes no processo de democratização e ampliação da participação da diversidade de atores sociais existentes na sociedade.

Embora a tabela 29 evidencie também a presença de conselheiros representantes dos demais segmentos – gestores, prestadores e usuários -

nota-se que os movimentos sociais não se fizeram presentes nestes espaços e a sociedade civil organizada parece ter sido representada na maioria dos locais por entidades filantrópicas. Além disso, há indícios de que a participação dos ACS é, de modo geral, induzida ou até obrigada pelas secretarias de saúde, sinalizando problemas expressivos que remetem à representatividade dos sujeitos participantes das Conferências, legitimidade do processo e efetividade destes mecanismos de controle social no âmbito dos municípios analisados.

Com efeito, ao observar uma das categorias de análise qualitativa presente no Quadro 6, especificamente a categoria que avalia a qualidade do debate, percebe-se que Novo Gama teve a sua capacidade de promover a problematização, reflexão e debate sobre a realidade sócio sanitária local, sobre as prioridades das políticas de saúde e sobre estratégias necessárias à sua concretização, comprometida. A iniciativa de convidar profissionais e gestores da própria Secretaria Municipal para proferir palestras, bem como de utilizar o espaço das Conferências para justificar e defender as ações das gestões vigentes não se restringiu apenas ao Município do Novo Gama, mas ocorreu em Planaltina e Buritis.

Quadro 6 - Avaliação dos Debates das Conferências Municipais de Saúde de 8 Municípios da RIDE-DF, 2011

Avaliação dos Debates das Conferências				
Conferências Municipais de Saúde	Muito Bom	Bom	Regular	Péssimo
Buritis			X	
Novo Gama				X
Valparaíso		X		
Santo Antônio do Descoberto	X			
Pirenópolis	X			
Cidade Ocidental		X		
Planaltina			X	
Formosa	X			

Em contrapartida, os debates promovidos nas Conferências de Saúde de Pirenópolis, Formosa e Santo Antônio foram considerados de alta qualidade, posto que houve abertura e estímulo ao debate e grande parte dos

atores sociais presentes participou efetivamente, levantando questionamentos e proposições.

Quanto à composição dos conselheiros verificou-se que a paridade não é uma constante em todos os conselhos, conforme demonstra a tabela 30:

Tabela 30 - Composição dos conselhos municipais de saúde de 8 Municípios da RIDE-DF - 2011

CMS	Representante do governo	Representante de prestador	Representante de trabalhador	Representante de usuário
Novo Gama	2	2	2	6
Formosa	2	2	2	6
Pirenópolis	3	1	0	4
Planaltina-GO	1	1	2	2
Cidade Ocidental	2	1	3	6
Santo Antônio	1	2	3	6
Valparaíso	2	1	3	6
Buritis	1	1	4	6

Apenas os conselhos de saúde da Cidade Ocidental, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso demonstraram seguir a paridade constante na resolução 453 de 10 de Maio de 2012 (Brasil, 2012b). A falta de paridade na composição dos Conselhos identificada na grande maioria dos municípios analisados constitui uma inconstitucionalidade e evidencia mais um obstáculo que afeta ambas as instâncias de controle social instituído.

O conjunto dos resultados permite compreender a última categoria de análise, denominada cenários políticos locais. Nesse sentido, o acompanhamento das Conferências e observação de campo sinalizou limites importantes no que tange à representatividade e legitimidade da sociedade civil organizada, evidenciado pelo esvaziamento da participação dos movimentos sociais e de membros das comunidades, pela falta de paridade na composição dos Conselhos, por comprometimentos nos processos de mobilização social, superficialidade na abordagem dos temas e nos debates, além de indícios de problemas de cooptação e cerceamento das manifestações populares durante as Conferências, visto que em muitas delas não houve sequer espaço de fala para a plenária.

Diante do exposto, percebe-se que existem muitos problemas no âmbito das Conferências que limitam a ampliação, a qualificação da participação social e gestão participativa, podendo comprometer expressivamente os processos de aprofundamento da democracia participativa no país. Nota-se que os obstáculos encontrados nas Conferências de Saúde reproduzem e reiteram a mesma natureza de problemas relatados em inúmeras pesquisas que abordam a dinâmica do exercício de controle social no âmbito dos Conselhos de Saúde, sinalizando a necessidade de superação destes limites para a concretização do direito de participação social na construção e gestão das políticas públicas de saúde e no avanço da democracia participativa.

5.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

O acompanhamento e observação de campo das conferências municipais de saúde evidenciaram limitações importantes à representatividade política e legitimidade democrática da sociedade civil organizada, justificado pelo esvaziamento da participação dos movimentos sociais e de membros das comunidades nas plenárias, no que concerne à pluralidade, reforçado pela falta de paridade na composição dos Conselhos. Fato semelhante é destacado nas conferências nacionais, onde dados preliminares mostram que faltam políticas afirmativas voltadas para a inclusão de perspectivas sociais tradicionalmente excluídas; atenção às desigualdades de renda e escolaridade entre os participantes; uma discussão sobre os critérios de inclusão dos participantes não eleitos em etapas anteriores; e aperfeiçoamento da mobilização dos atores da sociedade civil e do processo de seleção de maneira que a pluralidade de visões possa se fazer representar (Almeida, 2012). Apesar destes limites, as conferências demonstram grande potencial de inclusão de distintas categorias da sociedade civil para fomentar o processo deliberativo (Almeida, 2012).

Verificou-se ainda o comprometimento nos processos de mobilização social e superficialidade na abordagem dos temas e nos debates. Além disso, foi observado problemas de cooptação e cerceamento das manifestações

populares durante as Conferências, visto que em muitas delas não houve sequer espaço de fala durante a plenária.

Os achados corroboram a literatura ao revelar que nas conferências locais de saúde em Belo Horizonte nem todas as plenárias realizaram apresentações aprofundadas dos temas e das diretrizes da CS, ao contrário, na maior parte das vezes, esta apresentação foi rápida, sem que os representantes do segmento dos usuários se manifestassem (Faria, Lins, Lobão, Cardoso, Petinelli, 2012).

Em outro estudo a participação social nas conferências de saúde de Curitiba-PR representou uma conquista e avanço para o setor, todavia caracterizou-se por ser um processo ainda tímido e incipiente no seu potencial transformador já que as discussões fomentadas basearam-se em agravos indicados pelos dados epidemiológicos, havendo a necessidade de avançar na discussão das necessidades em saúde dos segmentos populacionais representados (Chaves, Egry, 2012).

Nas conferências municipais de saúde os atores da sociedade civil deveriam buscar o entendimento por meio razão comunicativa, para se contrapor aos atores sistêmicos, representantes dos governos ou empresários de saúde, tornando possível questionar a pretensão de validade dos argumentos, na busca de novos consensos fundamentados. No entanto, os debates enfraquecidos nesses fóruns resultam do esvaziamento dos movimentos sociais e sociedade civil organizada, e das barreiras à ação comunicativa frequentes na cultura brasileira e latino-americana, como o autoritarismo, o populismo, o clientelismo, a cooptação, o corporativismo, reproduzindo a colonização do espaço público (Müller Neto, Artmann, 2012).

5.5 ANÁLISE DAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

A partir do relatório das conferências municipais de saúde realizadas no ano de 2011 pelos oito municípios estudados foi possível levantar as propostas das conferências. Durante a análise de conteúdo das propostas foi possível alocá-las em nove categorias temáticas baseadas nas diretrizes do relatório da 14ª Conferência Nacional de saúde, e são elas:

- 1 Gestão participativa e controle social;
- 2 Recurso necessário para o SUS;
- 3 Gestão unificada e coerente do SUS;
- 4 Valorização do trabalhador;
- 5 Humanização da rede de serviços;
- 6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica;
- 7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde;
- 8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar;
- 9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental.

O quadro abaixo apresenta de forma resumida as categorias temáticas presentes no relatório das conferências por município.

Quadro 7 - Categorias temáticas das propostas das CMS

Conferências Municipais de Saúde	Categorias
Buritis	1 Gestão participativa e controle social, 4 Valorização do trabalhador, 5 Humanização da rede de serviços, 6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica, 7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde, 8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar e 9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental.
Cidade Ocidental	1 Gestão participativa e controle social, 2 Recurso necessário para o SUS, 4 Valorização do trabalhador, 5 Humanização da rede de serviços, 6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica, 7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde e 8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar

Conferências Municipais de Saúde	Categorias
Formosa	1 Gestão participativa e controle social, 2 Recurso necessário para o SUS, 3 Gestão unificada e coerente do SUS, 4 Valorização do trabalhador, 5 Humanização da rede de serviços, 6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica, 7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde, 8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar e 9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental.
Novo Gama	1 Gestão participativa e controle social, 3 Gestão unificada e coerente do SUS, 4 Valorização do trabalhador, 5 Humanização da rede de serviços, 7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde, 8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar e 9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental.
Planaltina-GO	2 Recurso necessário para o SUS, 3 Gestão unificada e coerente do SUS, 4 Valorização do trabalhador, 6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica e 7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde
Santo Antônio Descoberto	1 Gestão participativa e controle social, 4 Valorização do trabalhador, 5 Humanização da rede de serviços, 6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica e 7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde
Valparaíso	1 Gestão participativa e controle social, 2 Recurso necessário para o SUS, 3 Gestão unificada e coerente do SUS, 4 Valorização do trabalhador, 6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica, 7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde e 8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar 9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental.
Pirenópolis	8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar

Já o quadro a seguir apresenta as propostas das conferências alocadas por categoria temática segundo o município.

Quadro 8 - Propostas das conferencias municipais de saúde distribuídas por categorias temáticas

BURITIS	
1 Gestão participativa e controle social	<p>23. Divulgar, de forma antecipada, as reuniões do Conselho municipal de Saúde;</p> <p>24. Agendar reunião, trimestralmente, dos gestores nas comunidades da zona rural, para esclarecimentos à população e para tomar conhecimento das suas necessidades;</p>
4 Valorização do trabalhador	<p>2. Aumentar o número de vagas das especialidades, principalmente na área rural;</p> <p>4. Repasse integral para os ACSs, da verba federal a eles destinadas;</p> <p>3. Disponibilizar um tempo específico para organização interna do PSF, entre 07h30 e 08h00, antes do atendimento ao público;</p> <p>5. Reposição salarial aos contratados igual à dos efetivos;</p> <p>6. Garantia dos direitos trabalhistas integrais aos contratados, como férias de 30 dias, décimo terceiro salário e outros;</p> <p>7. Pagamento de horas extras aos profissionais em dinheiro e não mais em folgas;</p> <p>8. Curso de capacitação e treinamento para os profissionais em cargos de chefia, com o objetivo de os mesmos oferecerem melhor tratamento aos seus subordinados;</p> <p>10. Capacitar profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, etc.) para cuidar da saúde do recém-nascido e crianças;</p> <p>11. Disponibilizar oftalmologista, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social para as escolas;</p> <p>12. Oferecer curso de capacitação para os profissionais da farmácia;</p> <p>15. Melhorar transporte dos profissionais que atendem na zona rural;</p> <p>17. Melhorar a remuneração dos profissionais que trabalham na zona rural, com pagamento de incentivo rural;</p> <p>18. Liberar passagem de ônibus para os ACS's da zona rural vierem à sede do Município a trabalho;</p> <p>21. Aumentar o número de vagas para especialidades, durante o dia, para pacientes da zona rural</p> <p>46. Disponibilizar um período de tempo, com o estabelecimento fechado, na Unidade de Saúde, para que o profissional possa estudar para se atualizar.</p>
5 Humanização da rede de serviços	<p>1. Humanizar o atendimento nas Unidades de Saúde;</p>

BURITIS

6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica	9. Aquisição e manutenção de materiais e equipamentos para aferir pressão e dosar glicemia capilar; 13. Informatizar o atendimento e os serviços nas Unidades de Saúde; 14. Proporcionar atendimento de dentista uma vez por semana no Distrito de Serra Bonita; 16. Implantar mais uma equipe de ESF para zona rural, com objetivo de melhorar o atendimento e alcançar 100% de cobertura da população; 20. Proporcionar atendimento médico semanal na Vila Serrana; 22. Construção e aprimoramento das estruturas físicas e equipamentos para melhorar o atendimento à saúde, na zona rural; 29. Realizar um trabalho mais detalhado sobre saúde bucal nas escolas, com a presença de dentista, para a conscientização da importância da saúde bucal; 37. Dispensar quantidade adequada de medicamentos para as unidades de Saúde, principalmente para a zona rural;
--	---

BURITIS

7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde	<p>25. Criar um centro próprio de reabilitação multiprofissional, com equipamentos adequados a todos os tipos de deficiências;</p> <p>26. Realizar trabalhos voltados para a inclusão dos deficientes na sociedade;</p> <p>27. Desenvolver programa de apoio às famílias dos deficientes;</p> <p>30. Mobilizar empresários, através de palestras, sobre a importância da valorização da qualidade de vida dos trabalhadores, oferecendo melhores condições de trabalho;</p> <p>31. Tornar mais rigorosa a coleta de lixo em toda a cidade;</p> <p>32. Fiscalizar com maior rigor e mais adequadamente os estabelecimentos comerciais, com vistas a recolher mercadorias vencidas e com embalagens violadas;</p> <p>33. Realizar maior investimento nas campanhas de vacina, principalmente na zona rural;</p> <p>34. Dar maior autonomia ao setor de Vigilância Sanitária;</p> <p>35. Aplicar multas para quem descumprir as normas da vigilância sanitária e oferecer benefícios para quem as cumprir;</p> <p>36. Orientar Hospital, Unidades de Saúde e coletores de lixo hospitalar quanto ao transporte e armazenamento do mesmo;</p> <p>38. Propiciar apoio multiprofissional, bem como apoio familiar, aos portadores de hanseníase e tuberculose;</p> <p>39. Ampliar planejamento familiar, destacando métodos contraceptivos;</p> <p>40. Proporcionar assistência às mulheres vítimas de violência;</p> <p>41. Alocar mais recursos para exames preventivos de câncer de mama e colo de útero;</p> <p>42. Difundir e fazer valer as leis do Estatuto da Criança e do Adolescente;</p> <p>43. Desenvolver palestras educativas de orientação sexual aos diversos públicos de usuários;</p> <p>44. Incentivar e estimular as denúncias de violência contra crianças e adolescentes, bem como oferecer apoio emocional às vítimas;</p> <p>45. Desenvolver atividades de promoção e prevenção à saúde do idoso;</p>
8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar	<p>19. Aquisição de ambulância para atendimento às áreas rurais da Vila Palmeira, vila Cordeiro e Taquaril;</p>
9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental	<p>28. Concluir as obras do CAPS e montar equipe de profissionais especializados para trabalharem com os usuários que necessitem da Unidade;</p>

CIDADE OCIDENTAL	
1 Gestão participativa e controle social	14. Autonomia dos Conselhos Municipais.
2 Recurso necessário para o SUS	13. Aprovação da EC 29;
4 Valorização do trabalhador	4. Oferecer cursos de capacitação para os profissionais de saúde, pois não tem condições de financiar seus cursos devido aos baixos salários; 9. Possibilidade de estudo para formação superior; 10. Plano de carreira PCCS/SUS; 16. O Governo Federal deve facilitar o acesso da classe média baixa à faculdade de medicina;
5 Humanização da rede de serviços	1. Curso de humanização para médicos;
6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica	2. Melhorar a ventilação do CEPRE e providenciar mais dois profissionais especializados para cada grupo; 3. Ampliação, restauração e informatização dos Postos de Saúde; 5. Aumentar a quantidade de transportes: um veículo disponibilizado para o CEPRE; 8. Centralização dos postos de Saúde; 11. Equipar melhor as unidades de saúde, laboratório; 15. Informatizar todas as unidades de saúde;
7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde	17. Investir em projetos de educação em saúde para profissionais de saúde e usuários.
8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar	6. Agilidade nos exames, consertar o aparelho de RX e de mamografia; 7. Aumentar o investimento no hospital municipal; 12. Farmácia 24 horas;

FORMOSA	
1 Gestão participativa e controle social	<p>23. Acompanhar e Fiscalizar o acolhimento e Humanização das ações e serviços de saúde na rede Pública, Filantrópica e Privada conveniados com o SUS;</p> <p>37. Fiscalizar a operacionalização dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção a saúde do Município de Formosa;</p>
2 Recurso necessário para o SUS	<p>34. Corrigir anualmente o repasse financeiro per capita Federal (PAB Fixo e Vigilância em Saúde) distribuído aos municípios;</p> <p>47. Corrigir a Tabela de Procedimentos de Serviços do SUS;</p> <p>51. Corrigir anualmente o repasse financeiro per capita Federal (PAB Fixo e Vigilância em Saúde) distribuídos aos municípios;</p>
3 Gestão unificada e coerente do SUS	<p>9. Propiciar maior agilidade no agendamento (marcação) de consultas e exames especializados de acordo com a necessidade dos usuários;</p> <p>10. Ampliar a oferta quantitativa de consultas e exames diagnósticos especializados;</p> <p>11. Aumentar as cotas de exames laboratoriais e complementares para Estratégia Saúde da Família (ESF);</p> <p>15. Aumentar o número de vagas de exames diagnósticos na rede SUS de Formosa;</p> <p>25. Regionalizar os centros de exames diagnósticos de especialidades de Goiânia para os municípios polo do Estado de Goiás;</p> <p>40. Melhorar o gerenciamento da aquisição e distribuição de medicamentos para a Farmácia Básica;</p> <p>48. Regionalizar os centros de exames diagnósticos de especialidades de Goiânia para os municípios polo do Estado de Goiás;</p>

FORMOSA

4 Valorização do trabalhador	<p>3. Criar o programa de cargos e salários e desprecarização dos vínculos empregatícios para os profissionais da área de saúde;</p> <p>4. Criar um sistema integrado em saúde do trabalhador para exames periódicos ocupacionais para os profissionais da área de saúde e trabalhadores em geral;</p> <p>5. Ampliar e capacitar o quadro de profissionais de saúde mental;</p> <p>6. Capacitar e qualificar os profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Combate de Endemias (ACEs) para técnico em saúde no Centro de Educação Profissionalizante de Saúde (CEP Saúde Goiás);</p> <p>12. Ampliar a oferta de médicos especialistas e demais profissionais de saúde na rede do SUS do município, dentre eles: pediatra, reumatologista, ginecologia, endocrinologista, neurologista, geriatra e outros que houver necessidade;</p> <p>21. Ampliar o número de odontólogos especialistas em canal no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);</p> <p>30. Contratar um profissional Assistente Social para o Hospital Municipal de Formosa e para a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA);</p> <p>41. Ampliar o atendimento ambulatorial de pediatria e ginecologia, atendendo toda a demanda;</p> <p>44. Capacitar e qualificar os profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Combate de Endemias (ACEs) para técnico em saúde no Centro de Educação Profissionalizante de Saúde (CEP Saúde Goiás);</p>
5 Humanização da rede de serviços	8. Promover capacitação e educação permanente para todos os trabalhadores da saúde, visando à humanização do atendimento profissional do SUS;

FORMOSA

6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica

14. Criar novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em bairros que não tem cobertura total da população (Abreu, Setor Sul, Formosinha, Parque Lago, Bela Vista e demais setores) que após o censo apresentem necessidade de ampliação da cobertura da UBS;
20. Ampliar a rede de Medicamentos da Farmácia Básica, tendo como base a Relação do RENAME, conforme indicação médica;
29. Reestruturar as áreas de abrangência das UBS, readequando as micro áreas dos Agentes Comunitários de Saúde do município em conformidade as orientações preconizada na Portaria de n.º 648/2006;
36. Disponibilizar 03 (três) veículos para as Unidades Básicas de Saúde dos Distritos do: Bezerra, JK e Santa Rosa;
39. Criar nas UBS um cadastro de doadores de sangue e encaminhá-los ao Hemocentro Municipal de Formosa (HEMOEF);
42. Readequar a estrutura física da Unidade Básica de Saúde do Distrito de Santa Rosa;
43. Orientar a população quanto hierarquização do Sistema de Saúde do município, começando pela atenção primária.
46. Estender o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em dias específicos visando aumentar a acessibilidade dos usuários nas ações de prevenções, em especial ao programa de saúde da mulher e do homem;

FORMOSA

7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde

- 7. Ampliar o serviço de fonoaudiologia e a implantar programas auditivos e vocais para acompanhamento de pacientes;
- 13. Promover e ampliar a divulgação efetiva da informação sobre atendimento e programas realizados pela rede SUS para os usuários utilizando mecanismos de divulgação e orientação;
- 16. Readequar as unidades de saúde do município para melhor acolher os pacientes portadores de deficiência física;
- 17. Estender o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em dias específicos visando aumentar a acessibilidade dos usuários nas ações de prevenções, em especial ao programa de saúde da mulher e do homem;
- 18. Diminuir a burocracia na distribuição de medicamentos a pessoas idosas e deficientes físicos;
- 26. Criar o Programa de Ortodontia Preventiva;
- 27. Criar um Programa de Conscientização para doação de sangue em âmbito municipal;
- 31. Propor junto ao Ministério da Saúde um incentivo financeiro para reativação das equipes do Programa de Controle de Tracoma, em municípios com incidência superior a 4% no inquérito Nacional da Doença. Os recursos serão específicos para aquisição de materiais, equipamentos, veículo e capacitação para os examinadores padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde;
- 32. Implantar a intersetorialidade das instituições do Corpo de Bombeiro Militar, Polícia Militar, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal e Estadual de Educação, Ministério Público do Trabalho, Guarda Municipal visando Campanhas de Prevenção de Acidentes de Trânsito, Trabalho e Domésticos;
- 35. Implementar a distribuição de material e medicamentos de uso contínuo e ininterrupto para os pacientes portadores de doenças crônicas;
- 38. Implantar a academia de ginástica ao ar livre em praças municipais, para terceira idade em bairros com população suficiente para atender a oferta, provida de um profissional para o acompanhamento das atividades;
- 45. Promover e ampliar a divulgação efetiva da informação sobre atendimento e programas realizados pela rede SUS para os usuários utilizando mecanismos de divulgação e orientação;
- 49. Criar o Programa de Ortodontia Preventiva;
- 50. Propor junto ao Ministério da Saúde um incentivo financeiro para reativação das equipes do Programa de Controle de Tracoma, em municípios com incidência superior a 4% no inquérito Nacional da Doença. Os recursos serão específicos para aquisição de materiais, equipamentos, veículo e capacitação para os examinadores padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde;
- 52. Orientar a população quanto hierarquização do Sistema de Saúde do município, começando pela atenção primária.

FORMOSA	
8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar	1. Criar um Ambulatório de Nefrologia para atender a população do Município de Formosa; 2. Reestruturar o Centro Cirúrgico do Hospital Municipal de Formosa (HMF) com equipamentos e contratação de profissionais para cirurgias eletivas, urgências e emergências e implantação de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no município. 19. Fortalecer os serviços de especialidades buscando junto às instituições privadas as ações não disponibilizadas no público com contratualização dos serviços conforme tabela do SUS; 22. Corrigir a Tabela de Procedimentos de Serviços do SUS; 28. Criar um Pronto Atendimento 24 horas no Distrito de JK, para atender a população do Distrito do Bezerra e do Distrito de Santa Rosa; 33. Criar uma Unidade Pronto Atendimento porte 01 saída norte;
9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental	24. Implantar uma Clínica de Recuperação para Dependentes Químicos (Álcool e Drogas) com internação para os dependentes em crise de abstinência;

NOVO GAMA	
1 Gestão participativa e controle social	5. Participação da Comunidade; 6. Escolha do que seja mais viável para a Comunidade; 10. Solicitar a presença do Secretário Estadual, nas próximas reuniões; 12. Divulgação para a Comunidade;
3 Gestão unificada e coerente do SUS	14. Melhorar a distribuição dos medicamentos;
4 Valorização do trabalhador	1. Abertura de Concurso Público, para todas as funções, em todas as áreas; 2. Melhores condições de trabalho para os ACS e ACE – Curso de Capacitação e Recursos Humanos; 13. Contratar médicos três em casa plantão de 24 horas, e complementar o quadro dos PFS;
5 Humanização da rede de serviços	18. Humanização e Acolhimento;
7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde	3. Abertura de oportunidade para a população ter melhores informações sobre o SUS; 7. Mais Palestras para a Comunidade; 8. Mais qualidade no atendimento, no que diz à parte de Higiene; 9. Mais esclarecimentos para a Comunidade; 17. Educação continuada com os Profissionais da Saúde nas Escolas com o apoio da Secretaria de Saúde;

NOVO GAMA	
8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar	11. Consórcio dos 3 (três) Municípios, Valparaíso, Ocidental e Novo Gama para a construção do Hospital no Novo Gama; 15. Implantação do Laboratório 24 horas, para Exames Emergenciais; 19. Ambulatório 24 horas em todos os Bairros do Município.
9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental	4. Abertura de casas de Recuperação para Usuários de Entorpecentes e Alcoolismo; 16. Implantação do CAPS – Centro de Atenção Psíquico Social;

PLANALTINA-GO	
2 Recurso necessário para o SUS	13. Criar um mecanismo baseado nos dados da estratégia saúde da família como SIAB, para efetuar o cruzamento dos mesmos perante o IBGE para possibilidade de um senso com os dados das unidades de saúde e agentes comunitários e endemias para uma real base de habitantes, para conseguir um aumento do repasse de verbas da União e do Estado aos municípios que seja feita não por per capita mais sim por população real.
3 Gestão unificada e coerente do SUS	5. Maior incentivo financeiro para aquisição de veículo para melhor desenvolvimento dos programas da atenção básica; 7. Maior incentivo financeiro da união e do estado para melhoria da infraestrutura dos locais de atendimentos. 8. Desburocratizar a acesso a convênios com instituições de educação para facilitar a formação do profissional de saúde em geral ao nível técnico/superior; 9. Maior gestão na referência e contrarreferência entre a responsabilidade do estado para com os municípios; 10. Destinação de recursos financeiros para parcerias intersetoriais em atividade conjuntas na promoção e prevenção da saúde; 11. Criação de um calendário nacional de ações intersetoriais elaborado pelo ministério da saúde seguindo os protocolos vigentes; 12. Maior repasse financeiro para compra de medicamentos/insumo para atender melhor a demanda;
4 Valorização do trabalhador	1. Capacitar os profissionais de saúde para esclarecer junto a população quanto a importância do CAPS para a comunidade; 3. Incluir na formação/cursos dos profissionais disciplinas com ênfase em relações humanas; 4. Apoio a equipe profissional através de terapias ocupacionais, ou seja, terapias que não interfiram na produção no ambiente de trabalho para alívio do stress, doenças psicossomáticas e transtornos mentais;
6 Ampliação e fortalecimento da	6. Incluir na adesão do projeto da unidade de saúde da família a obrigatoriedade da informatização da atenção primária (internet e telefone);

rede de atenção básica	
7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde	2. Intensificar a orientação em farmacologia para usuários (família) e profissionais quanto a automedicação;

SANTO ANTÔNIO DO DESCOBERTO	
1 Gestão participativa e controle social	<p>1. Realização de reuniões itinerantes do Conselho Municipal de Saúde e criação dos conselhos locais de saúde, com o objetivo de estimular a participação social;</p> <p>2. Oferecer a população a Carta de Direitos dos Usuários, junto às contas de luz e água, para informar a população em relação ao SUS, os seus direitos e deveres;</p> <p>4. Os gestores públicos devem buscar metodologias para uma participação mais ampla da população;</p> <p>9. Melhorar o acesso da população ao SUS, a partir da criação de conselhos locais nos bairros e haver melhor divulgação dos serviços oferecidos pelo SUS;</p>
4 Valorização do trabalhador	<p>6. Capacitação dos profissionais de saúde para melhorar o atendimento às pessoas da Terceira Idade à saúde de forma humanizada, bem como acompanhamento em suas residências;</p> <p>7. Capacitar os profissionais para a realização de palestras educativas e acompanhamento nas escolas, de modo a evitar a gravidez na adolescência, orientando e informando as dificuldades em relação a uma gravidez precoce;</p> <p>10. Capacitação e humanização do profissional visando uma melhor conduta com o usuário do SUS.</p>
5 Humanização da rede de serviços	<p>5. Implantar o programa de humanização do Ministério da Saúde, no atendimento hospitalar e laboratorial do município, para humanizar os serviços e atendimentos de Saúde;</p>
6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica	<p>8. Cobertura do PSF para os moradores de rua para avaliar e realizar encaminhamentos a tratamento especializado, inclusive incluí-los nos programas sociais e da saúde municipal.</p>
7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde	<p>3. Investir em educação para conscientização e sensibilização da comunidade sobre as questões ambientais (lixo descartado de forma incorreta, desmatamento, queimadas), que geram prejuízos à saúde humana, por meio de seminários, conferências e palestras nas comunidades envolvendo as organizações da sociedade civil;</p>
VALPARAÍSO	
1 Gestão participativa e controle social	<p>1. Fiscalização das verbas;</p>

VALPARAÍSO	
2 Recurso necessário para o SUS	23. Fortalecimento da RIDE com verbas do ministério;
3 Gestão unificada e coerente do SUS	5. Ponto digital;
4 Valorização do trabalhador	2. Valorização dos trabalhadores da saúde; 7. Valorização dos farmacêuticos pelas unidades de saúde para evitar o desperdício de medicamento conforme a lei; 12. Apoio psicossocial para todos os servidores da saúde; 14. Educação continuada para os servidores, criando protocolos de atendimento nos diferentes níveis; 15. Plano de cargos e salários para todos os trabalhadores da área da saúde; 25. Unificação do salário dos profissionais da saúde; 33. Criar local de capacitação permanente para profissionais da saúde.
6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica	6. Integralidade dos médicos nos PSF VII e Jardins; 8. Segmento de saúde para a Etapa A; 10. Informatização dos PSFs; 11. Construção de sede própria para todos PSFs com financiamento do estado e município;
7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde	3. Fisioterapia domiciliar; 4. Saneamento básico; 13. Apoio ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); 16. Pacientes portadores de HIV receberem medicamentos em casa; 17. Criar casa abrigo para idosos; 19. Retirar os kits de hiperdia no domicílio; 20. Implantação do serviço de verificação de óbitos; 22. Centro de prevenção e tratamento de câncer; 24. Centro de referência ao tratamento do pé diabético; 26. Criar local próprio para o CTA; 27. Ampliar a criação de grupos de autoajuda e adesão ao tratamento de AIDS; 28. Garantir tratamento das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHAS) nos CAPS; 29. CTA acompanhar as Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHAS) desde o início do diagnóstico; 30. Cadastrar todas as Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHAS) para o recebimento de Tratamento Antirretroviral (TARV) no domicílio; 31. Carteirinhas interestadual e intermunicipal aos portadores de câncer e HIV;

VALPARAÍSO

8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar	18. Criar serviço móvel de emergência (SAMU); 21. Implantação de UTI; 32. Aumentar o número de ambulâncias;
9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental	9. Implantar CAPS AA com leitos;

PIRENÓPOLIS

8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar	1. Serviço de fisioterapia; 2. Criação de maternidade.
---	---

Tabela 31 - Número de propostas apresentadas nas CMS distribuídas por categorias temáticas na RIDE-DF - 2011

Categorias temáticas	Buritis	Cidade Ocidental	Formosa	Novo Gama	Planaltina-GO	Santo Antônio do Descoberto	Valparaíso	Pirenópolis	Total/%
1 Gestão participativa e controle social	2	1	2	4	0	4	1	0	14/7,30
2 Recurso necessário para o SUS	0	1	3	0	1	0	1	0	6/3,13
3 Gestão unificada e coerente do SUS	0	0	7	1	7	0	1	0	16/8,33
4 Valorização do trabalhador	15	4	9	3	3	3	7	0	44/22,90
5 Humanização da rede de serviços	1	1	1	1	0	1	0	0	5/2,60
6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica	8	6	8	0	1	1	4	0	28/14,60
7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde	18	1	15	5	1	1	15	0	56/29,16
8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar	1	3	6	3	0	0	3	2	18/9,38
9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental	1	0	1	2	0	0	1	0	5/2,60
Total/%	46/23,96	17/8,85	52/27,08	19/9,90	13/6,77	10/5,20	33/17,20	2/1,04	192/100

Com base na tabela anterior percebe-se que a categoria que mais teve propostas foi a “7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde” (29,16%), seguida da “4 Valorização do trabalhador” (22,90%) e da “6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica” (14,60%). Observa-se ainda que os municípios de Novo Gama e Pirenópolis não elaboraram propostas referentes a atenção básica. Em contraposição as que possuíram menos propostas foram as categorias “5 Humanização da rede de serviços” e “9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental” com 2,60% cada e “2 Recurso necessário para o SUS” (3,13%). Percebe-se ainda que a conferência municipal de Formosa apresentou mais propostas (27,08%) e a de Pirenópolis menos (1,04%).

5.6 DISCUSSÃO DAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

As conferências de saúde são espaços institucionais de deliberação das diretrizes de saúde pública, em que são construídos consensos e dissensos a partir do compartilhamento de poder e corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade civil para determinação de uma agenda política. Dessa forma, envolverem outros sujeitos políticos que não estejam necessariamente nos conselhos, conferindo-lhe o caráter de mobilização social (Faria, Lins, Lobão, Petinelli, 2012; Moroni, 2009).

A partir do nível municipal, as conferências passam a contar com delegados que terão a responsabilidade de discutir as propostas e elaborar relatórios que serão encaminhados à etapa seguinte. Nesse sentido, as conferências nacionais acabam por resultar de um processo descentralizado de discussão e decisão oriundos das etapas municipais e estaduais, para tanto é necessário que conservem o teor das diretrizes encaminhadas até a última instância. As propostas consensuadas na ocasião das conferências nacionais nortearão as políticas públicas de saúde (Almeida, 2012).

Destaca-se, porém, que nos municípios não é incomum no processo de organização das conferências municipais de saúde a prática de escalonamento em pré-conferências, as quais se caracterizam em reuniões preparatórias nos bairros ou regiões da cidade, com o intuito de envolver os moradores das localidades para discutir as demandas e proposições de uma agenda para a área, com base nos eixos norteadores das conferências definidos em regimentos ou regulamentos nacionais. São, nestas localidades, eleitos os delegados que serão representantes na etapa municipal. Entretanto, a não obrigatoriedade destas etapas para a realização da nacional pode enfraquecer a potencialidade de agregar distintas opiniões da sociedade. Por fim, as propostas constantes nos relatórios das conferências municipais deverá ser encaminhado exclusivamente, segundo sua competência, para cada esfera de governo (Faria, Lins, 2013; Almeida, 2012; Cunha, 2012).

Em 2011, o tema das conferências de saúde em todo o território nacional foi Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro; e o eixo central foi Acesso e acolhimento com qualidade – um desafio para o SUS. Este eixo foi dividido em três diretrizes (Faria, Lins, 2013):

- Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;
- Participação da comunidade e controle social; e
- Gestão do SUS (financiamento; pacto pela saúde e relação público *versus* privado; gestão do sistema, do trabalho e da educação em saúde).

Com base nas diretrizes, o eixo temático foi discutido, propostas foram elaboradas e votadas, havendo deliberações do nível local até o nacional.

A partir do relatório final das oito conferências municipais de saúde foi possível verificar que as propostas das conferências foram circunscritas em categorias temáticas: 1 Gestão participativa e controle social; 2 Recurso necessário para o SUS; 3 Gestão unificada e coerente do SUS; 4 Valorização do trabalhador; 5 Humanização da rede de serviços; 6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica; 7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde; 8 Ampliação e fortalecimento da rede de emergência, urgência e hospitalar e 9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental.

Dentre as nove categorias a que mais agregou propostas foi a “7 Consolidação da vigilância e da promoção à saúde”, seguida da “4 Valorização do trabalhador” e da “6 Ampliação e fortalecimento da rede de atenção básica”. Em contrapartida, as que possuíram menos propostas foram as categorias “5 Humanização da rede de serviços”, “9 Ampliação e fortalecimento da rede de saúde mental” e “2 Recurso necessário para o SUS”. Percebe-se ainda que a conferência municipal de Formosa apresentou mais propostas e a de Pirenópolis menos. É possível perceber que o conteúdo das propostas aprovadas são predominantemente de competência municipal, devendo portanto, ser incluídas no Plano Municipal de Saúde e servir de subsídio para as discussões e decisões do Conselho Municipal de Saúde e para a Secretaria Municipal de Saúde (Faria, Lins, 2013), constituindo-se em agenda da saúde pública local. Já as propostas de competência estadual e federal são encaminhadas para a conferência estadual, onde as propostas de competência estadual seguem para o Plano Estadual de Saúde, e as de competência federal para a conferência nacional, por meio do caderno de propostas (Faria, Lins, 2013; Teixeira, Souza, Lima, 2012).

Caberia, portanto, à conferência de saúde tematizar e assinalar problemas, indicando soluções, pois ao exercer seu poder comunicativo teria o potencial de alterar os parâmetros legais da formação da vontade política, pressionando as instituições responsáveis a incluir demandas em sua agenda de prioridades ou vetá-las, ao invés de se preocupar em elaborar o plano de saúde municipal e fazer propostas acabadas, como tem acontecido na prática (Müller Neto, Artmann, 2012).

6 ESTUDO 2: ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

6.1 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

A avaliação multidimensional dos conselhos municipais de saúde foi organizada mediante duas variáveis, dinâmica deliberativa e desenho institucional. Com intuito de facilitar a compreensão dos resultados obtidos, os dados são apresentados por município, como demonstrado a seguir.

Conselho municipal de saúde de Buritis

Análise da dinâmica deliberativa

Quadro 9 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores

Debates face a face	Temas: apreciação de projetos, reduzida participação dos conselheiros nas reuniões ordinárias, remuneração dos conselheiros como forma de incentivo à participação. Igualdade de participação entre os diferentes segmentos.
Igualdade na apresentação de razões	Todos participam da deliberação com igual oportunidade de apresentar suas razões: apresentam questões para a agenda, propõem soluções, oferecerem razões, iniciam o debate, e têm voz efetiva na decisão.
Ausência de coerção	Liberdade de expressão dos diferentes atores e as decisões decorrem das razões apresentadas pelos conselheiros, que debatem até alcançar um consenso.
Interatividade e reciprocidade de discurso	Ao final da reunião os conselheiros discutiram o número reduzido de conselheiros presentes na reunião, e da necessidade de remuneração dos conselheiros como forma de incentivo à participação.
Discordância entre os participantes	Exposição de ideias contrárias e produção de acordos por meio do diálogo.
Publicidade	As deliberações do CMS uma vez aprovadas, tomarão a forma de resolução, as quais numeradas

	e assinadas, deverão ser amplamente divulgadas. A população em geral tem acesso às reuniões plenárias do CMS, sem direito a voto, devendo se inscrever com antecedência de dois dias para ter direito a voz. Em cada reunião plenária poderão fazer uso da palavra até o máximo de duas pessoas. O conselho não tem sede.
Informação ampliada sobre os assuntos	Presença de comissões e conferências de saúde.
Conclusividade	Em seguida passou à apresentação da proposta de implantação da unidade odontológica móvel vinculada a uma equipe de saúde da família para o Município de Buritis, com o objetivo de expandir o atendimento em saúde bucal. Os conselheiros julgaram a proposta benéfica e aprovaram o projeto.

Análise do desenho institucional: condicionantes endógenos (grau de institucionalização, de democratização e representação)

Quadro 10 - Grau de institucionalização e seus indicadores

Tempo de existência da lei de criação e do regimento interno em vigor	Lei de criação 556/91 de 11/11/91; regimento interno em vigor desde 1993.
Estrutura organizacional como: mesa diretora, secretaria executiva, comissões temáticas e previsão de conferências municipais	Mesa diretora composta por presidente, vice-presidente, 1º secretário e 2º secretário. Não tem secretária executiva. Presença de comissões temáticas; previsão de conferências municipais.
Frequência das reuniões ordinárias	Com base no regimento interno e na entrevista acontecem uma vez por mês. Na prática não acontece mensalmente.

Quadro 11 - Grau de democratização e seus indicadores

Composição	50% de representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde: 6 membros 50% de representantes dos usuários: 6 membros
Processo decisório	<i>“Quanto ao processo de tomada de decisão vence a proposta que tiver maior número de votos, a que for mais votada.”</i> <i>“A pauta das reuniões quando é extraordinária é sobre aquilo que a gente tem que aprovar e aí das ordinárias a gente vê o que está mais necessitando da gente estar olhando, estar cuidando aí quem toma as decisões é o conselho mesmo no geral a gente chega a um consenso. A</i>

	<i>gente faz uma reunião aí na próxima reunião a gente vai falar sobre o que? Às vezes tem dois, três temas aí a gente escolhe um para colocar na pauta.”</i>
Presença de comissões	<i>“Nós temos comissões para fiscalizar a parte financeira e para apurar as denúncias da caixinha, nós temos duas comissões.”</i>
Previsão de conferências	A cada dois anos.

Quadro 12 - Grau de representação e seus indicadores

Existência de uma pluralidade de segmentos representados	<p>50% representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais da saúde</p> <p>01 representante da secretaria municipal de saúde;</p> <p>01 representante da secretaria municipal de educação;</p> <p>01 representante da secretaria municipal de fazenda;</p> <p>01 representante da rede privada de saúde conveniada;</p> <p>01 representante dos servidores públicos da saúde</p> <p>01 representante dos profissionais liberais de saúde.</p> <p>50% representantes dos usuários</p> <p>01 representante das igrejas;</p> <p>01 representante das pastorais e do grupo de jovem;</p> <p>01 representante das associações de bairro;</p> <p>01 representante dos conselhos comunitários rurais (conselho registrado);</p> <p>01 representante dos sindicatos;</p> <p>01 representante de classes filantrópicas.</p>
Existência de regras sobre as formas como adquirem representação nessas instituições	<i>“Eu não tenho conhecimento de que como ocorre o processo de escolha dos conselheiros por suas organizações, mas eu acho que eles fazem assim, procura àquela pessoa que tem mais perfil, aquela pessoa que goste mais de falar, aquela pessoa que tem mais disponibilidade de tempo, eu acho que a comunidade reúne e indica uma pessoa lá.”</i>

Conselho municipal de saúde da Cidade Ocidental

Análise da dinâmica deliberativa

Quadro 13 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores

Debates face a face	<p>Debate face a face predominante é o da presidente do conselho com o representante de gestor.</p> <p>Temas abordados: construção de unidades de saúde, fiscalização das unidades de saúde, apreciação de projetos, balancetes financeiros, relatórios de gestão, dificuldades do conselho (materiais, financeiras), dificuldades de participação social.</p>
Igualdade na apresentação de razões	Participação tímida dos conselheiros, poucos participam apresentando questões para a agenda, propondo soluções, oferecendo razões.
Ausência de coerção	Uma conselheira representante de usuário relatou que não gostou do modo que o novo secretário de saúde na última reunião do conselho respondeu as perguntas sobre a sua gestão, ele parece que recebeu as perguntas como ameaçadoras e ofensivas ao responder, e que ela não se sentiu a vontade para continuar com as perguntas.
Interatividade e reciprocidade de discurso	Debate predominante entre a presidente do conselho e o representante de gestor.
Discordância entre os participantes	Contestação de ideias. Manifestação de conflitos na produção de acordos por meio do diálogo, apontando para o potencial auto reflexivo do conflito na construção de interesses comuns.
Publicidade	A presidente desabafou que foi com muito custo que conseguiram uma sede para o conselho, e que a sede é inacessível às pessoas com dificuldade de locomoção, pois fica no 3º andar e que há necessidade de subir 3 lances de escadas. Atualmente lutam por um novo espaço e que até hoje não foi possível alugar uma casa e desconhece o motivo. Reuniões plenárias abertas.
Informação ampliada sobre os assuntos	Presença de comissões e conferências de saúde.
Conclusividade	A presidente em seguida expôs a proposta de encaminhar o resultado da Conferência Municipal de Saúde realizada em 2011 para os candidatos eleitos e que assumirão o próximo mandato no poder executivo e legislativo. Proposta aceita por todos os conselheiros.

Análise do desenho institucional: condicionantes endógenos (grau de institucionalização, de democratização e representação)

Quadro 14 - Grau de institucionalização e seus indicadores

Tempo de existência da lei de criação e do regimento interno em vigor	Conselho criado pela lei 173/97 de 25/06/97; regimento em vigor de 23/07/09.
Estrutura organizacional como: mesa diretora, secretaria executiva, comissões temáticas e previsão de conferências municipais	Mesa diretora: presidente, vice-presidente, 1º secretário e 2º secretário. Tem secretária executiva. Presença de comissões temáticas e previsão de conferências.
Frequência das reuniões ordinárias	No regimento deveria ser mensal, mas na prática não ocorre mensalmente.

Quadro 15 - Grau de democratização e seus indicadores

Composição	50% de representantes dos usuários: 6 membros 25% de representantes dos trabalhadores da saúde: 3 membros 25% de representantes do governo municipal e prestadores de serviços privados e conveniados: 3 membros
Processo decisório	<p><i>“O processo de tomada de decisão pelo conselho tem regras: primeiro tem que dar quórum a reunião, tem que ser metade mais um, sete no mínimo; segundo passo antes de tomar uma decisão eu pergunto para cada um se está contemplado com a explicação do colega que apresentou o projeto, por exemplo, ah não estou, ah não está, se a maioria concordar a gente deixa para a próxima pauta para que nos convença que aquilo tem que ser aprovado ou não. Cada conselheiro tem a liberdade de decidir, antes de qualquer decisão é feita uma explicação, todos contemplados, vamos para decisão na reunião, como eu te falei tem que ter a metade mais um, e é assim que funciona, conforme o regimento. A decisão que ganha é da maioria, metade mais um. Então no caso se tiver no mínimo sete para reunião, aí quatro vai ter que ser favorável no mínimo para dar a favor aquele assunto.”</i></p> <p><i>“Antes das reuniões eu recebo ligações dos conselheiros, ou então por ofício do gestor solicitando a pauta. Como nós temos a dificuldade de locomoção acaba sendo resolvido por telefone a pauta e durante a reunião no final solicitam-se no final os conselheiros para a próxima reunião a seguinte pauta. Quem participa da definição da pauta são os conselheiros e eles aprovam, aí se eles aprovarem que essa pauta é para próxima sim, se eles falarem que não porque está muito em cima aí a gente passa para outra, eles que decidem.”</i></p>
Presença de comissões	<i>“Nós temos comissões de visitar as unidades e de balancetes financeiros da saúde, só essas duas.”</i>
Previsão de conferências	A cada dois anos.

Quadro 16 - Grau de representação e seus indicadores

Existência de uma pluralidade de segmentos representados	<p>50% de representantes dos usuários</p> <p>01 representante da associação de moradores do Residencial Parque Araguari</p> <p>01 representante da associação de moradores da Cidade Ocidental</p> <p>01 representante da associação de moradores do Parque Nápoles A e B</p> <p>01 representante da associação de moradores da SQ 19</p> <p>01 representante da associação de moradores do Remanso</p> <p>01 representante da pastoral da criança</p> <p>25% de representantes dos trabalhadores da saúde</p> <p>01 representante do Hospital Municipal</p> <p>01 representante do sindicato</p> <p>01 representante de trabalhador da secretaria municipal de saúde</p> <p>25% de representantes do governo municipal e prestadores de serviços privados e conveniados</p> <p>01 representante do Hospital Santa Maria</p> <p>01 representante do Gabinete do Secretário de Saúde</p> <p>01 representante da Secretaria Municipal de Saúde</p>
Existência de regras sobre as formas como adquirem representação nessas instituições	<p><i>“O presidente das associações vem e encaminham ofício para gente, se tiver alguma mudança ele vai me comunicar que o suplente vai substituir o titular por decisão deles lá, mas geralmente até onde eu sei que eles fazem uma reunião entre eles e decidem se vai ter mudanças, se vai continuar o colega, tanto é que a gente não pode interferir nas decisões deles até onde eu sei eles fazem assim.”</i></p>

Conselho municipal de saúde de Formosa

Análise da dinâmica deliberativa

Quadro 17 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores

Debates face a face	Temas: fiscalização das unidades de saúde, apreciação de relatórios, reduzida participação dos conselheiros nas reuniões ordinárias, denúncias, dificuldades do conselho (falta sede, linha telefônica, internet e secretária executiva, dotação orçamentária). Igualdade de participação entre os diferentes segmentos.
Igualdade na apresentação de razões	Muitos participam da deliberação apresentando questões para a agenda, propondo soluções, oferecendo razões, iniciando o debate, com voz efetiva na decisão.
Ausência de coerção	A conselheira representante de trabalhador disse que se sentiria mais a vontade se fosse convocada uma reunião extraordinária para colocar em votação o destino do relatório da visita do hospital municipal realizado pela comissão técnica para que um maior número de conselheiros se responsabilize pelo destino do relatório e para que ela não sofra as penalidades, já que é servidora contratada pela prefeitura, e também para que o ônus não recaia em apenas 7 conselheiros, ou seja, nos conselheiros presentes na reunião.
Interatividade e reciprocidade de discurso	Presença de debates, nos quais diferentes atores opinam sobre um dado assunto.
Discordância entre os participantes	Um conselheiro representante de usuário propôs que o relatório fosse encaminhado ao MP e disse que o conselho é independente, que tem compromisso com a verdade, com o que é legal. Surgiu no grupo outra proposta, a de uma reunião extraordinária para votação sobre a proposta de encaminhamento do relatório ao MP. Surgiu outra proposta de pedir uma reposta à SMS sobre as irregularidades encontradas. Depois levantaram a questão do GTOM (gratificação para conselheiros de saúde). Outro conselheiro rebateu a questão dizendo que isso atrapalha o controle social.
Publicidade	<i>“... eu não sei o que acontece que de fato a gente até hoje não tem sede própria, a gente não tem uma linha telefônica, a gente não tem uma secretaria executiva, enfim a gente fica dependendo de outros locais para fazer as reuniões ...”</i> Reuniões abertas à comunidade.

Informação ampliada sobre os assuntos	Presença de comissões provisórias e conferências de saúde.
Conclusividade	No plenário do conselho surgiu a proposta de aguardar até a data limite estipulada pela SUVISA para adequação das irregularidades apontadas, para sim depois desse prazo enviar formalmente o relatório ao MP. Pelo secretário de saúde surgiu a proposta de aguardar até o fim do prazo e tornar o relatório da visita inválido e realizar uma nova visita ao hospital após o prazo e elaboração de outro relatório. O presidente do conselho disse que alguns pontos podem ser resolvidos de imediato e outros têm o prazo até o dia 10/10/12. Por unanimidade venceu a proposta do secretário de saúde.

Análise do desenho institucional: condicionantes endógenos (grau de institucionalização, de democratização e representação)

Quadro 18 - Grau de institucionalização e seus indicadores

Tempo de existência da lei de criação e do regimento interno em vigor	Criado pela lei nº 140 de 26/04/91; regimento interno em vigor desde 10/03/10
Estrutura organizacional como: mesa diretora, secretaria executiva, comissões temáticas e previsão de conferências municipais	<p><i>“A gente tem a mesa diretora, o presidente, o vice-presidente e o secretário, eu entendo que o secretário executivo é uma pessoa que não é o conselheiro, ele é uma pessoa do conselho, uma secretaria executiva onde está o corpo técnico do conselho, então o secretário executivo é quem comandaria essas pessoas, agora o conselheiro secretário a atribuição dele é de auxiliar a secretaria executiva na elaboração da ata, elaboração da pauta, encaminhamento das convocações, essa é a função do conselheiro secretário.”</i></p> <p>Não tem secretária executiva. Tem comissões temáticas e previsão de conferências.</p>
Frequência das reuniões ordinárias	Mensal.

Quadro 19 - Grau de democratização e seus indicadores

Composição	50% de representantes de usuários: 6 membros; 25% de representantes dos trabalhadores de saúde: 3 membros e 25% de representantes do governo, de prestadores de serviços privados e conveniados, ou sem fins lucrativos: 3 membros.
Processo decisório	<p><i>“A tomada de decisão se dá através do pleno apesar do presidente poder definir alguma coisa por a de referendo, mas depois ele tem que levar para homologação do pleno, mas toda decisão é colocada em votação, desde que iniciou a reunião ela tem que ter o quórum mínimo que é cinquenta por cento mais um dos conselheiros e a votação seria por maioria, se você tem sete conselheiros vamos supor quatro foi favorável, três foi contra, aí venceu a maioria simples, então os quatro venceram, isso para deliberação comum.”</i></p> <p><i>“A pauta é de acordo se houver demanda de algum programa, projeto pelo gestor, ele é encaminhado com antecedência de setenta e duas horas para a presidência do conselho para que ele insira na pauta, se não houver uma pauta do gestor, seria leitura e aprovação da ata anterior, e a ordem do dia a palavra fica em aberto para a discussão do grupo de conselheiros para proporem a criação de um grupo que possa avaliar um certo serviço no nível municipal e depois grava um relatório e leva para aprovação do pleno do conselho, geralmente é feito dessa forma. A pauta é definida pelo gestor, ele encaminha um documento solicitando a pauta e o próprio conselheiro de acordo com o regimento interno ele pode inserir pauta dentro da reunião.”</i></p>
Presença de comissões	<i>“O conselho nosso não tem comissão permanente, nós criamos as nossas comissões temporárias, sempre que surge um fato relevante ou alguma coisa nesse aspecto, nós escolhemos, nós que eu falo é o pleno do conselho, escolhe uma comissão composta por no mínimo três conselheiros para irem aquele local fazer a avaliação daquela situação e elaboramos um relatório que é colocado em apreciação para o pleno do conselho, então essas comissões nossas são geralmente temporárias, permanente nós não temos comissão.”</i>
Previsão de conferências	A cada dois anos.

Quadro 20 - Grau de representação e seus indicadores

Existência de uma pluralidade de segmentos representados	<p>25% representantes do governo/prestadores de serviços</p> <p>01 representante da secretária municipal de saúde</p> <p>01 representante da clínica Luciano Chaves</p> <p>01 representante da Sociedade São Camilo</p> <p>25% representantes de trabalhador</p> <p>01 representante da Associação dos Servidores da Sucam Formosa-GO</p> <p>01 representante do COREN-GO</p> <p>01 representante do CRO-GO</p> <p>50% representantes de usuários</p> <p>01 representante da Loja Maçônica União e Liberdade II</p> <p>01 representante da Igreja Católica</p> <p>01 representante da Associação de deficientes físicos de Formosa (ADEFFOR)</p> <p>01 representante da Organização Geral de Associações do Entorno do Distrito Federal</p> <p>01 representante da Associação dos Conselheiros para o Desenvolvimento Sustentável do Distrito de Bezerra e Região</p> <p>01 representante da Associação dos Moradores do Bairro Lagoa dos Santos</p>
--	--

Existência de regras sobre as formas como adquirem representação nessas instituições	<i>“Foi feito as pré-conferências aonde a sociedade daquele setor, um exemplo aqui, Lagoa Santa, foi marcada uma pré-conferência, foi feito o chamamento da população, foi colocado nos meios de comunicação local, foi colocado carro de som, usado os agentes comunitários para convocar a população, convidar, aliás, as pré-conferências aconteceram fora do horário comercial para que houvesse a participação maior da sociedade daquele setor. Nessas reuniões o palestrante falava geralmente, fazia uma palestra com relação a saúde, falava da lei 8142 e falava da importância do conselho municipal de saúde, das atribuições do conselheiro, do que o conselheiro fazia e via com aquele população se eles tinham interesse em participar como candidatos ao conselho de saúde na conferência que aconteceria ali na frente. Assim manifestando o interesse aquela sociedade daquele setor eles é que escolheriam alguns voluntários apresentavam como candidato e eles votariam um titular e um suplente. Tendo essa aprovação aquele presidente da associação ele fazia um ofício, ele formalizava a apresentação do delegado titular e do delegado suplente e o seu interesse em concorrer ao conselho de saúde e na conferência esse documento é entregue a secretaria executiva da conferência no qual foi feito toda a distribuição para que ocorresse a paridade preconizada pela resolução 333. Então o processo de escolha foi esse.”</i>
--	---

Conselho municipal de saúde do Novo Gama

Análise da dinâmica deliberativa

Quadro 21 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores

Debates face a face	Temas: apreciação de balancete financeiro, projetos, fiscalização das unidades de saúde, composição do conselho incompleta, a questão da participação social. Igualdade de participação entre os diferentes segmentos.
Igualdade na apresentação de razões	Todos que participam da deliberação devem ter igual oportunidade de apresentar suas razões: apresentar questões para a agenda, propor soluções, oferecer razões, iniciar o debate, voz efetiva na decisão dentre outras.
Ausência de coerção	A decisão decorre das razões apresentadas e testadas e não de coerção.
Interatividade e reciprocidade de discurso	Um conselheiro propôs uma comissão para levantamento dos movimentos sociais para ajudar na composição do conselho.
Discordância entre os participantes	Produção de acordos por meio do diálogo.
Publicidade	Presença de sede própria. As reuniões do C.M.S. serão abertas ao público que não terá direito a voto, e nem poderá participar das discussões. Caso algum participante do público manifeste interesse em sugerir, denunciar ou mesmo expressar sua opinião sobre alguma matéria em discussão, o mesmo deverá fazê-lo, através da entidade que o represente, caso o mesmo não tenha representante no conselho e nem mesmo faça parte de nenhuma associação, poderá encaminhar ofício contendo o assunto do seu interesse conforme formulário que se encontra na sede do C.M.S. O conselho divulgará ao público, pelo meio que dispuser, as suas deliberações que forem de interesse geral da comunidade.
Informação ampliada sobre os assuntos	Presença de comissões e conferências de saúde.
Conclusividade	O presidente propôs três itens para deliberar após a regularização da situação do CMS: 1- Formações das comissões, com a criação da Comissão de Acompanhamento do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) e a reorganização das demais comissões; 2- A efetivação do Concurso Público para todas as áreas de saúde; 3- Verificar a localização dos postos de saúde, sua estrutura

	física e a demanda dos mesmos.
--	--------------------------------

Análise do desenho institucional: condicionantes endógenos (grau de institucionalização, de democratização e representação)

Quadro 22 - Grau de institucionalização e seus indicadores

Tempo de existência da lei de criação e do regimento interno em vigor	Criado em 1997. Regimento interno de março/2012.
Estrutura organizacional como: mesa diretora, secretaria executiva, comissões temáticas e previsão de conferências municipais	<p><i>“A mesa diretora é composta por esses quatro: o presidente, o vice-presidente, o primeiro secretário e o segundo secretário. E a secretária do conselho que também faz parte da estrutura que é administrativa.”</i></p> <p>Tem secretária executiva, presença de comissões temáticas e previsão de conferências municipais de saúde.</p>
Frequência das reuniões ordinárias	Mensal, mas não prática não acontece pela composição estar incompleta.

Quadro 23 - Grau de democratização e seus indicadores

Composição	<p>Composição do C.M.S. e sua paridade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% representantes dos usuários: 6 membros - 50% de entidades dos trabalhadores de saúde/representantes do governo/prestadores de serviços privados e conveniados ou sem fins lucrativos: 6 membros
------------	--

<p>Processo decisório</p>	<p><i>“O processo de decisão no conselho, tudo dentro do conselho é deliberativo, então toda ação que vai gerar, toda pauta que vai gerar alguma ação é deliberada, então toda decisão que a gente faz a gente leva para pauta, as que não são de competência interna do conselho então as coisas que são externas, que vão precisar de ofício vamos dizer assim de uma ação, toda ação precisa de deliberação para ser aprovada ela, fora aquelas que são de competência do presidente que é mais basicamente as internas. As propostas são colocadas em votação, se aprovam ou se não aprovam, se precisa de alguma alteração para ser aprovada, então caso de mais urgência, a gente delibera e se precisar de alguma alteração, a gente faz a alteração na hora, leva para aprovação de novo e se aprovada sai a resolução, e para ser aprovada precisa de cinquenta por cento mais um, que é chamado maioria absoluta.”</i></p> <p><i>“As pautas são de acordo, a gente deixa a par dos conselheiros de trazerem as propostas ou alguma coisa que ocorre dentro da comunidade deles até um dia antes da reunião, então a gente vê a pertinência do assunto, se é realmente alguma coisa que necessita da deliberação e se for o caso a gente levanta as pautas que às vezes precisa de uma atenção maior, às vezes precisa de uma fiscalização ou às vezes de uma vistoria, algumas coisas a gente pode levar diretamente à secretaria de saúde para poder resolver, aí a elaboração é feita por mim, pelo presidente, a gente delibera lá, a gente cita nas reuniões as propostas que chegam. Então se for o caso de promover alguma pauta a gente segue o que está na pauta. A secretária e o primeiro secretário também participam na definição da pauta. A secretária do conselho que ela não é conselheira, mas ela faz o trabalho administrativo e ela tem em mãos o regimento, então ela auxilia bastante nessa parte.”</i></p>
<p>Presença de comissões</p>	<p><i>“Nós temos as comissões de finança que vão avaliar, a gente analisa muito as contas da secretaria de saúde, temos a comissão do trabalho do PSF, que é aquela prestação de serviços dos PSF, temos uma comissão senão me engano de meio ambiente que vê essa parte, se existe alguma agressão ao meio ambiente, porque às vezes estão descartando material fora do local ideal e a comissão dos trabalhadores, essas comissões são fixas, os membros, dependendo da disposição deles, podem revezar, mas se houver alteração vai ser levado para as reuniões para informar essa alteração, não é esporadicamente que vão trocar, sempre documentado.”</i></p>
<p>Previsão de conferências</p>	<p>A cada dois anos.</p>

Quadro 24 - Grau de representação e seus indicadores

Existência de uma pluralidade de segmentos representados	<p>50% representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais da saúde</p> <p>02 representantes da secretaria de saúde</p> <p>01 representante da Policlínica Provida</p> <p>01 representante do Laboratório Logos</p> <p>02 representantes do SINDSERPM</p> <p>50% representantes de usuários</p> <p>01 representante da Associação de Moradores e Feirantes do Município de Novo Gama (AMFEMNG)</p> <p>01 representante do Conselho Comunitário de Saúde de Novo Gama (CNG)</p> <p>01 representante da Associação de Desenvolvimento Educacional e Social do Entorno Sul (ADESES)</p> <p>01 representante da Associação de Moradores da vila União (ASMOVU)</p> <p>OBS: Faltando duas Associações em processo de seleção</p>
Existência de regras sobre as formas como adquirem representação nessas instituições	<p><i>“Geralmente os presidentes das associações é quem mais ocupam os cargos no conselho, eu acredito que eles tenham as mesmas dificuldades de que todas associações tem de achar alguém que tenha essa disposição ou tenha essa disponibilidade de entrar em um cargo desses que apesar de ser um trabalho muito importante, mas não é remunerado, muita gente está mais mobilizado hoje pelo fator financeiro, geralmente o processo é o presidente e o secretario, ou o vice-presidente são os que são mais frequentes nos conselhos.”</i></p>

Conselho municipal de saúde de Planaltina-GO

Análise da dinâmica deliberativa

Quadro 25 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores

Debates face a face	Temas: apreciação de projetos, balancetes financeiros, relatórios, fiscalização das unidades de saúde, denúncias, dificuldades do conselho (dotação orçamentária). Igualdade de participação entre os diferentes segmentos.
---------------------	---

Igualdade na apresentação de razões	Todos que participam da deliberação com voz efetiva na decisão.
Ausência de coerção	<p>O secretário aproveitou o ensejo e questionou a postura do conselho na reunião passada por ter ficado do lado das escolas de enfermagem na questão da abertura do espaço público para estágio e uso de materiais de insumos e EPIS da secretaria. A presidente informou que ficou sabendo do fato no momento da reunião e que não ficou do lado, apenas entendeu que o contrato da secretaria não discriminava os insumos, apenas levava em consideração os EPIS que deveriam ser trazidos pelos alunos.</p> <p>A presidente falou sobre a dotação orçamentária que ainda não foi garantida pela SMS e que o conselho é totalmente dependente, até de folha de papel da secretaria. Falou ainda da necessidade de carro para fazer fiscalização em todos os postos de saúde e no hospital.</p>
Interatividade e reciprocidade de discurso	Presença de debates.
Discordância entre os participantes	<p>... os conselheiros apresentaram o Parecer da Análise de Contas da Secretária Municipal de Saúde referente ao ano de 2011. Onde um dos tópicos falava de uma gratificação para uma ACS que não exerce nenhuma função a mais para justificar tal gratificação. O representante de gestor no conselho informou que a funcionária em questão exercia serviços extraordinários, porém, não soube informar que tipo de serviços era realizado. Também foi falado de um funcionário lotado na Vigilância Sanitária como Gerente, mas o mesmo exercia a função de motorista. O representante de gestor mais uma vez tentou justificar dizendo que devido a Vigilância precisar de um motorista e eles não poderem contratar, usaram o cargo de Gerente da Vigilância Sanitária para realizar o contrato.</p>
Publicidade	Reuniões ordinárias abertas ao público.
Informação ampliada sobre os assuntos	Presença de comissões e conferências de saúde
Conclusividade	Após apresentação os relatores do parecer informaram que não são favoráveis à aprovação das contas do ano de 2011. Ficou decidido que a Secretária Municipal de Saúde irá apresentar justificativas para todos os indícios de irregularidades identificados pelos relatores da análise das contas do ano de 2011 e na próxima reunião será a deliberação do plenário do conselho.

Análise do desenho institucional: condicionantes endógenos (grau de institucionalização, de democratização e representação)

Quadro 26 - Grau de institucionalização e seus indicadores

Tempo de existência da lei de criação e do regimento interno em vigor	Criado em 1999. Regimento de 2001.
Estrutura organizacional como: mesa diretora, secretaria executiva, comissões temáticas e previsão de conferências municipais	<p><i>“A mesa diretora é composta por presidente, vice-presidente, primeiro secretário e segundo secretário só que a gente hoje está sem o segundo secretário.”</i></p> <p><i>“A gente não tem secretária executiva, a gente já tentou, no nosso regimento interno foi aprovado que a gente teria uma secretária executiva à disposição do conselho, mas deu muita confusão que não podia, que não tinha como e eles queriam escolher a secretária executiva e mandavam pessoas que não tinham nem curso de computação ou não sabia digitar e muitas vezes pessoas que não tem a devida ética porque os assuntos do conselho muitas vezes são contra as atitudes do governo e não tem como o governo botar quem ele quer lá dentro quem ele escolheu para estar passando tudo que acontece lá para eles, e a gente não aceitou.”</i></p> <p>Tem comissões temáticas e previsão de conferências.</p>
Frequência das reuniões ordinárias	Mensal.

Quadro 27 - Grau de democratização e seus indicadores

Composição	<p>50% de membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS: 10 membros;</p> <p>25% de membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída comunidade científica da área da saúde: 5 membros;</p> <p>25% de entidades de prestadores de serviços de saúde e gestor: 5 membros.</p>
Processo decisório	<i>“Primeiro que para ter deliberação é preciso ter metade mais um senão a gente nem vota senão tiver essa metade</i>

	<p><i>absoluta a gente não vota. Tem dificuldade muito nisso porque marca reunião e não tem quórum, não deu, então não vota, transfere para próxima ou faz uma extraordinária diante disso vai fazer a votação pelo plenário diante disso o que a maioria decidir é o que vai ficar. No caso de empate, por exemplo, são vinte conselheiros, então a gente precisa ter metade mais um, precisa ter onze, então se desses onze a maioria decidir seis votaram a favor e cinco votaram contra, os seis que votaram a favor vai ficar pela decisão dos seis. Se houver empate aí o presidente vai desempatar, vai votar. Nessas reuniões é que se decide, existe a decisão por ad referendum, mas a gente passa para eles depois nas reuniões, e eles também votam.”</i></p> <p><i>“Então ela é definida na reunião anterior e durante o período que não ocorre a reunião posterior pode estar ligando no conselho, na secretaria executiva e pedindo, aí a gente vai incluir na pauta.”</i></p>
Presença de comissões	<i>“Então hoje nós temos duas comissões: de prestação de contas e de divulgação.”</i>
Previsão de conferências	A cada dois anos.

Quadro 28 - Grau de representação e seus indicadores

Existência de uma pluralidade de segmentos representados	<i>“A gente tem muitas associações de moradores, associações de moradores é o principal e igrejas, são os dois principais que a gente tem dentro do conselho hoje são essas duas representações, igrejas e associações de moradores.” “..., tem também associações esportivas de karatê ...”</i>
Existência de regras sobre as formas como adquirem representação nessas instituições	<i>“... a gente fez a eleição dentro da própria organização. Então no caso cada um foi na frente falou suas características e que vai representar aquele segmento, precisa ser uma pessoa que o segmento confie naquela pessoa, até para que saiba que a reivindicação dele vai chegar até o local aí a gente fez e foi votado, deu empate entre duas pessoas aí vota de novo aí ficou no caso na época que eu entrei ficou quatro pessoas para duas vagas ficou eu e a Karina, eu como titular e ela como suplente e aí ficaram os dois que foram votados por ordem de classificação, então, por exemplo, se eu por algum motivo vou me afastar do conselho a</i>

	<p><i>Karina assume como titular que ela é a minha suplente e a pessoa que ficou em terceiro no caso vai assumir como suplente dela e assim sucessivamente, se a Karina se afasta até zerar, zerou convoca de novo os agentes de saúde, quem é que está interessado levanta a mão, são tantas vagas? Então se deu esse quantitativo então vamos votar entre eles.”</i></p>
--	--

Conselho municipal de saúde de Santo Antônio do Descoberto

Análise da dinâmica deliberativa

Quadro 29 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores

Debates face a face	Temas: denúncias, apreciação de relatórios, balancetes financeiros, projetos, do plano de ação e metas, construção de unidades de saúde, questões ambientais, segurança nas unidades de saúde. Igualdade de participação entre os diferentes segmentos.
Igualdade na apresentação de razões	Todos participam da deliberação apresentando suas razões, questões para a agenda, propondo soluções, oferecendo razões, iniciando o debate.
Ausência de coerção	<p><i>“... a gente gostaria de ter independência para prover essas despesas para não ficar a mercê de uma chantagem de prefeito como em outras épocas fora feito, aí vem com chantagem que quando eu peguei o conselho a gente corria com a reunião debaixo do braço pedia um estabelecimento para ceder espaço em uma determinada hora para fazer aquela reunião, até que a gente conseguiu impor algumas coisas, e ganhamos o aluguel disso aqui, mesmo assim atrasa muito, o dono fala é porque não paga, a gente não tem telefone para poder responder os telefones particulares, então é assim um pouco desagradável, a gente quer convidar uma autoridade para vir aqui, explicar alguma coisa para nos orientar alguma coisa e nós temos certa dificuldade financeira.”</i></p>
Interatividade e reciprocidade de discurso	Houve um debate fervoroso entre os conselheiros sobre a falta de médicos nos finais de semana, da falta de tubo oro traqueal, da falta de aparelho de ultrassom, da sobrecarga do profissional médico. Nas falas surgiu que a situação do DF não é diferente. Uma conselheira pediu que fosse enviado à SMS um ofício questionando o tipo de qualificação dos vigias, pois percebeu que eles

	maltratam a população e que estão panfletando para candidatos no horário de trabalho. Um conselheiro perguntou se já haviam colocado uma porta de chumbo para funcionamento do equipamento de radiografia. Ninguém soube responder, um conselheiro aproveitou a oportunidade para dizer que nem sabem se o hospital tem alvará de funcionamento da vigilância sanitária, mas que eles na qualidade de conselheiros devem fazer vista grossa, senão muita coisa deixaria de funcionar. Deliberado pelo conselho o envio de ofício solicitando explicações da SMS quanto ao funcionamento do hospital.
Discordância entre os participantes	Um conselheiro que fez parte da comissão para avaliação do projeto de unidade odontológica móvel, na qualidade de relator, manifestou-se desfavorável ao pleito, dada a falta de profissionais e atraso nos salários pela atual gestão. Alguns conselheiros disseram ser a favor do pleito tendo em vista o benefício à comunidade com atendimento móvel na área rural e escolas. O presidente, o relator e outro conselheiro que compôs a comissão posicionaram-se contra já que a atual gestão demonstra indícios de má gestão do erário público e que seria de extrema irresponsabilidade a implantação de mais um projeto. O relator da comissão expôs que dois conselheiros odontólogos possuíam interesses pessoais na consolidação de tal projeto, e que um deles (primeiro secretário) estava sendo incoerente, pois no início da reunião havia dito que havia a necessidade de relatar ao promotor de justiça a falta de insumos nos hospitais, os salários atrasados dos profissionais, a agressão aos profissionais, bem como o não pagamento ao laboratório prestador de serviço que é de seu sogro. E que a partir daquele momento ele ficaria de olho em todas as suas opiniões. Ao colocar em votação o relatório da comissão a maioria votou contra o parecer (7 votos a favor e 5 contra), sendo portanto, aprovado o projeto da unidade odontológica móvel.
Publicidade	Reuniões na sede do conselho, abertas ao público.
Informação ampliada sobre os assuntos	Presença de comissões e conferências de saúde.
Conclusividade	Em seguida o presidente do conselho iniciou a pauta da reunião com a questão da incineração de lixo hospitalar pela empresa Belfort, pois o projeto de construção e funcionamento não foi submetido à

	apreciação e aprovação do conselho. O presidente informou que tal empresa incinera lixo hospitalar de várias cidades, inclusive de Brasília. Deliberado pelo pleno do conselho o envio de ofício à empresa solicitando o alvará de funcionamento emitido pela prefeitura e a liberação da vigilância sanitária e ambiental.
--	---

Análise do desenho institucional: condicionantes endógenos (grau de institucionalização, de democratização e representação)

Quadro 30 - Grau de institucionalização e seus indicadores

Tempo de existência da lei de criação e do regimento interno em vigor	Criado em 2001. Regimento interno de 27 de julho de 2010.
Estrutura organizacional como: mesa diretora, secretaria executiva, comissões temáticas e previsão de conferências municipais	<i>“A estrutura organizacional do conselho é formada pela presidência, vice-presidência, primeiro secretário, segundo secretário, aí vem a secretária executiva que não é membro do conselho e sim funcionária que cuida de organizar as coisas.”</i> Tem comissões e previsão de conferências.
Frequência das reuniões ordinárias	Mensal.

Quadro 31 - Grau de democratização e seus indicadores

Composição	<p>Composição paritária: 25% representantes de governo e/ou prestadores de serviços de saúde: 3 membros; 25% representantes de profissionais de saúde: 3 membros; 50% representantes de usuários: 6 membros.</p>
Processo decisório	<p><i>“O processo de tomada de decisão é discutido aqui na plena, é convidado todos os membros e aí se faz a leitura do que se vai decidir, ali a gente dá a explicação diz o que é aí é discutido por todos em seguida se põe em votação e vence o que for mais convincente ou menos convincente que vence e perde essa votação. É votada pela maioria dos presentes, ou seja, a maioria relativa porque às vezes tem maioria de tudo, porque hoje comparece dá quórum toda vez que se faz reunião antigamente não fazia por isso a razão de ter diminuído para doze ...”</i></p> <p><i>“É dado aquilo que nós consideramos de prioridade para reunião ordinária, a extraordinária já vem com a pauta definida porque vem para resolver uma situação já é tentando uma solução para uma situação e nessas ordinárias a gente tem a pauta dado aos ofícios encaminhados, como, encaminhamento de balanço, encaminhamento de mudança de plano, contratação de pessoas, despesas, liberação de recursos para comprar alguma coisa que é da saúde, ou um próprio bem que já vem comprado pelo ministério da saúde e da fundação nacional de saúde, a gente define bem como a participação do governo estadual dos vinte e cinco por cento, ...”</i></p> <p><i>“Quem participa da definição da pauta é a secretária executiva, o presidente, na ausência dele o vice-presidente ou o primeiro secretário, eles participam da pauta, na hora da chegada do presidente ele averigua se está de acordo ou não, mas normalmente há um consenso onde começa pela hierarquia.”</i></p>
Presença de comissões	<p><i>“... os membros e as comissões que são criadas, normalmente são comissões permanentes para dar parecer com três membros, onde dão pareceres sobre o estado em que se encontra o balanço, ...”</i></p> <p><i>“... Tem a comissão que cuida da reunião da CIT do entorno sul, que foi dividida em entorno sul, entorno norte. Então do entorno sul que Santo Antônio é subordinada e a comissão daqui que é a comissão de estudo e a verificação de parecer dos balanços nas informações que vem de lá para cá outras vezes a gente cria aqui na hora a comissão que vai averiguar uma obra se está pronta, a compra de um material que vai ser entregue, os</i></p>

	<i>pagamentos como estão que às vezes tem dificuldade, as licitações que eles não estão avisando ...”</i>
Previsão de conferências	A cada dois anos.

Quadro 32 - Grau de representação e seus indicadores

Existência de uma pluralidade de segmentos representados	<p>Representante do governo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 representante da secretaria municipal de saúde e vigilância sanitária <p>Representante dos prestadores privados dos serviços de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 Laboratório Carlos Chagas <p>Representante dos prestadores de serviços filantrópicos de serviços de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 Fraternidade Eclética Espiritualista Universal <p>Representante dos trabalhadores de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 03 trabalhadores da saúde <p>Representantes de usuários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 Associação Comercial e Câmara de Dirigentes Logistas - 01 Associação Juventude presente - 01 Associação dos Moradores do Parque Estrela Dalva - 01 Comunidade Rural Pontezinha - 01 Ação Social e Comunitária Jardim Serra Dourada - 01 Representante de Idosos
Existência de regras sobre as formas como adquirem representação nessas instituições	<p><i>“... as instituições indicam os conselheiros e o vice do conselheiro, o titular e o suplente, é indicado pela instituição, o do governo, o governo manda um ofício com os representantes, essas instituições que têm a gente busca e elegi as instituições que vota como a cidade Eclética e o laboratório Carlos Chagas que tem pessoas que são profissionais da área, cidade Eclética na zona rural que faz um trabalho muito bonito, atende lá tem um hospital que está precisando de uma ajuda, o hospital que fez crescer e fez a emancipação de Santo Antônio na época e essas instituições comparecem e nós elegemos essas instituições e as instituições indicam os seus atores e do governo e os representantes de trabalhadores da saúde eles fazem a reunião deles, passam as eleições e indicam essas pessoas, às vezes faz até a votação lá na plena da conferência municipal.”</i></p>

Conselho municipal de saúde de Valparaíso

Análise da dinâmica deliberativa

Quadro 33 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores

Debates face a face	Temas: reformulação do regimento interno, denúncias, fiscalização das unidades de saúde, apreciação de relatórios, apreciação de balancetes financeiros, projetos. Igualdade de participação entre os diferentes segmentos
Igualdade na apresentação de razões	Todos participam da deliberação.
Ausência de coerção	O presidente informou que se as contas dos balancetes não forem aprovadas será bloqueado o dinheiro da saúde.
Interatividade e reciprocidade de discurso	Em seguida foi dada a palavra ao secretário de saúde e membro do conselho. Em sua fala apresentou o que já foi feito em atenção ao que foi indicado pelo relatório da SUVISA-GO, como a troca de alguns equipamentos. Um membro do conselho, representante de usuário sugeriu que fosse realizada uma visita ao hospital para averiguar as providências que já foram tomadas, e com base nisso elaborar um relatório. Outro conselheiro sugeriu que fosse uma comissão do conselho para visita. Surgiu logo então, a proposta que o convite para a visita ao hospital se estendesse a todos os conselheiros e que no dia quem estivesse presente faria parte da comissão. O presidente colocou as propostas para votação, ganhando a última opção. O secretário de saúde pediu novamente a palavra e disse que algumas alterações foram feitas e que outras são da ordem de infraestrutura, dependentes da liberação de verba após as eleições para realização de uma reforma de acordo com a nova RDC. O presidente então sugeriu não uma visita, mas sim oficiar a secretaria de saúde para que o secretário responda o que já foi feito. Votada as propostas, com vitória da última.
Discordância entre os participantes	Um conselheiro representante de gestor e também administrador do hospital informou preferir ser chamado pelo Ministério Público para justificar a substituição de um médico contratado que não pôde comparecer ao plantão por um médico não contratado do que deixar um plantão sem médico. Informou ainda que ele mesmo aceitou a substituição na qualidade de administrador do hospital. Explicou ainda que sobre a situação do

	<p>diretor do hospital dar plantões, não há lei contra nem a favor. Dois conselheiros representantes de usuário manifestaram-se a favor da substituição de um médico por outro. Outro conselheiro representante de trabalhador disse que questiona não a substituição, mas sim o pagamento de quase 150 mil reais em 4 meses a um único médico, e que esse mesmo médico trabalha da secretária de saúde do Distrito Federal. O presidente do conselho e um conselheiro representante de gestor justificaram que esse médico recebeu esse valor para pagar os médicos não contratados que deram plantões nas unidades de pronto atendimento, ou seja, para pagar terceiros. Outra conselheira representante de gestor e chefe do núcleo de vigilância epidemiológica disse que se o médico trabalha em Brasília, é problema da secretária de lá e não deles e informou ainda que o salário também se justifica pelo médico ser diretor técnico do hospital e que nos feriados o salário é pago em dobro e quando falta um médico devendo haver dois em um plantão, também é pago em dobro.</p> <p>Disse que na prática é bem complicado e que estão nas mãos dos médicos.</p>
Publicidade	Sede própria, reuniões abertas ao público.
Informação ampliada sobre os assuntos	Na prática as comissões temáticas não funcionam. Previsão de conferências de saúde.
Conclusividade	Colocados os balancetes para votação pelo pleno do conselho, os quais foram aprovados com 6 votos a favor e um contra. O presidente pediu à secretária administrativa que seja encaminhada a resolução da aprovação dos balancetes para publicação.

Análise do desenho institucional: condicionantes endógenos (grau de institucionalização, de democratização e representação)

Quadro 34 - Grau de institucionalização e seus indicadores

Tempo de existência da lei de criação e do regimento interno em vigor	Instituído pela lei municipal nº 318 de 01/08/01. Regimento interno em vigor da mesma época.
Estrutura organizacional como: mesa diretora, secretaria executiva, comissões temáticas e previsão de conferências municipais	Comissão executiva formada pelo presidente, vice-presidente e secretária executiva. Na prática as comissões temáticas não funcionam. Há previsão de

	conferências.
Frequência das reuniões ordinárias	Quinzenalmente.

Quadro 35 - Grau de democratização e seus indicadores

Composição	Composição paritária 50% usuários: 6 membros; 25% prestadores de serviços e gestores: 3 membros; 25% trabalhadores: 3 membros.
Processo decisório	<i>“Quanto ao processo de tomada de decisão pelo conselho, primeiro a reunião só pode deliberar e votar se houver cinquenta por cento mais um de conselheiro titular, segundo é colocado, é lido primeiro a ata da reunião anterior e depois é a abertura da pauta, a pauta é aberta e eu costumo abrir a palavra a cada conselheiro para manifestar a sua posição, a sua opinião e o seu voto e depois é contada essa votação e é feito se aquela pauta, daquele assunto de pauta foi aprovado ou foi rejeitado quando há empate aí entra o voto do presidente para desempatar.”</i> <i>“Infelizmente o presidente é quem define a pauta das reuniões, não deveria, é dada abertura para as pessoas fazerem as suas colocações, mas infelizmente é o presidente que tem na verdade a atuação maior do conselho é do presidente e da secretária do conselho é que tem que tá encaminhando essas demandas. A pauta é definida de acordo com as necessidades daquilo que a gente consegue detectar falhas da gestão, das necessidades de cumprir a legislação nos períodos e até das próprias discussões dos conselheiros em reuniões anteriores é preciso você avançar sempre dando acabamento aquilo que não foi determinado, então a pauta é definida mais ou menos com esses critérios.”</i>
Presença de comissões	<i>“Existem comissões só que infelizmente a legislação pede que tenham essas comissões a gente fez essas comissões deu liberdade inclusive cobrou que essas comissões realmente agissem, mas infelizmente não houve, existem as comissões na formalidade, mas na essência em si elas não funcionam.”</i>
Previsão de conferências	A cada dois anos.

Quadro 36 - Grau de representação e seus indicadores

Existência de uma pluralidade de segmentos representados	Representante de gestor: - 02 do segmento dos gestores; - 01 do segmento dos prestadores de serviço; Representante de trabalhador: - 01 do segmento dos agentes de saúde,
--	---

	<p>guardas, agentes de zoonoses e agentes de vetores;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 do segmento sindical municipal; - 01 do segmento sindical estadual; <p>Representante de usuário:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 do segmento de usuários; - 01 do segmento de associações de moradores; - 02 do segmento de ONG; - 01 do segmento de deficientes; - 01 do segmento da terceira idade.
Existência de regras sobre as formas como adquirem representação nessas instituições	<p><i>“O processo de escolha dos conselheiros por sua organização de base é tratado nas entidades, digamos que uma associação de moradores existe lá na associação de bairro a sua eleição, existe lá um regimento e lá o critério a gente não sabe, a gente pede que eles mandem os nomes das pessoas que foram escolhidas por eles com a documentação, entendeu, inclusive com a suplência para a gente poder se organizar no conselho, mas a gente não participa, o conselho em si não participa dessa escolha.”</i></p>

Conselho municipal de saúde de Pirenópolis

Análise da dinâmica deliberativa

Quadro 37 - Dinâmica deliberativa e seus indicadores

Debates face a face	Temas: apreciação de proposta de prestação de serviço, a questão da participação social, construção de unidades de saúde, a questão ambiental, rotatividade dos médicos na estratégia saúde da família. Igualdade de participação entre os diferentes segmentos.
Igualdade na apresentação de razões	Todos participam da deliberação.
Ausência de coerção	A decisão decorre de razões apresentadas e testadas.
Interatividade e reciprocidade de discurso	Entre os conselheiros surgiu a questão da baixa participação dos usuários nas reuniões do conselho e da necessidade de divulgação. Houve a proposta de divulgar na rádio. Um conselheiro lembrou que para a presença da comunidade na conferência municipal de saúde realizada em 2011 foi preciso convocar os agentes comunitários de saúde.
Discordância entre os participantes	<i>“No conselho todos são bem passivos não tem tanta discussão, você participou da reunião você</i>

	<i>viu que a maioria você passa a informação e eles concordam ou não, mas não tem aquela discussão eles não expõem o conhecimento deles, eles aceitam as informações que são passadas e concordam ou não com aquilo, mas não tem tanta discussão, a gente tinha um membro que faz parte até do hospital estadual, ele tinha um certo poder de causar mais discussão, de fazer todo mundo pensar sobre aquele assunto, mas atualmente ele não está participando, então as últimas reuniões nossas foram bem assim, os conselheiros foram bem passivos, passava as informações eles concordavam e pronto achavam que aquilo lá era o melhor mesmo a ser decidido.”</i>
Publicidade	Não tem sede, reuniões abertas ao público.
Informação ampliada sobre os assuntos	Não tem comissões. Há previsão de conferências de saúde.
Conclusividade	Em seguida um membro do conselho e também representante de um laboratório particular apresentou a proposta de contrato de prestação de serviço de mais um laboratório ao município. Durante a apresentação ele leu os exames que serão ofertados caso se concretize o convênio com a SMS. A presidente do conselho, que é também coordenadora da estratégia de saúde da família do município, informou que os exames que não são realizados no SUS, são autorizados pela assistente social da promoção social, mediante visita domiciliar. Ao final da explicação a proposta de prestação de serviço pelo laboratório foi colocada em votação pelo pleno do conselho e foi aprovado por todos os conselheiros presentes.

Análise do desenho institucional: condicionantes endógenos (grau de institucionalização, de democratização e representação)

Quadro 38 - Grau de institucionalização e seus indicadores

Tempo de existência da lei de criação e do regimento interno em vigor	Criado pela lei municipal nº 038 de 27/11/91. Regimento interno de 13/11/01.
Estrutura organizacional como: mesa diretora, secretaria executiva, comissões temáticas e previsão de conferências municipais	Comissão executiva composta pelo presidente, vice-presidente e secretário executivo.
Frequência das reuniões ordinárias	“As reuniões eram mensalmente, mas por falta de pauta acabou ficando trimestralmente.”

Quadro 39 - Grau de democratização e seus indicadores

Composição	Composição paritária 50% representantes de usuários: 5 membros; 50% representantes de gestor, prestador e trabalhador: 5 membros.
Processo decisório	<p><i>“Quanto ao processo de tomada de decisão a gente expõe em plenário tudo e aí cada conselheiro expõe se concorda ou se não concorda e aí se a maioria concordou a gente aprova. A maioria é constituída por no mínimo sete conselheiros.”</i></p> <p><i>“Todos os conselheiros participam da definição da pauta das reuniões. A gente solicita para os conselheiros se eles tiverem alguma coisa para discutir no conselho, alguma coisa que eles acham errado, se eles tiveram alguma reclamação, alguma coisa, para eles passarem para a gente e as resoluções que a gente tem aqui, porque dentro da secretaria de saúde a gente tem que aprovar, por exemplo, o sispacto tem que ser aprovado, se vai construir um PSF tem que precisa ser aprovado, aí de acordo com que dentro da secretaria tem alguma coisa que conselho precisa aprovar, aí faz as reuniões, se não tem nenhum assunto, nenhuma aprovação, nada, não está sendo feita as reuniões. Na última reunião um dos conselheiros pediu para que tivesse a reunião porque ele tinha um assunto para discutir, então conforme a necessidade mesmo dos conselheiros.”</i></p>
Presença de comissões	<i>“Não há comissões dentro do conselho.”</i>
Previsão de conferências	A cada dois anos.

Quadro 40 - Grau de representação e seus indicadores

Existência de uma pluralidade de segmentos representados	<p>Representante de gestor/prestador de serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 representante da secretaria municipal de saúde; - 01 representante da secretaria municipal de educação; - 01 representante do órgão municipal de saneamento; - 01 representante do laboratório conveniado. <p>Representante de trabalhadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 representante de trabalhador do Hospital da Cidade. <p>Representante de usuários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 representante da associação comunitária; - 01 representante da associação de mineradores de Pirenópolis; - 01 representante do sindicato ou entidade de trabalhadores; - 01 representante de associação de portadores de deficiência e patologia; - 01 representante do movimento da terceira idade.
Existência de regras sobre as formas como adquirem representação nessas instituições	<p><i>“Acredito que seja apenas por indicação o processo de escolha dos conselheiros por suas organizações.”</i></p>

Com base nos achados é possível sintetizá-los em alguns quadros, como se seguem abaixo.

Quanto a análise da dinâmica deliberativa (Quadro 41) é possível perceber que o indicador coerção esteve presente na maioria dos CMS com exceção de Buritis, Novo Gama e Pirenópolis. A discordância não esteve presente apenas no conselho de Pirenópolis. Os demais indicadores estiveram presentes nas plenárias das reuniões ordinárias conforme descrito no relatório de campo, predizendo a existência de uma dinâmica deliberativa nas plenárias.

Análise da Dinâmica deliberativa

Quadro 41 - Indicadores da dinâmica deliberativa dos CMS

Conselhos Municipais de Saúde								
Indicadores	Buritis	Cidade Ocidental	Formosa	Novo Gama	Planaltina-GO	Santo Antônio do Descoberto	Valparaíso	Pirenópolis
Debates face a face	X	X	X	X	X	X	X	X
Igualdade na apresentação de razões	X	X	X	X	X	X	X	X
Coerção	-	X	X	-	X	X	X	-
Interatividade e reciprocidade de discurso	X	X	X	X	X	X	X	X
Discordância entre os participantes	X	X	X	X	X	X	X	-
Publicidade	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação ampliada sobre os assuntos	X	X	X	X	X	X	X	X
Conclusividade	X	X	X	X	X	X	X	X

Obs.: a marcação com a letra X refere-se à presença do indicador, enquanto a marcação com hífen à sua ausência.

Quanto ao desenho institucional, sobre o grau de institucionalização (Quadro 42), todos os CMS existem enquanto instituição, dado possuírem lei de criação e regimentos internos. No entanto, as reuniões ordinárias dos CMS de Buritis, Cidade Ocidental, Novo Gama e Pirenópolis não ocorrem com a frequência prevista em seus regimentos internos, sendo deflagradas quando há necessidade de aprovação de documentos encaminhados pelo executivo. As conferências são previstas em todos os conselhos e acontecem a cada dois anos (Quadro 43). As comissões embora previstas em todos os regimentos internos, na prática não são organizadas nos CMS de Valparaíso e Pirenópolis, fato semelhante ocorre em relação a secretaria executiva que não se faz presente nos conselhos de Buritis, Formosa e Planaltina-GO (Quadro 43). A organização em mesa diretora não está prevista no regimento interno dos conselhos de Valparaíso, Novo Gama e Pirenópolis como observado no quadro 43.

Análise do Desenho Institucional

Grau de institucionalização

Quadro 42 - Ano de criação dos conselhos, ano do regimento interno em vigor e frequência das reuniões ordinárias

CMS	Ano de criação	Ano do RI em vigor	Frequência das reuniões ordinárias
Buritis	1991	1993	Mensal *
Cidade Ocidental	1997	2009	Mensal *
Formosa	1991	2010	Mensal
Novo Gama	1997	2012	Mensal*
Planaltina-GO	1999	2001	Mensal
Santo Antônio do Descoberto	2001	2010	Mensal
Valparaíso	2001	2001	Quinzenal
Pirenópolis	1991	2001	Trimestral *

Obs.: * Durante a observação participante não foi observado tal frequência descrita nas entrevistas e regimento interno.

Quadro 43 - Estrutura organizacional e conferências

CMS	Mesa diretora	Secretaria executiva	Comissões	Conferência municipal de saúde
Buritis	Presente	Ausente	Presente	Presente
Cidade Ocidental	Presente	Presente	Presente	Presente
Formosa	Presente	Ausente	Presente	Presente
Novo Gama	Ausente	Presente	Presente	Presente
Planaltina-GO	Presente	Ausente	Presente	Presente
Santo Antônio Descoberto	Presente	Presente	Presente	Presente
Valparaíso	Ausente	Presente	Ausente	Presente
Pirenópolis	Ausente	Presente	Ausente	Presente

Outro aspecto em relação ao desenho institucional refere-se ao grau de democratização (Quadro 44), nele é possível perceber que a paridade de 50% entre os usuários e os segmentos de trabalhador e gestor na prática acontece, com exceção do conselho do Novo Gama cuja composição está incompleta pela falta de entidades interessadas em participar do conselho, na época da coleta de dados o conselho havia publicado por duas vezes no diário oficial a abertura para inscrição para as entidades interessadas concorrerem a eleição com o objetivo de compor o conselho, embora sem sucesso. Entretanto, a paridade de 25% entre gestor e trabalhador não é respeitada nos conselhos de Buritis, Novo Gama e Pirenópolis.

Grau de democratização

Quadro 44 - Composição dos conselhos e quantidade de membros titulares

CMS	Composição e número de membros titulares				Representante		
	Governo	Prestador	Trabalhador	Usuário	Gestor (governo/prestador)	Trabalhador	Usuário
Buritis	3	1	2	6	33%	17%	50%
Cidade Ocidental	2	1	3	6	25%	25%	50%
Formosa	1	2	3	6	25%	25%	50%
Novo Gama	2	2	2	6	33%	17%	50%
Planaltina-GO	3	2	5	10	25%	25%	50%
Santo Antônio do Descoberto	1	2	3	6	25%	25%	50%
Valparaíso	2	1	3	6	25%	25%	50%
Pirenópolis	3	1	1	5	40%	10%	50%

Como demonstra o quadro 45 em todos os CMS o presidente tem como prerrogativa o voto de minerva e aprovação por *ad referendum*, conferindo-lhe amplos poderes, tal circunstância é atenuada pelo fato de qualquer conselheiro poder pleitear o cargo de presidente no conselho, pois os seus regimentos já não consideram o secretário de saúde o presidente nato, e determinam a escolha mediante eleição deliberada nas conferências.

Quadro 45 - Prerrogativas de presidência e quem pode presidir o conselho

CMS	Prerrogativas de presidência		Quem pode presidir
	Voto de minerva	Deliberar <i>ad referendum</i>	Qualquer conselheiro eleito
Buritis	X	X	X
Cidade Ocidental	X	X	X
Formosa	X	X	X
Novo Gama	X	X	X
Planaltina-GO	X	X	X
Santo Antônio do Descoberto	X	X	X
Valparaíso	X	X	X
Pirenópolis	X	X	X

O processo de votação (Quadro 46) acontece da seguinte maneira em todos os conselhos: para a reunião ordinária ser deliberativa é necessário a presença de um quórum mínimo de conselheiros (maioria absoluta), e para aprovação das propostas é necessário maioria simples. O processo de votação em que há necessidade de aprovação de 2/3 de todos os membros do conselhos acontece em algumas situações especiais, entretanto, apenas os conselhos do Novo gama e Pirenópolis, não o preveem.

Quadro 46 - Processo de votação

CMS	Maioria simples	Maioria absoluta	2/3 de aprovação
Buritis	X	X	X
Cidade Ocidental	X	X	X
Formosa	X	X	X
Novo Gama	X	X	
Planaltina-GO	X	X	X
Santo Antônio do Descoberto	X	X	X
Valparaíso	X	X	X
Pirenópolis	X	X	

A pauta das reuniões ordinárias em sua maioria são definidas durante a reunião ordinária que a precede como acontece nos conselhos de Buritis, Cidade Ocidental e Planaltina-GO. Nos conselhos de Formosa, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso as pautas são definidas pelo presidente. No conselho do Novo Gama definem os conselheiros, a mesa diretora e a secretária executiva. Em Pirenópolis definem na reunião, os conselheiros e secretária executiva.

Quadro 47 - Quem define a pauta

CMS	Definição em reunião	Presidente	Conselheiro/Mesa diretora/secretaria executiva
Buritis	X		
Cidade Ocidental	X		
Formosa		X	
Novo Gama			X
Planaltina-GO	X		
Santo Antônio do Descoberto		X	
Valparaíso		X	
Pirenópolis	X		X

A mudança na pauta não está prevista nos regimentos dos conselho de Buritis e Novo Gama. Nos conselhos da Cidade Ocidental, Formosa, Planaltina-GO e Pirenópolis os conselheiros durante a reunião com aprovação

da maioria simples podem alterar a pauta. No caso de Valparaíso apenas mediante caso de relevância urgência e em Santo Antônio do Descoberto durante a reunião com aprovação de 2/3 dos conselheiros presentes.

Quadro 48 - Mudança de pauta

CMS	Conselheiros durante a reunião com aprovação da maioria simples	Sem previsão de alteração pelo RI	Em caso de relevância urgência	Conselheiros durante a reunião com aprovação de 2/3 dos conselheiros presentes
Buritis		X		
Cidade Ocidental	X			
Formosa	X			
Novo Gama		X		
Planaltina-GO	X			
Santo Antônio do Descoberto				X
Valparaíso			X	
Pirenópolis	X			

Quanto à modificação do RI a maioria dos CMS prevê em seus regimentos a necessidade de um quórum qualificado de dois terços dos seus membros para que seja aprovada a proposta de modificação. Diferentemente dos conselhos do Novo Gama e Santo Antônio do Descoberto que são menos exigentes, sendo preciso apenas a obtenção de votos da maioria absoluta dos seus membros.

Quadro 49 - Regras de modificação do RI

CMS	Quórum qualificado de dois terços dos membros	Obtenção de votos da maioria absoluta dos membros
Buritis	X	
Cidade Ocidental	X	
Formosa	X	
Novo Gama		X
Planaltina-GO	X	
Santo Antônio do Descoberto		X
Valparaíso	X	
Pirenópolis	X	

Outro ponto do desenho institucional refere-se ao grau de representação. Os dados revelam que apenas os conselhos de Buritis e Novo

Gama prevêem em seu RI as categorias de entidades representantes da sociedade civil (Quadro 50). Todos os representantes do executivo são indicados, e em relação aos representantes da sociedade civil por vezes são eleitos, mas em sua maioria são indicados (Quadro 51). É importante salientar que nas entrevistas os presidentes não pareceram bem seguros ao responder tal questão, ao expressarem não saber ao certo como se procede o processo de escolha nas entidades, citando na maioria dos casos sua própria experiência ao ser eleito ou indicado pela entidade da qual ele representa. Em relação à pluralidade da composição dos usuários nos CMS (Quadro 52) é notório o esvaziamento dos movimentos sociais, e é predominante a presença das associações de moradores, pastorais, igrejas, associações rurais.

Grau de representação

Quadro 50 - Previsão de categoria de entidades representantes da sociedade civil no regimento interno

CMS	Sim	Não
Buritis	X	
Cidade Ocidental		X
Formosa		X
Novo Gama	X	
Planaltina-GO		X
Santo Antônio do Descoberto		X
Valparaíso		X
Pirenópolis		X

Quadro 51 - Como são definidos os conselheiros representantes da sociedade civil

CMS	Representantes da sociedade civil		Representantes do executivo
	Eleito	Indicado	Indicado
Buritis		X	X
Cidade Ocidental		X	X
Formosa	X		X
Novo Gama		X	X
Planaltina-GO	X		X
Santo Antônio do Descoberto	X	X	X

Valparaíso	Sem informação	Sem informação	X
Pirenópolis		X	X

Quadro 52 - Composição dos usuários dos CMS

CMS	Entidades/Movimentos
Buritis	Igreja; Pastoral; grupo de jovem; Associação de bairro; conselho comunitário rural; Sindicato; Classe filantrópica.
Cidade Ocidental	Associação de moradores; pastoral.
Formosa	Maçonaria; Igreja Católica; Associação de deficientes físicos; Organização Geral de Associações; Associação dos Conselheiros para o Desenvolvimento Sustentável; Associação dos Moradores.
Novo Gama	Associação de Moradores; Associação de Feirantes; Conselho Comunitário; Associação de Desenvolvimento Educacional e Social.
Planaltina-GO	Associação de moradores; Igrejas; Associação esportiva.
Santo Antônio do Descoberto	Associação Comercial e Câmara de Dirigentes Logistas; Associação Juventude; Associação de Moradores; Comunidade Rural; Ação Social e Comunitária.
Valparaíso	Associações de moradores; ONGs.
Pirenópolis	Associação comunitária; Associação de mineradores; Sindicato; Associação de portadores de deficiência e patologia; Movimento da terceira idade.

6.2 DISCUSSÃO DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

A partir da análise da dinâmica deliberativa foi possível aferir que o indicador coerção esteve presente na maioria dos CMS com exceção de Buritis, Novo Gama e Pirenópolis, fato este provavelmente justificado pelo

reduzido número de reuniões ordinárias identificado nestes três municípios, as quais eram convocadas com o intuito de aprovação de documentos encaminhados pelo poder executivo, caracterizando a burocratização desses conselhos. De fato os conselhos tem se transformado em espaços burocratizados e ocupados com a elaboração e execução de projetos setoriais e de legitimação das práticas governamentais (Paiva, Van Stralen, Costa, 2014). Tal dado já foi evidenciado anteriormente em pesquisa realizada na RIDE-DF (Shimizu et al, 2013). O indicador coerção presente nos CMS foi evidenciado nas situações em que os conselheiros do segmento de usuário e trabalhador não se sentiram a vontade para falar na plenária na presença do representante do segmento de gestor pelo temor de represálias; durante apreciação do relatório de prestação de contas em que os conselheiros foram coagidos a aprová-la apesar da evidência de indícios de irregularidades, pois sob pena do Ministério da Saúde e Secretária Estadual de Saúde não transferirem fundos orçamentários ao município, os conselheiros se viram compelidos a não rejeitá-la, para que os serviços municipais de saúde não descontinuassem pela ausência de verba, prejudicando a comunidade; e pela dependência funcional e estrutural que os conselhos têm das secretarias municipais de saúde, por não possuírem dotação orçamentária, em alguns casos sede, linha telefônica, secretária executiva, mobiliário e insumos. Contrariamente ao que postula a literatura, a qual diz que a força dos conselhos emana da lei que lhes faculta o poder de veto sobre as prestações de contas das secretarias municipais (Coelho, 2011), verifica-se que na prática os conselheiros entendem que a suspensão dos serviços de saúde por falta de verba traz consequências mais deletérias à população que a manutenção da apropriação indébita do erário público. Essa práxis consolida a corrupção, e traz à baila o papel fiscalizador do conselho, o qual se encontra em tal circunstância seriamente comprometido. De acordo com a resolução em voga (Resolução 453/2012) o conselheiro no exercício de sua função deve estar ciente de que responderá por todos os seus atos conforme legislação vigente (Brasil, 2012b). Isso demonstra que os conselheiros ainda não tomaram consciência das novas determinações e recomendações, baseando-se nas disposições da resolução anterior, a qual não trazia em seu conteúdo regras

que responsabilizassem os conselhos e seus representantes pelos resultados e impactos das suas deliberações (Moreira, Escorel, 2009). O indicador discordância entre os participantes esteve presente em todos os conselhos com exceção de Pirenópolis. A baixa contestação evidenciada no CMS de Pirenópolis indica a existência de consensos abrangentes quanto aos temas deliberados, já que existe um discurso hegemônico perpassando o interior de tal instituição (Urbinati, 2010), pode sinalizar ainda a tendência à burocratização deste espaço. Os demais indicadores: Debates face a face, Igualdade na apresentação de razões, Interatividade e reciprocidade de discurso, Publicidade, Informação ampliada sobre os assuntos e Conclusividade, estiveram presentes ao longo das reuniões ordinárias de todos os CMS, predizendo a existência de uma dinâmica deliberativa nas plenárias, constatada pela presença de debate público e pela produção de decisões as quais exercem influência na formulação da política e no controle público sobre as ações municipais (Cunha, 2010).

Nesse processo de discussão e busca de acordos públicos incluindo diferentes segmentos da sociedade envolvidos com as políticas em questão, as decisões são resultados do consenso da coletividade, sustentadas por argumentações (Cunha, Almeida, Faria, Ribeiro, 2011).

Com base na teoria da ação comunicativa (TAC) de Habermas, a formação democrática da vontade legitima-se por meio dos pressupostos comunicativos que permitem aos melhores argumentos entrarem em ação em várias formas de deliberação, bem como dos procedimentos que asseguram processos justos de negociação (Müller Neto, Artmann, 2012). Nessa perspectiva a ação comunicativa é considerada uma forma de ação social em que os participantes se envolvem em igualdade de condições para expressar ou para produzir opiniões pessoais, sem coerção, e decidir com base no melhor argumento as ações, contrariamente, aos consensos aceitos pelos participantes sem questionamentos (Müller Neto, Artmann, 2012). Vale lembrar que o conhecimento técnico dos gestores, planejadores e técnicos também deve ser argumentada e questionado, do mesmo modo que as crenças, normas e valores de todos os participantes do debate público. O reconhecimento mútuo da validade dos argumentos sobre a situação de saúde

e as ações necessárias para modificá-la é condição obrigatória para legitimar as decisões e garantir a eficácia das políticas e a dos planos de saúde (Müller Neto, Artmann, 2012).

Em relação ao desenho institucional, mais precisamente quanto ao grau de institucionalização, todos os CMS são reconhecidos enquanto instituição, dado possuírem lei de criação e regimentos internos. Percebe-se que a maioria dos conselhos foi criado na década de 90, fato explicado pelas exigências constitucionais que vinculam o repasse de recursos para o financiamento de políticas mediante a criação destas instituições (Faria, Ribeiro, 2010; Pereira, Lima, Shimizu, Dytz, 2009). No que diz respeito à elaboração do regimento interno que acontece ao longo dos anos de existência do conselho, como verificado, provavelmente ocorra pelo fato de tais instituições passarem por mudanças no seu ordenamento em função das suas próprias características ainda em processo de formalização (Faria, Ribeiro, 2010). Com a promulgação da resolução do CNS nº 453/2012 é provável, que futuras modificações aconteçam em seus RI com intuito de atenderem a nova resolução, a qual revoga as anteriores. Muito embora, legalmente implantados, os conselhos apresentam dificuldades de organização e funcionamento, tendo em vista que nem todos os conselhos possuem sede como de Buritis, Pirenópolis e Formosa.

No que tange à frequência das reuniões ordinárias dos CMS, percebe-se que as reuniões de Buritis, Cidade Ocidental, Novo Gama e Pirenópolis não ocorrem com a frequência prevista em seus regimentos internos, sendo deflagradas quando há necessidade de aprovação de documentos encaminhados pelo executivo. O tempo de existência e a regularidade das reuniões revelam o grau de formalidade desses conselhos (Faria, Ribeiro, 2011). As conferências são previstas em todos os conselhos e acontecem a cada dois anos, indicando uma organização da política (Faria, Ribeiro, 2010). Apesar das comissões serem previstas em todos os regimentos internos, na prática não são organizadas nos CMS de Valparaíso e Pirenópolis, fato semelhante ocorre em relação a secretaria executiva que não se faz presente nos conselhos de Buritis, Formosa e Planaltina-GO. A organização em mesa diretora não está prevista no regimento interno dos conselhos de Valparaíso,

Novo Gama e Pirenópolis. A inexistência de mesa diretora, secretaria executiva e comissões é sinalizador da falta de compromisso dos conselhos com a capacitação dos seus conselheiros e por conseguinte, da qualidade duvidosa de seu processo deliberativo, comprometendo de tal forma a organização democrática destas instituições (Faria, Ribeiro, 2010). A presença de comissões qualifica o debate dos atores ali inseridos, atenuando as assimetrias informacionais entre representantes do governo e dos segmentos da sociedade civil (Fonseca, 2011; Faria, Ribeiro, 2010). Conselhos sem comissões temáticas acabam discutindo apenas aspectos gerais das políticas sociais, não discutem com propriedade as agendas, das quais eles irão deliberar. A presença de comissões qualifica os debates, pois torna possível o aprofundamento do debate (Avritzer, 2010).

Outro aspecto em relação ao desenho institucional refere-se ao grau de democratização, nele é possível perceber que a paridade de 50% entre os usuários e os segmentos de trabalhador e gestor na prática acontece, com exceção do conselho do Novo Gama cuja composição está incompleta pela dificuldade de encontrar entidades interessadas em pleitear uma vaga no conselho. Entretanto, a paridade de 25% entre gestor e trabalhador não é respeitada nos conselhos de Buritis, Novo Gama e Pirenópolis, onde os gestores apresentam uma representação superior a 25% e os trabalhadores apresentam uma representação inferior a 25%, contrariando a recomendação da Resolução 453/2012, a qual mantém a proposição das Resoluções 33/92 e 333/03 das vagas nos conselhos de saúde serem distribuídas em 25% tanto para o segmento de gestor quanto o de trabalhador (Brasil, 2012b). A sobre representação do segmento de gestor revela a preponderância do governo frente ao segmento de trabalhador. Um desequilíbrio na distribuição de poderes entre os segmentos pressupõe prejuízos à democratização interna dessas instituições (Faria, Ribeiro, 2010).

Em todos os CMS o presidente tem como prerrogativas o voto de minerva e aprovação por *ad referendum*, conferindo-lhe amplos poderes, tal circunstância é atenuada pelo fato de qualquer conselheiro poder pleitear o cargo de presidente no conselho, pois os seus regimentos já não consideram o

secretário de saúde presidente nato, e determinam a escolha mediante eleição deflagrada nas conferências.

Os achados indicam que em todos os conselhos para a reunião ordinária ser deliberativa é necessário a presença de um quórum mínimo de conselheiros (maioria absoluta), prerrogativa esta essencial para que ocorra a aprovação das propostas por maioria simples. O processo de votação em que há necessidade de aprovação de 2/3 de todos os membros do conselhos acontece em algumas situações especiais, entretanto, apenas os conselhos do Novo Gama e Pirenópolis, não o preveem em seus regimentos. A presença de regras no processo de votação como especificadas nos regimentos interno e descritas nas entrevistas conferem um elevado grau de democratização ao processo decisório.

A pauta da reunião ordinária é definida durante a reunião ordinária que a precede como acontece nos conselhos de Buritis, Cidade Ocidental e Planaltina-GO. Nos conselhos de Formosa, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso a pauta é definida pelo presidente. No conselho do Novo Gama definem os conselheiros, a mesa diretora e a secretária executiva. Em Pirenópolis definem na reunião, os conselheiros e secretária executiva. Uma pauta construída coletivamente é uma boa preditora do grau de democratização interno dessas instituições, pois mais vozes estarão inseridas nesse processo, ao contrário de uma pauta definida pela presidência do conselho, independentemente do segmento que a ocupe, indica um grau de democratização mais baixo (Faria, Ribeiro, 2010).

A mudança na pauta não está prevista nos regimentos dos conselho de Buritis e Novo Gama. Nos conselhos da Cidade Ocidental, Formosa, Planaltina-GO e Pirenópolis os conselheiros durante a reunião com aprovação da maioria simples podem alterar a pauta, demonstrando possuírem regras mais simples. No caso de Valparaíso apenas mediante caso de relevância urgência e em Santo Antônio do Descoberto durante a reunião com aprovação de 2/3 dos conselheiros presentes, demonstrando um rigor maior para sua alteração.

Quanto à modificação do RI a maioria dos CMS prevê em seus regimentos a necessidade de um quórum qualificado de dois terços dos seus membros para que seja aprovada a proposta de modificação. Diferentemente dos conselhos do Novo Gama e Santo Antônio do Descoberto que são menos exigentes, sendo preciso apenas a obtenção de votos da maioria absoluta dos seus membros.

Outro ponto do desenho institucional refere-se ao grau de representação. Os dados revelam que apenas os conselhos de Buritis e Novo Gama preveem em seu RI as categorias de entidades representantes da sociedade civil. A baixa previsão de categorias de entidades representantes da sociedade civil pode ser analisada como uma baixa formalidade desses conselhos ou como possibilidade de uma pluralização da representação, ao oportunizar a disputa de diferentes atores (Faria, Ribeiro, 2010). Almeida (2010) defende que a não definição das entidades pode contribuir para a diversificação de interesses ali representados, todavia a não definição pode ser utilizada como forma de excluir as entidades que não se alinham ao projeto do governo. Nesse sentido há uma forte tendência às entidades se perpetuarem nos conselhos, tendo cadeira cativa, pois ao ser convocada a eleição para composição do conselho, são enviadas cartas-convite às entidades que já compõem o conselho, como revelado no conteúdo das entrevistas. É com base em tal prática que a resolução 453/2012 traz como recomendação que a cada eleição os segmentos de representantes de usuários, trabalhadores e prestadores de serviço, promovam a renovação de no mínimo 30% de suas entidades representantes (Brasil, 2012b). Todos os representantes do executivo são indicados, e em relação aos representantes da sociedade civil ora são eleitos, ora são indicados em sua maioria. Nas entrevistas os presidentes hesitaram ao responder tal questão, por não saber ao certo como se procede o processo de escolha nas entidades, citando na maioria dos casos a sua própria experiência ao ser eleito ou indicado pela entidade da qual ele representa. Independente da forma como chegam ao papel de representantes, se eleitos ou indicados, percebe-se que nos conselhos estudados, a representação da sociedade civil se constitui nos fóruns das entidades

envolvidas nas políticas (Faria, Ribeiro, 2010). Em relação à pluralidade da composição dos usuários nos CMS é notório o esvaziamento dos movimentos sociais, e é predominante a presença das associações de moradores, pastorais, igrejas e associações rurais. Infere-se que o princípio da pluralidade está comprometido nos conselhos estudados, pois a exigência de vários critérios para as entidades concorrerem a um assento no conselho como possuírem estatuto, sede, CNPJ, estrutura organizacional, reuniões periódicas registradas em ata, dentre outros, é compreendida como uma forma de delimitar as entidades e excluir os movimentos sociais. Dado que os movimentos sociais, por sua natureza, não apresentam hierarquia pois se organizam de forma mais descentralizada e horizontal, procurando uma construção como sujeitos políticos coletivos e menos como estrutura, seria salutar reconhecer outras formas de organização, as quais na maioria das vezes não são institucionalizadas (Moroni, 2009). Portanto, quanto menos regras, maior será a abertura desses espaços à renovação e à diversidade dos atores envolvidos (Faria, Ribeiro, 2011; Almeida, 2010).

Soma-se a isso o fato de municípios com população inferior a 100 mil habitantes, como é o caso da maioria dos municípios estudados, apresentarem dinâmica associativa menos significativa se comparados a municípios maiores (Cunha, Almeida, Faria, Ribeiro, 2011) como Valparaíso e Formosa, interferindo diretamente na renovação das entidades no conselho.

Os CMS, na qualidade de instâncias de participação social, fomentam a gestão participativa, nesse sentido, é salutar assegurar que uma ampla gama de atores seja representada nesses espaços participativos, incluindo grupos sociais marginalizados ou não organizados (Coelho, 2011).

A importância dos movimentos sociais e da sociedade civil nos espaços dos conselhos reside no fato de influenciarem a agenda pública, incluindo novos temas e novas demandas como as necessidades das populações locais, práticas alternativas, saúde da população negra e indígena, dos trabalhadores rurais, entre outras, isto é, de grupos até então excluídos, permitindo o estabelecimento de relações em condições equânimes (Müller Neto, Artmann, 2012).

Vale lembrar que o êxito dos conselhos de saúde como mecanismo de gestão participativa depende da existência de gestores públicos comprometidos, cidadãos mobilizados e procedimentos organizacionais inovadores (Coelho, 2011).

6.3 PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE ACERCA DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO OS CONSELHOS DE SAÚDE

O conteúdo das oito entrevistas ou unidades de contexto inicial (u.c.i.) processado pelo *software ALCESTE* apresentou uma divisão do corpus em 640 unidades de contexto elementar (u.c.e.), contendo 27896 palavras. Foram consideradas para fim de análise pelo programa 612 uce's, sendo descartado o restante.

O quadro que se segue diz respeito às classes identificadas pelo programa condicionadas a um único eixo temático, bem como a relação entre as classes (a relação significativa é considerada a partir de $R > \text{ou} = 0,50$), seguido pelo número de u.c.e que compõe cada classe, pelas variáveis descritivas e apresenta ainda as palavras de maior associação com a referida classe.

Como verificado no dendograma (Figura 2), a análise lexical resultou na identificação de um eixo temático composto por quatro classes:

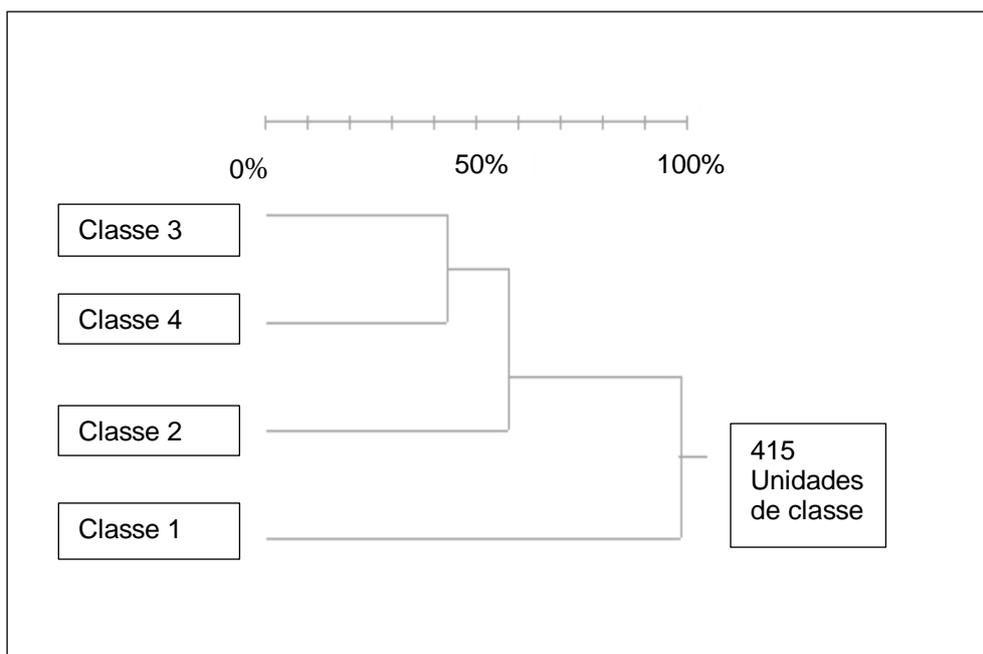


Figura 2 - Dendrograma resultante da CHD do conteúdo das entrevistas com 8 presidentes dos conselhos municipais de saúde da RIDE-DF.

Os gráficos a seguir (Figuras 3 e 4) apresentam respectivamente a distribuição das u.c.e. e das palavras analisadas nas quatro classes, onde há claro predomínio de um maior número de u.c.e. e palavras na classe 1, seguido da classe 3.

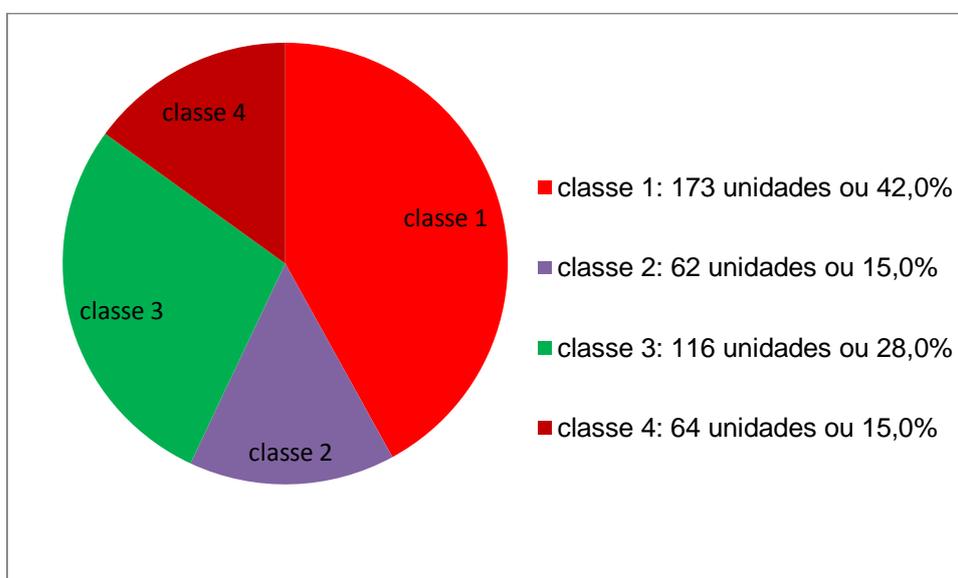


Figura 3 - Distribuição das unidades de contexto elementar nas classes.

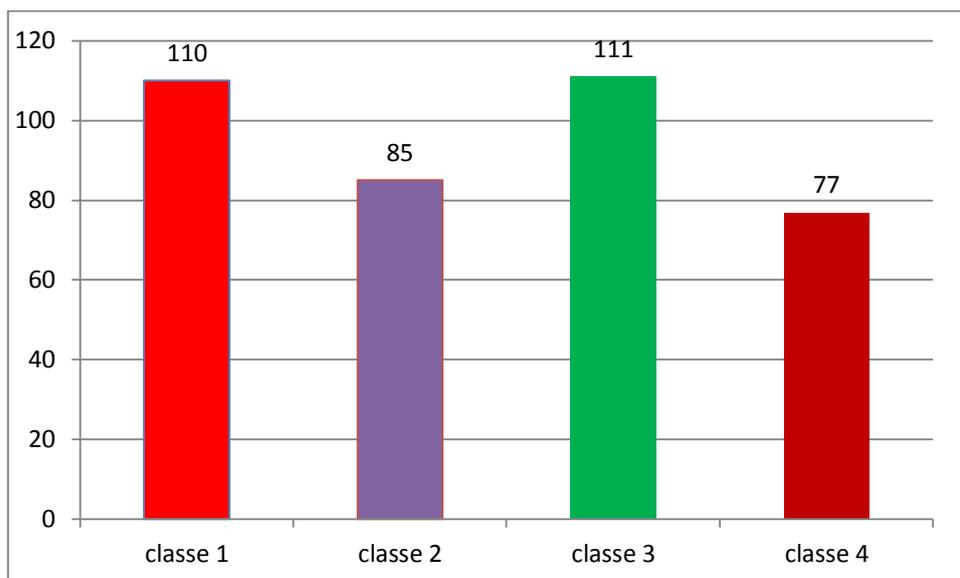


Figura 4 - Número de palavras analisadas por classe.

A classe 1 (configurações para o funcionamento dos conselhos) apresentou 173 u.c.e., o que corresponde a 42,0% do total de u.c.e. do *corpus* e as variáveis descritivas significativas foram os conselheiros pertencerem ao segmento de trabalhador, ser do sexo feminino, ter ensino médio, e idade entre 30 e 39 anos e 50 e 59.

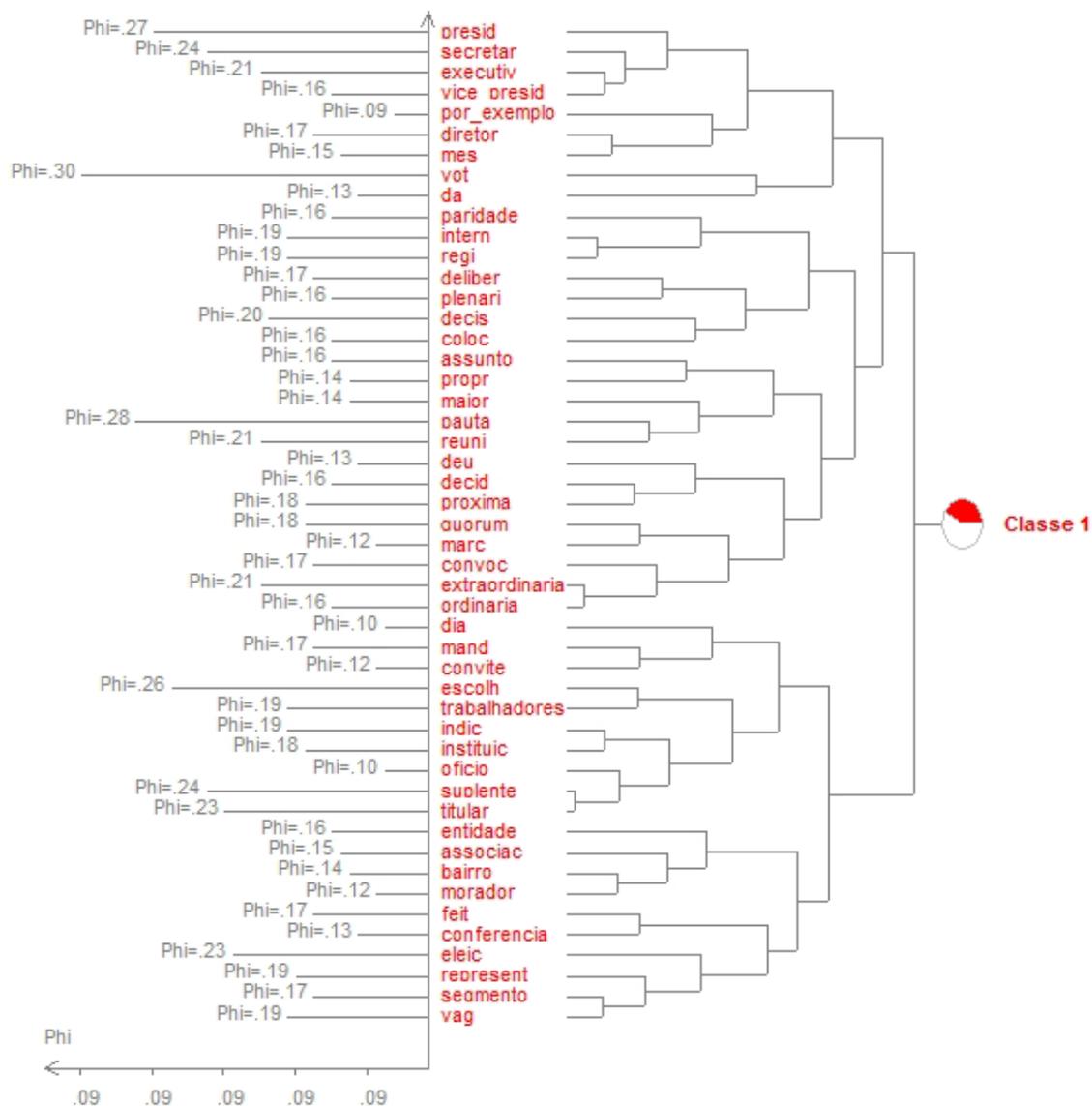


Figura 5 - Classificação ascendente hierárquica da classe 1: palavras que caracterizam a classe 1 com qui-quadrado.

A classe 1 trata do processo de escolha dos conselheiros por suas entidades/organizações de base, que na maioria dos casos ocorre por indicação. Outro ponto levantado é o processo de tomada de decisões, onde prevalecem as que tiveram metade mais um dos votos a favor, determinado por maioria simples. Entretanto, antes de se proceder a votação, é preciso que as reuniões tenham quórum mínimo (metade mais um dos conselheiros) para que a sessão plenária seja deliberativa.

(...) quanto ao processo de escolha dos conselheiros a própria entidade que indica, a gente manda a carta convidando e solicitando um ofício indicando quem será o titular e o suplente, mas é a própria instituição quem define, quem escolhe. (Sujeito 3)

(...) primeiro que para ter deliberação é preciso ter metade mais um senão a gente nem vota senão tiver essa metade absoluta a gente não vota. Tem dificuldade muito nisso porque marca reunião e não tem quórum, não deu, então não vota, transfere para próxima ou faz uma extraordinária, vai fazer a votação pelo plenário diante disso o que a maioria decidir é o que vai ficar. (Sujeito 6)

A classe 1 ainda apresenta a estrutura organizacional dos conselhos como sendo composta pelo presidente, vice-presidente, secretário administrativo, secretário executivo e os membros titulares e suplentes.

A estrutura organizacional do conselho é a presidência, o corpo administrativo que é o presidente, o secretário administrativo, o secretário executivo e o vice-presidente e vem os membros titulares e os membros suplentes. (Sujeito 1)

A classe 2 intitulada “fiscalização dos gastos públicos” agregou 62 u.c.e., correspondendo a 15,0% do total do *corpus* e as variáveis descritivas que mais representaram esta classe foram os conselheiros pertencerem ao segmento de usuário, serem do sexo masculino, ter o ensino superior e possuírem mais de 60 anos de idade.

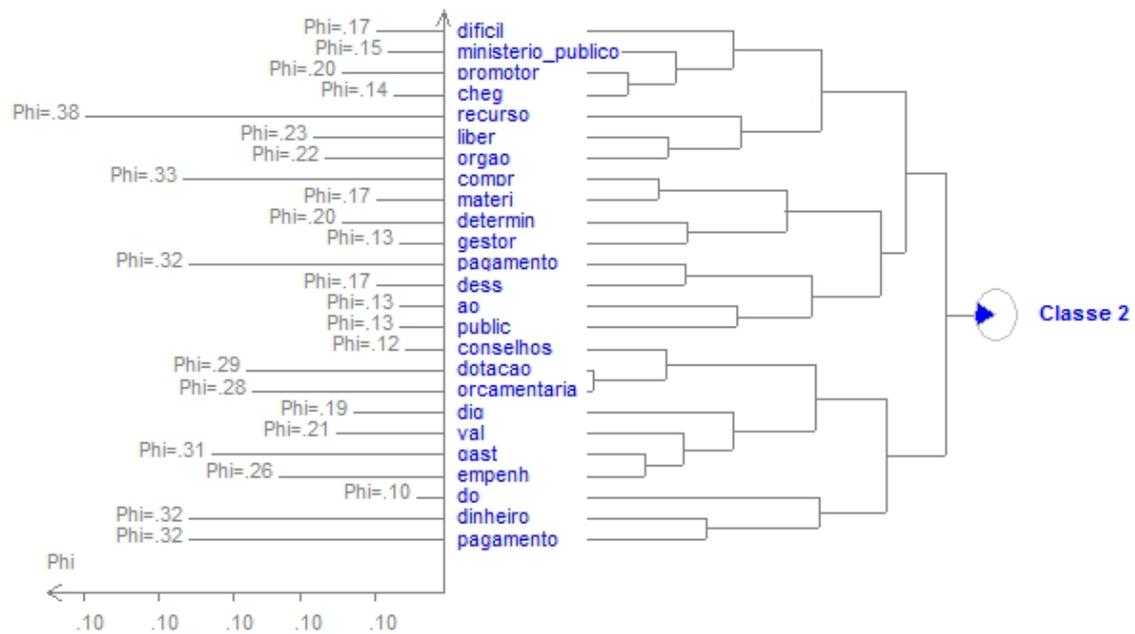


Figura 6 - Classificação ascendente hierárquica da classe 2: palavras que caracterizam a classe 2 com qui-quadrado.

A classe 2 refere-se a fiscalização dos gastos em saúde pelo conselho, ministério público e tribunal de contas. Expressa também a dificuldade de acesso a documentos da secretária municipal de saúde para realização da fiscalização e da dificuldade de acesso ao ministério público frente a denúncias que exigem ações midiáticas.

(...) a gente precisava muito que o ministério público olhasse isso com mais afinco, com mais seriedade sobre o que é o conselho, o que são os recursos vindos do ministério da saúde e órgãos coligados para que a gente pudesse fiscalizar mais, (...). (Sujeito 8)

(...) o caso de funcionários que estão no município contratados, concursados, comissionados, a gente hoje está procurando em cada órgão verificar a presença desses funcionários que estão na folha, para conseguir essa folha a gente levou cerca de quase dois meses para eles enviarem a folha de pagamento com o nome do funcionário e órgão de lotação. (Sujeito 6)

(...) então a gente queria que essa dificuldade não existisse que o promotor estivesse naquele momento com mais atenção a esses recursos que chegam, as denúncias do conselho porque é um conselho que briga com um órgão que tem recurso próprio,(...). (Sujeito 8)

Emergiu das falas que compõem a classe 2 que a falta de dotação orçamentária dos conselhos limita a atuação dos conselheiros, uma vez que suas ações ficam dependentes da boa vontade do gestor. Retrata ainda o desvio de conduta do gestor, concretizada na apropriação indébita do dinheiro público.

(...) ora o gestor não quer saber muito, por isso que eu acho que deveria ter um recurso determinado para o uso do conselho se não gastou esse mês fica para o mês seguinte ou no fim do ano se destina o recurso para comprar um medicamento, (...) para que o conselho pudesse ter tranquilidade uma vez que e um órgão que não é remunerado, ninguém é remunerado. A gente não tem nem mesmo a liberdade de comprar aquilo que o conselho precisa proporcionar. (Sujeito 8)

(...) o secretário de saúde que saiu por último até com mala de dinheiro, ouvi dizer que trocou de carro e saiu por aí e deixou todo mundo sem pagar, isso eu sei que deixou, não pagou ninguém. (Sujeito 8)

A classe 2 demonstra ainda que os conselheiros tem dificuldade em fiscalizar os gastos públicos por não saberem distinguir uma dotação orçamentária, de um empenho ou uma nota de pagamento. E que seria benéfico ao funcionamento do conselho, se mediante dotação orçamentária, pudesse contratar um especialista ou perito no assunto para auxiliar os conselheiros na fiscalização da prestação de contas. Em contrapartida, há pensamento divergente em que peritos já bastam os existentes no tribunal de contas.

(...) saber distinguir o que é dotação orçamentária, o que é empenho, do que é nota de pagamento, o que é nota de liquidação e direcionar para a secretaria municipal de saúde, procurar o tesoureiro, e pedi para verificar essa documentação, (...). (Sujeito 1)

(...) existe o tribunal de contas que é um órgão especializado para avaliar a prestação de contas, então muitos conselheiros ficam se apegando aos gastos eu não vou me apegar a gastos eu só olho se foi gasto dentro do bloco de financiamento, (...). (Sujeito 4)

A classe 3 (caracterização da participação social) composta por 116 u.c.e., (28,0% do total de u.c.e. do *corpus*), apresentou como variáveis predominantes os conselheiros serem do segmento de gestor, do sexo masculino, com grau de escolaridade superior e idade entre 25 e 29 anos.

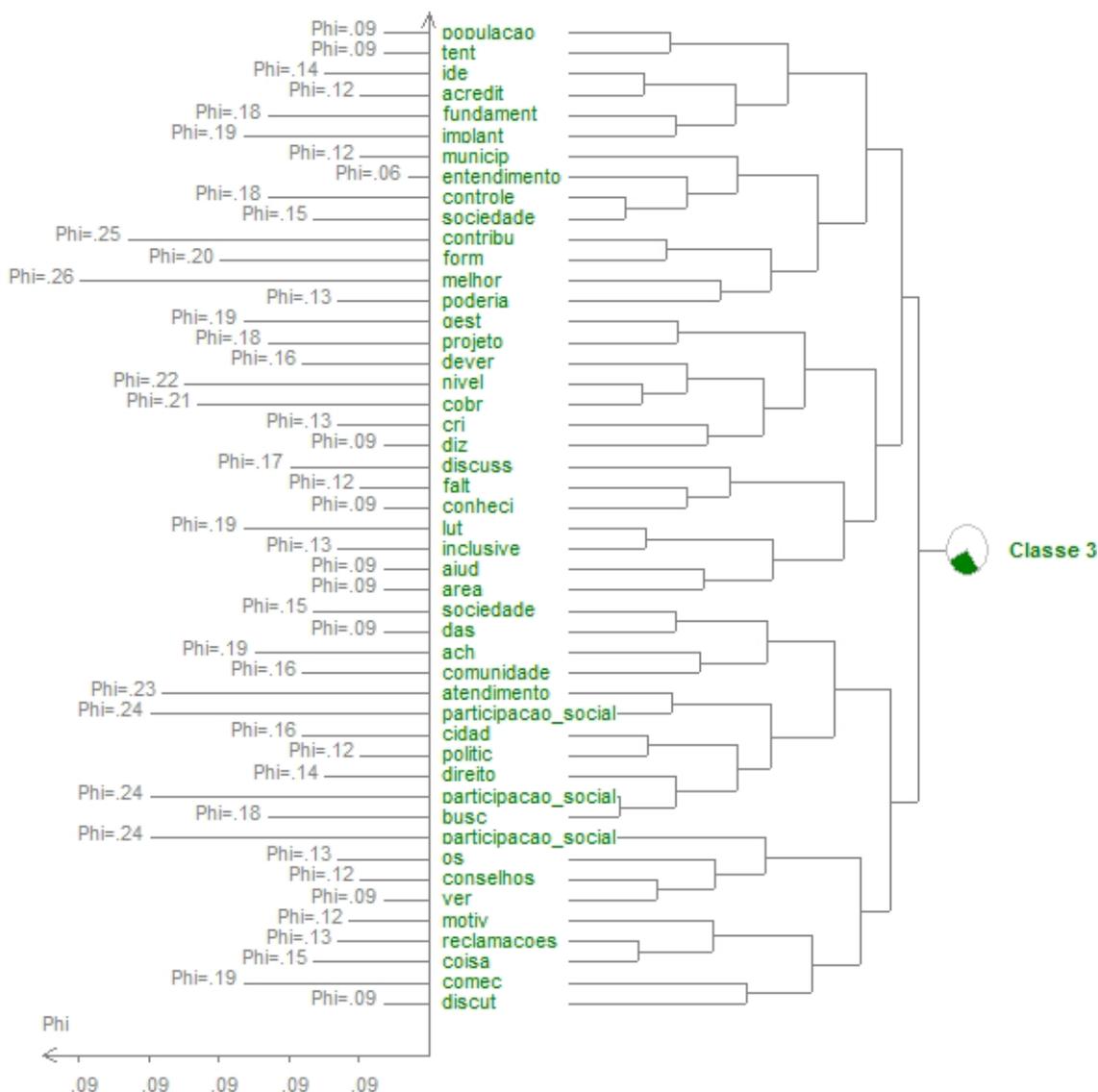


Figura 7 - Classificação ascendente hierárquica da classe 3: palavras que caracterizam a classe 3 com qui-quadrado.

A classe 3 relaciona-se com a motivação de ser conselheiro, pela crença do conselheiro em um ideal, seja ele de melhorar a saúde do seu município, de materializar as propostas oriundas do conselho, de mobilizar a comunidade para que ocorram mudanças, de concretizar o direito à saúde, de aprovar políticas públicas, seja ele de participar na elaboração de projetos.

(...) eu entendo é fundamental uma vez que as pessoas participam por acreditar em um ideal sem nenhuma remuneração do seu trabalho enfim só participam buscando a melhoria do atendimento à população do seu município. (Sujeito 4)

A participação social aqui posta é vista como um direito e refere-se à capacidade da população de participar do planejamento das ações em saúde dentro do conselho, o que lhe confere autonomia para autorizar ou não aplicação de verbas, bem como a execução de programas.

(...) na minha ótica a participação em saúde da sociedade é um direito uma vez que a sociedade ela pode reivindicar e provar a implantação das políticas públicas de saúde que busca atingir os objetivos daquela comunidade, (...). (Sujeito 4)

(...) eu tento buscar a população para participar, para tentar ali planejar as ações, buscando a prevenção e também resolver os problemas dentro do conselho porque dentro do conselho a gente tem autonomia de autorizar ou não o que a secretária de saúde vai fazer, a questão das verbas, se eles vão implantar algum programa, (...). (Sujeito 3)

Com fins de tornar permeável a participação social, caberia aos gestores municipais ouvir o conselho e colaborar na sua divulgação, enquanto aos gestores federal e estadual caberia cobrar dos gestores municipais o estímulo ao fortalecimento do controle social.

(...) eu acho que deveria haver uma participação maior do nível federal para o fortalecimento do conselho, a gente não está querendo que o poder decisório seja do conselho, mas a gente quer que se ouve o conselho antes da implantação e na elaboração de qualquer projeto, essa nova gestão que assumiu, não foi nada para o conselho ainda, (...). (Sujeito 4)

(...) nós temos um trabalho de divulgação árduo porque nosso conselho não é bem conhecido dentro do município acredito que com essa nova gestão possa

estar colaborando mesmo porque a nova resolução esta dando mais autonomia para o conselho (...). (Sujeito 7)

(...) eu acho que infelizmente os níveis acima não pressionam, aí acaba o conselho batendo muito de frente, acaba a gente ficando de certa forma antipático com relação aos gestores. Eu entendo que o governo federal deveria cobrar mais dos gestores com relação a certas implantações de programas no nível municipal. (Sujeito 4)

Do ponto de vista de um conselheiro seria salutar diminuir a ação partidária dentro dos conselhos, por este último possuir objetivos eleitoreiros. Entretanto, em sua fala a única organização que traz questionamentos fundamentados à discussão em plenária é o sindicato, justamente por ter pessoas com formação política. Por vezes o processo decisório pode ser influenciado pela qualidade da oratória dos membros do conselho, por isso é indicado que os conselheiros tenham acesso a capacitações ou formações, com a finalidade de que a discussão aconteça no mesmo nível.

(...) tentar fazer com que a ação política partidária diminuísse dentro das ações do conselho e o conselho cuidasse um pouco mais da área efetiva que é mediar o atendimento do cidadão. (Sujeito 1)

(...) A única organização que traz questionamento mais fundamentado, mas com uma visão política é o sindicato porque existem segmentos partidários e eles têm objetivos claros já foi percebido por mim em muitas reuniões que eles têm objetivos claros de travar a gestão existente para que eles assumam posteriormente, (...) (Sujeito 1)

(...) talvez seja o mais bonito ou o que falou melhor, enfim alguma coisa faz com, direcione aquele canal. Por isso que eu acho que a formação do conselheiro é fundamental para que toda discussão ela seja num nível só. (Sujeito 4)

(...) são raríssimos os conselheiros que conseguem pegar uma pasta de balancete e diagnosticar ali alguma falha realmente que comprometa a gestão, comumente eu observo bastante, existe bastante questionamento que não tem fundamento por falta de entendimento, falta de conhecimento técnico então os conselheiros eu acho deveriam ser melhor preparados para serem conselheiros. (Sujeito 1)

A classe 4 (qualificação das discussões) formada por 64 u.c.e., referente a 15,0% do total de u.c.e. do corpus, caracterizou-se pelas seguintes variáveis: conselheiros do segmento de trabalhadores, do sexo feminino, com grau de escolaridade superior incompleto, com idade entre 18 e 24 anos.

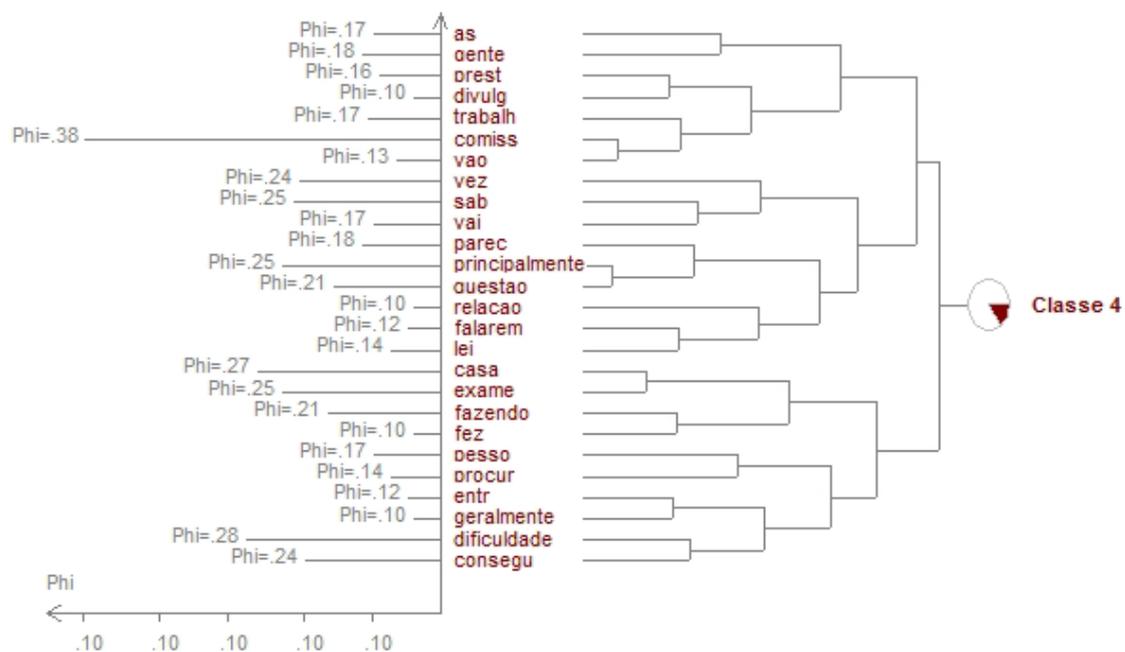


Figura 8 - Classificação ascendente hierárquica da classe 4: palavras que caracterizam a classe 4 com qui-quadrado.

A classe 4 aborda a importância de comissões dentro do conselho com a finalidade de qualificar às discussões, bem como da necessidade de assessoria jurídica para apreciação do relatório de prestação de contas, dentre outros documentos. E que é imprescindível que os conselheiros tenham acesso ao material de base com certa brevidade da reunião plenária, bem como se

preparem mediante pesquisa e estudo antes da tomada de decisão em uma reunião plenária, principalmente pela dificuldade que possuem quanto análise legal dos documentos encaminhados pela secretaria municipal de saúde.

(...) nós temos as comissões de finança que vão avaliar, a gente analisa muito as contas da secretária de saúde, temos a comissão do trabalho do PSF, que é aquela prestação de serviços dos PSF, (...). (Sujeito 5)

(...) às vezes vai no sábado que é o dia que o pessoal está mais em casa e faz essa divulgação. Então hoje nós temos duas comissões: de prestação de contas e de divulgação. (Sujeito 6)

(...) então alguns casos a gente procura essa assessoria jurídica que vai nos conduzir, (...), às vezes até de mostrar a lei, olha a lei é esta, então vocês vão estudar essa lei, vão questionar em cima dessa lei. (Sujeito 6)

(...) você não sabe, mas você vai pesquisar, você vai procurar quem sabe, aí eu falo para eles vocês podem me procurar, porque lá a gente tem internet, a gente pesquisa na internet, a gente tem o sindicato que ajuda muito a gente em relação as leis, porque eles têm uma assessoria jurídica, (Sujeito 6)

(...) principalmente a questão de leis igual tem leis de diretrizes orçamentarias, lei orçamentária anual, então quando a gente vai avaliar essa questão eles ficam muito confusos não adianta só uma comissão ir lá e dar o seu parecer, (...). (Sujeito 6)

(...) até eles reclamam que antes assinavam e nem sabiam o que estavam assinando, muitos deles falam, hoje eles querem saber, às vezes a gente explica três, quatro vezes, às vezes eu fico até cansada, porque eu repito muito a mesma coisa, (...). (Sujeito 6)

6.4 DISCUSSÃO DA PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE ACERCA DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

A partir da análise das entrevistas em profundidade com os presidentes dos conselhos municipais de saúde foi possível identificar um único eixo temático, a ser chamado de participação social, constituído por 4 classes que caracterizam a participação social em saúde no âmbito dos conselhos de saúde pelos presidentes, assim denominados: configurações para o funcionamento dos conselhos; fiscalização dos gastos públicos; caracterização da participação social e qualificação das discussões.

A classe 1 (configurações para o funcionamento dos conselhos) apresentou como variáveis descritivas significativas os conselheiros pertencerem ao segmento de trabalhador, ser do sexo feminino, ter ensino médio, e idade entre 30 e 39 anos e 50 e 59. A classe 1 trata de dois processos que acontecem nos conselhos: o processo de escolha dos seus membros realizado por indicação de suas entidades/organizações de base; e o processo de tomada de decisões, onde prevalecem as que tiveram metade mais um dos votos a favor, determinado por maioria simples, desde que as reuniões tenham quórum mínimo. A estrutura organizacional dos conselhos descrita no conteúdo das falas apresenta-se composta pelo presidente, vice-presidente, secretário administrativo, secretário executivo e os membros titulares e suplentes. As normas que balizam a dinâmica de funcionamento dos conselhos que dizem respeito ao processo de escolha de seus membros, procedimentos de tomadas de decisão e a estrutura organizacional retratam o formato do desenho institucional, os quais tornam os conselhos aptos a expandir e democratizar o acesso às políticas públicas de saúde, sendo importantes na determinação da efetividade deliberativa (Faria, Ribeiro, 2010; Almeida, 2009).

Na classe 2 (fiscalização dos gastos públicos) as variáveis descritivas mais representativas foram os conselheiros pertencerem ao segmento de

usuário, serem do sexo masculino, ter o ensino superior e possuírem mais de 60 anos de idade. Esta classe refere-se à fiscalização dos gastos em saúde pelos órgãos públicos como conselho, ministério público e tribunal de contas. Os presidentes referiram obstáculos à execução da fiscalização dos gastos públicos em saúde devido à dificuldade de acesso a documentos da secretária municipal de saúde, falta de conhecimento dos conselheiros para avaliação da prestação de contas e dificuldade de acesso ao ministério público frente às denúncias de apropriação indébita do dinheiro público. A desqualificação dos conselheiros para o exercício de suas atribuições interfere na qualidade dos debates que antecedem os processos decisórios (Souza, Silva, Nóbrega, Constâncio, 2012; Duarte, Machado, 2012; Silva, Silva, Lima, Fernandes et al, 2012; Oliveira, Pinheiro, 2010; Cotta, Cazal, Rodrigues, 2009). Além do que enseja a participação assimétrica dos atores, em virtude do constrangimento gerado pelo nível de formação e informação (Oliveira, Pinheiro, 2010), principalmente quando se trata de assuntos relativos ao acompanhamento e fiscalização da aplicabilidade dos recursos financeiros destinados aos serviços de saúde (Correia, 2005). Nesse sentido, Machado & Duarte (2012) propõem uma política de educação permanente que acompanhe a rotatividade da composição nos conselhos. A dificuldade de acesso aos documentos de prestação de contas demonstra a falta de compromisso dos gestores com a gestão participativa, prejudicando a eficácia desse processo. Emergiu das falas que a falta de dotação orçamentária dos conselhos limita a sua atuação por impedir a contratação de um especialista ou perito para auxiliar os conselheiros na fiscalização da prestação de contas e por gerar uma relação de dependência com a gestão. Todavia, há pensamento divergente em que peritos já bastam os existentes no tribunal de contas. Em pesquisa realizada nos CMS da RIDE-DF foi constatada que os conselhos não apresentam uma estrutura logística de funcionamento, dependendo da estrutura institucional das secretarias municipais de saúde e de espaços improvisados para reuniões, tal situação gera dificuldades para a atuação autônoma, podendo interferir na qualidade da democracia deliberativa das questões políticas a elas vinculadas (Pereira, Lima, Shimizu, Dytz, 2009).

A classe 3 (caracterização da participação social) apresentou como variáveis predominantes os conselheiros serem do segmento de gestor, do sexo masculino, com grau de escolaridade superior e idade entre 25 e 29 anos. Na classe 3 os presidentes expõem que a motivação de ser conselheiro advém da crença em um ideal, como por exemplo, o de melhoria das condições de saúde da sua comunidade, por meio da implementação de propostas apresentadas pelo conselho, da mobilização da comunidade para que ocorram mudanças, da concretização do direito à saúde, da participação na elaboração e aprovação de políticas públicas. Tal visão difere da apresentada em outros estudos em que predominou a motivação para a participação na esfera de representação de interesses, centrada na troca de favores, visando atender interesses e satisfazer necessidades particulares, mantido por um aliciamento recíproco entre o cidadão, o representante do usuário e o político, prática clientelista e patrimonialista, herança do Brasil Colonial (Farias Filho, Silva, Mathis, 2014; Bispo Júnior, Gerschman, 2013; Pereira Neto, 2012). A participação social é vista pelos presidentes como um direito e refere-se à capacidade da população de participar do planejamento das ações em saúde dentro do conselho, com autonomia para alocação das verbas e definição da execução de programas. Para tanto caberia aos gestores em todos os níveis estimularem a participação social e fortalecerem o controle social por meio da escuta do conselho e de colaborarem na sua divulgação. Achado semelhante foi encontrado por Shimizu, Pereira, Cardoso e Bermudez (2013) em que os conselheiros reconheceram a participação social em saúde como um direito do cidadão, constituindo-se importante canal para o exercício da cidadania e da construção de novos direitos. O engajamento dos gestores públicos nos conselhos é destacado como um dos fatores para a efetividade da participação social em saúde, o qual aliado a cidadãos mobilizados e procedimentos organizacionais inovadores seriam capazes de integrar grupos sociais marginalizados ao processo de elaboração das políticas públicas (Coelho, 2011).

A ação partidária dentro dos conselhos, ora é vista com descrédito tendo em vista objetivos eleitoreiros, ora é vista como importante por fomentar o debate em plenária. Por vezes o processo decisório pode ser influenciado pela

qualidade da oratória dos membros do conselho, por isso é indicado que os conselheiros tenham acesso a capacitações ou formações.

A classe 4 (qualificação das discussões) caracterizou-se pelas seguintes variáveis: conselheiros do segmento de trabalhadores, do sexo feminino, com grau de escolaridade superior incompleto, com idade entre 18 e 24 anos. A classe 4 traz a importância de comissões temáticas dentro do conselho com a finalidade de qualificar as discussões, bem como do acesso ao material de base (documentos encaminhados pela secretaria municipal de saúde) antes da reunião plenária, devido a necessidade de pesquisa e estudo para a tomada de decisão, tendo em vista a dificuldade que os conselheiros possuem para análise da legalidade dos documentos. Todo esse preparo visa qualificar cognitivamente o debate e reduzir as assimetrias informacionais entre representantes do governo e dos outros segmentos (Faria, Ribeiro, 2011).

6.5 ESTRUTURA DO NÚCLEO CENTRAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE X DOENÇA E DIREITO À SAÚDE X CIDADANIA

A primeira parte do questionário de evocação refere-se ao perfil dos conselheiros participantes da pesquisa. Após tabulação dos dados dos 71 questionários foi possível verificar que os conselheiros participantes da pesquisa possuem em média 42 anos de idade, que 53,5% são do sexo feminino e 46,5% são do sexo masculino. Quanto ao segmento que representam nos conselhos municipais de saúde, 16,9% são representantes de gestores; 40,8% de trabalhadores e 42,3% de usuários. A maioria dos conselheiros da amostra são servidores públicos correspondendo a 56,3% da amostra. Em torno de 59% dos conselheiros estão no primeiro mandato. Em relação ao grau de escolaridade, 52,2% possuem ensino médio e 39,4% possuem ensino superior. Entre os conselheiros 69% não tem plano de saúde. Outro dado interessante diz respeito ao uso do SUS, onde 94,4% afirmaram

usá-lo. Entre os conselheiros que usam o SUS, 74,7% o fazem sempre ou frequentemente, enquanto 25,3% o fazem às vezes ou raramente.

Tabela 32 - Características sócio demográficas dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF - 2012

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Segmento		
Gestor	12	16,9
Trabalhador	29	40,8
Usuário	30	42,3
Total	71	100
Sexo		
Masculino	33	46,5
Feminino	38	53,5
Total	71	100
Situação Trabalhista		
Empregado com carteira	3	4,2
Empregado sem carteira	6	8,5
Servidor público	40	56,3
Aposentado/Pensionista	5	7,0
Trabalhador Autônomo	6	8,5
Empresário	5	7,0
Desempregado	6	8,5
Total	71	100
Mandato no CMS		
1 mandato	42	59,2
2 mandatos	15	21,1
3 mandatos	10	14,1
4 mandatos	2	2,8
5 mandatos	2	2,8
Total	71	100
Grau de escolaridade		
1º grau incompleto	4	5,6
2º grau incompleto	2	2,8
2º grau completo	37	52,2
Superior completo	28	39,4
Total	71	100
Renda mensal		
< 1SM	2	2,8
=>1 < 2 SM	22	31
=>2 < 3 SM	11	15,5
=>3 < 4 SM	6	8,5
=>4 < 5 SM	9	12,7
=>5 SM	21	29,6
Total	71	100
Plano de Saúde		
Tem	22	31
Não tem	49	69
Total	71	100
SUS		
Usa	67	94,4
Não usa	4	5,6
Total	71	100
Frequência de uso do SUS		
Sempre	17	23,9
Frequentemente	33	46,5

Às vezes	2	2,8
Raramente	15	21,1
Total	67	100

A segunda parte do questionário de evocação revela os achados sobre a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde sobre os termos Saúde e Doença como descrito a seguir.

Os dados apresentados nas tabelas 32 e 34 encontram-se organizados na tabela de quatro casas, sendo o quadrante superior à esquerda denominado de núcleo central, o qual corresponde a parte mais estável e permanente em uma representação, conferindo-lhe sentido; o inferior, à esquerda, denomina-se zona de contraste, onde pode ser percebido um subgrupo representacional, o que significa dizer que ele pode demonstrar grupos que pensam de modo diferente da maioria. Os dois quadrantes à direita são a primeira periferia (superior) e a segunda (inferior), que expressam o contexto imediato que as pessoas vivem, o seu contato com a realidade.

Em relação aos elementos centrais da saúde (Tabela 33) a ideia de atendimento associa-se com bem-estar, qualidade de vida, vida. Ou seja, o acesso ao atendimento tem como consequências uma melhor qualidade de vida. No segundo quadrante estão os termos que provavelmente fazem parte do sistema periférico mais próximo do núcleo central, onde a saúde relaciona-se a alimentação e a prevenção. No terceiro quadrante ou zona de contraste aparece um subgrupo representacional formado pela ideia de ausência de doença e dos condicionantes de saúde. No sistema periférico mais distante, a saúde relaciona-se a atenção básica, a acessibilidade e ao amor. Aparece ainda outros elementos que visam garantir a manutenção da saúde e o seu restabelecimento, além de elementos que influenciariam no provimento e qualidade dos serviços de saúde como a fiscalização e a capacitação.

Tabela 33 - Quadro de quatro casas, com a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF sobre o termo Saúde - 2012

Núcleo Central			Sistema Periférico – Primeira Periferia		
1º Quadrante Frequência >= 10 Ordem Média de Evocação <3			2º Quadrante Frequência >= 10 Ordem Média de Evocação >=3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
atendimento	10	2,300	alimentação	14	3,429
bem estar	21	2,000	prevenção	10	3,300
qualidade de vida	13	2,385			
vida	12	2,083			
Sistema Periférico – Zona de Contraste			Sistema Periférico – Segunda Periferia		
3º Quadrante Frequência <10 Ordem Média de Evocação <3			4º Quadrante Frequência < 10 Ordem Média de Evocação >=3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
ausência de doença	7	2,857	atenção básica	4	4,500
bem estar físico	6	1,667	acessibilidade	3	3,333
bem estar social	5	2,600	amor	4	4,750
conforto	3	2,667	atividades físicas	6	3,667
dedicação	3	2,333	bem estar econômico	3	3,333
direito	5	1,400	bem estar mental	7	3,286
educação	6	2,667	capacitação	3	4,333
felicidade	4	2,750	compromisso	5	4,200
higiene	3	2,333	conhecimento	3	4,667
lazer	3	2,333	disposição	4	3,500
precária	3	2,667	emprego	4	4,000
responsabilidade	5	2,600	família	5	4,400
sus	3	2,000	fiscalização	4	3,500
			hospital	6	3,833
			humanização	6	3,500
			igualdade	3	4,333
			medicamento	6	4,167
			médico	5	3,600
			melhorias	6	3,167
			prioridade	3	3,000
			respeito	6	3,500

A tabela 34 apresenta o teste de centralidade do termo saúde, nele é possível perceber que os elementos atendimento, bem-estar, qualidade de vida e vida se mantêm como centrais tanto na ordem de evocação quanto na ordem de importância.

Tabela 34 - Teste de centralidade do termo Saúde, RIDE-DF - 2012

	Evocação			Importância		
	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.I.
NC	Atendimento	10	2,300	atendimento	10	2,500
	bem estar	21	2,000	bem estar	21	2,667
	qualidade de vida	13	2,385	qualidade de vida	13	2,692
	vida	12	2,083	vida	12	1,750
SP	alimentação	14	3,429	alimentação	14	3,286
	prevenção	10	3,300	prevenção	10	3,200

No caso do termo doença, há dois eixos que chamam atenção no núcleo central: a doença em si, a patologia, neste caso, objetivada no câncer e a ideia de dor, tristeza, sofrimento em decorrência do adoecimento. No segundo quadrante estão os termos que provavelmente fazem parte do sistema periférico mais próximo do núcleo central, onde a doença relaciona-se a depressão e a morte. No terceiro quadrante ou zona de contraste aparece um subgrupo representacional que mantém a ideia de patologia representada na aids, na dengue, na hipertensão, na doença mental, onde o atendimento pode levar a cura, e a doença remete a algo ruim. Aparece ainda o elemento má alimentação, como um dos condicionantes do adoecimento. No sistema periférico mais distante, a saúde relaciona-se a atenção básica, a acessibilidade e ao amor. Aparece ainda outros elementos que visam garantir a manutenção da saúde e o seu restabelecimento, além de elementos que influenciariam no provimento e qualidade dos serviços de saúde como a fiscalização e a capacitação.

Tabela 35 - Quadro de quatro casas, com a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF sobre o termo Doença - 2012

Núcleo Central			Sistema Periférico – Primeira Periferia		
1º Quadrante Frequência >= 6 Ordem Média de Evocação <3			2º Quadrante Frequência >= 6 Ordem Média de Evocação >=3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
câncer	9	1,889	depressão	7	3,143
diabetes	6	2,500	morte	10	3,400
dor	12	2,000			
mal estar	6	2,667			
sofrimento	6	2,667			
tratamento	5	1,875			
tristeza	10	2,800			
Sistema Periférico – Zona de Contraste			Sistema Periférico – Segunda Periferia		
3º Quadrante Frequência < 6 Ordem Média de Evocação <3			4º Quadrante Frequência < 6 Ordem Média de Evocação >=3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
aids	5	2,800	atenção básica	3	4,000
atendimento	3	1,667	angustia	3	3,333
ausência de saúde	3	1,667	ansiedade	3	4,667
cura	4	2,500	AVC	3	3,667
dengue	4	2,000	estresse	3	3,000
hipertensão	5	2,800	falta de higiene	4	3,500
má alimentação	4	2,500	falta de saneamento	3	3,333
mental	3	1,333	fraqueza	3	5,000
ruim	4	1,500	hospital	5	3,600
			incapacidade	3	5,333
			infecções	3	4,000
			medicamento	5	3,800
			médico	3	5,000
			prevenção	3	5,000

A tabela 36 demonstra o teste de centralidade do termo doença, nele os elementos câncer, dor e tristeza permanecem centrais nas análises de evocação e importância.

Tabela 36 - Teste de centralidade do termo Doença, RIDE-DF - 2012

	Evocação			Importância		
	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.I.
NC	câncer	9	1,889	câncer	9	1,889
	diabetes	6	2,500	dor	12	2,250
	dor	12	2,000	tristeza	10	2,900
	mal estar	6	2,667			
	sofrimento	6	2,667			
	tratamento	8	1,875			
	tristeza	10	2,800			
SP	depressão	7	3,143	depressão	7	3,000
	morte	10	3,400	diabetes	6	3,500
				mal estar	6	3,333
				morte	10	3,700
				sofrimento	6	3,500
				tratamento	8	3,125

A partir dos testes de centralidade é possível notar que os elementos parecem compor o núcleo central das representações sociais acerca da saúde e doença.

Em relação à análise de conteúdo dos dados coletados na questão aberta referentes ao termo indutor saúde emergiram quatro categorias temáticas:

- Bem estar: onde os conselheiros percebem a saúde como bem estar físico, mental, social e espiritual, relacionando a ausência de doença.
- Versão preventivista: depreendeu-se uma visão de limitação do dano, prevenção das doenças e necessidade de diagnóstico precoce para início do tratamento e obtenção da cura.
- Condicionantes de saúde: do discurso coletivo apreendeu-se que a saúde depende das condições de vida da pessoa, do modo de viver, de acesso a lazer, emprego, moradia, da alimentação, do descanso, da educação (para cuidar-se melhor) e do meio ambiente, que por sua vez influenciam na qualidade de vida e na longevidade.
- SUS: no discurso surgiram os princípios e diretrizes do SUS, a questão do financiamento da saúde e da responsabilidade dos gestores de garantir tal direito social, a necessidade de mais profissionais da saúde, de acesso ao atendimento pelos profissionais da saúde, de maneira humanizada nas unidades da saúde, com ênfase nas consultas

médicas, de acesso aos medicamentos em função do tratamento, bem como acesso à realização de exames.

Quanto ao termo indutor doença desvelaram-se cinco categorias temáticas:

- **Patologia:** os conselheiros revelaram em suas entrevistas a ideia de doença vinculada à patologia em si, como câncer, diabetes, hipertensão, DST/AIDS, AVC, transtornos mentais, hanseníase, tuberculose, asma, infecções, além dos sinais e sintomas relacionados às patologias como pressão alta, dor de cabeça, desânimo, elevação do colesterol, febre, dor física e psíquica, falta de ar, níveis de nicotina no sangue.
- **Sufrimento:** os conselheiros desvelaram em suas experiências de vida a perda da produtividade, a dependência da pessoa doente de outras pessoas, os sentimentos vivenciados de tristeza, dor, ansiedade, sofrimento, desespero, isolamento, solidão, derrota, angústia, tanto do enfermo quanto da família vinculada à ideia de morte. Entretanto, com a cura da doença há alegria, e que por isso é preciso ter fé, confiar nos profissionais da saúde e estar com o psicológico bom para enfrentar qualquer doença.
- **SUS:** os conselheiros revelaram em suas entrevistas que a demora do atendimento tem como consequência o óbito, e que há necessidade de melhorias no atendimento associada à ideia de assistência humanizada, acesso ao atendimento e ao tratamento, já que os impostos devem ser revertidos nos serviços de saúde pelos gestores.
- **Versão preventivista:** desvelou-se que há necessidade de diagnóstico precoce para o tratamento e consequente cura das doenças e que medidas preventivas evitam o adoecimento. E que uma vez doente, é preciso dar ênfase ao cuidado para evitar a morte.
- **Condicionantes do adoecimento:** depreendeu-se das entrevistas que a doença é causada pela tristeza, sedentarismo, obesidade, problemas fisiológicos e sociais, falta de saneamento básico, falta de

higiene, má alimentação, desemprego, péssimas condições de moradia, falta de infraestrutura e falta de educação.

A terceira parte do questionário de evocação revela os achados sobre a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde sobre os termos Direito à Saúde e Cidadania como descrito a seguir.

Os dados apresentados nas tabelas 36 e 38 encontram-se também organizados no Quadro de quatro casas, sendo o quadrante superior à esquerda denominado de núcleo central, o qual corresponde a parte mais estável e permanente em uma representação, conferindo-lhe sentido; o inferior, à esquerda, denomina-se zona de contraste, onde pode ser percebido um subgrupo representacional, o que significa dizer que ele pode demonstrar grupos que pensam de modo diferente da maioria. Os dois quadrantes à direita são a primeira periferia (superior) e a segunda (inferior), que expressam o contexto imediato que as pessoas vivem, o seu contato com a realidade.

Na análise sobre Direito à Saúde, aparece no núcleo central dois instrumentos importantes que são a Constituição e o SUS, os quais caracterizam os instrumentos legais deste direito, como também a ideia de acessibilidade e direito de todos. No segundo quadrante estão os termos que provavelmente fazem parte do sistema periférico mais próximo do núcleo central, onde o direito à saúde aparece como responsabilidade dos gestores de garanti-la, bem como o direito ao recebimento de medicamentos. No terceiro quadrante ou zona de contraste aparece um subgrupo representacional formado pela ideia de cidadania, onde o cidadão tem direito ao atendimento, sendo dever do estado o seu provimento, além do direito de participação social, objetivada no conselho de saúde. A questão do recolhimento de impostos reforça a ideia de cidadania e o direito à saúde. No sistema periférico mais distante, o direito à saúde refere-se aos elementos atenção básica, comunicação, conhecimento, educação, idosos, recursos financeiros, respeito, tratamento e universalidade.

Tabela 37 - Quadro de quatro casas, com a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF sobre o termo Direito à Saúde - 2012

Núcleo Central			Sistema Periférico – Primeira Periferia		
1º Quadrante Frequência >= 8 Ordem Média de Evocação <3			2º Quadrante Frequência >= 8 Ordem Média de Evocação >=3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
acessibilidade	8	2,625	medicamento	11	3,182
constituição	11	2,000	responsabilidade	9	3,556
direito de todos	16	2,000			
sus	10	2,300			
Sistema Periférico – Zona de Contraste			Sistema Periférico – Segunda Periferia		
3º Quadrante Frequência < 8 Ordem Média de Evocação <3			4º Quadrante Frequência <8 Ordem Média de Evocação >=3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
atendimento	6	2,333	atenção básica	3	3,333
cidadania	7	2,571	comunicação	3	5,000
cidadão	5	2,200	conhecimento	7	3,714
compromisso	6	2,833	educação	3	4,667
conselho de saúde	4	2,500	humanização	5	4,200
dever do estado	7	2,714	idosos	4	4,250
direitos	3	2,333	recursos financeiros	3	4,333
exames	3	2,000	respeito	4	4,250
fundamental	3	1,333	tratamento	3	3,000
hospital	6	2,333	universalidade	7	4,429
igualdade	6	2,500			
impostos	4	2,500			
integralidade	3	2,333			
legislação	7	2,429			
médico	5	2,800			
negado	4	1,000			

Em relação aos elementos centrais do Direito à Saúde (Tabela 38) a ideia de direito de todos ao acesso ao SUS, assegurado pela Constituição Federal, mantêm-se como elementos do núcleo central, tanto ao colocarmos os termo em ordem de evocação, quanto em ordem de importância.

Tabela 38 - Teste de centralidade do termo Direito à Saúde, RIDE-DF - 2012

	Evocação			Importância		
	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.I.
NC	acessibilidade	8	2,625	acessibilidade	8	2,625
	constituição	11	2,000	constituição	11	2,091
	direito de todos	16	2,000	direito de todos	16	1,875
	sus	10	2,300	medicamento	11	2,727
SP				sus	10	2,400
	medicamento	11	3,182	Responsabilidade	9	3,889
	responsabilidade	9	3,556			

No caso do termo cidadania, aparecem no núcleo central os elementos clássicos associados a esta: exercício dos direitos e cumprimento dos deveres. E a ideia de respeito, refere-se ao respeito ao próximo e aos seus direitos. O segundo quadrante que corresponde ao sistema periférico mais próximo do núcleo central, aparece vazio. No terceiro quadrante ou zona de contraste aparece um subgrupo representacional formado pela ideia de cidadania associada a ação, alicerçada na constituição, a qual lhe garanti o direito à saúde, à igualdade, à participação social e ao voto, e que há necessidade de solidariedade e união entre as pessoas. No sistema periférico mais distante, a cidadania refere-se às condições para uma pessoa ser reconhecida como cidadão.

Tabela 39 - Quadro de quatro casas, com a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF sobre o termo Cidadania - 2012

Núcleo Central			Sistema Periférico – Primeira Periferia		
1º Quadrante Frequência ≥ 13 Ordem Média de Evocação < 3			2º Quadrante Frequência ≥ 13 Ordem Média de Evocação ≥ 3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
deveres	20	2,600			
direitos	27	1,556			
respeito	19	2,526			
Sistema Periférico – Zona de Contraste			Sistema Periférico – Segunda Periferia		
3º Quadrante Frequência < 13 Ordem Média de Evocação < 3			4º Quadrante Frequência < 13 Ordem Média de Evocação ≥ 3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
ação	3	1,667	cidadão	5	3,200
constituição	3	2,000	coletividade	3	4,000
direito à saúde	3	1,000	compromisso	3	3,333
igualdade	4	2,500	conhecimento	6	4,167
participação social	10	2,400	dignidade	5	3,800
saúde	6	2,833	educação	6	3,833
solidariedade	7	2,714	emprego	5	3,600
união	3	2,000	ética	3	3,667
voto	6	2,500	humanização	3	6,000
			mobilização	4	4,500
			moradia	3	4,667
			responsabilidade	6	3,500
			saneamento	4	4,750
			sociedade	8	4,250

Em relação aos elementos centrais do termo Cidadania (Tabela 40) a ideia de exercer os direitos e cumprir os deveres se mantêm, além da prática de respeito ao próximo, como exercício da cidadania.

Tabela 40 - Teste de centralidade do termo Cidadania, RIDE-DF - 2012

	Evocação			Importância		
	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.I.
NC	deveres	20	2,600	deveres	20	2,550
	direitos	27	1,556	direitos	26	1,692
	respeito	19	2,526	respeito	19	2,789
SP						

A partir dos testes de centralidade é possível notar que os elementos parecem compor o núcleo central das representações sociais acerca da direito à saúde e cidadania.

Em relação à análise de conteúdo dos dados coletados na questão aberta referentes ao termo indutor direito à saúde emergiram seis categorias temáticas:

- **Direito garantido:** os conselheiros revelaram em suas respostas que o direito à saúde é universal, que todos os cidadãos têm direito à saúde, em contrapartida há uma fala que diz que o SUS é para os menos favorecidos. Desvelaram ainda que os governantes devem fazer cumprir as leis referentes à saúde e que há necessidade de investimento no SUS já que são arrecadados impostos que devem ser revestidos em saúde para toda a sociedade. Outra ideia posta é que o direito à saúde é uma conquista, resultado da luta coletiva e hoje estamos vivendo a judicialização da saúde no Brasil.
- **Conhecimento das leis:** nesta categoria é ressaltada a necessidade de todos os cidadãos conhecerem as leis que amparam o SUS para exigir do poder público o cumprimento do direito à saúde.
- **SUS:** emergiu do discurso coletivo que a acessibilidade às consultas, exames diagnósticos, tratamentos, atendimento humanizado e de qualidade materializam o direito à saúde.

- Para além do SUS: os conselheiros apontaram que o direito à saúde vai para além do SUS ao desvelarem que outros fatores influenciam as condições de saúde, como as questões de saneamento básico, moradia, emprego, educação, alimentação sem agrotóxico, qualidade da água, acesso a esporte e lazer.
- Fiscalização do cumprimento do direito: a questão da fiscalização pelos Conselhos de saúde, ministérios públicos e tribunais de contas é considerada fundamental para uma saúde de qualidade.
- Rede de saúde complementar: os conselheiros consideram que para conseguir uma saúde melhor é preciso que a pessoa tenha plano de saúde privado, pois dessa forma se tem acesso a um tratamento diferenciado, entretanto, paga-se muito caro para usufruí-lo.

Em relação à análise de conteúdo dos dados coletados na questão aberta referentes ao termo indutor cidadania emergiram quatro categorias temáticas:

- Direitos e deveres: os conselheiros desvelaram que os direitos, o respeito às leis e ao próximo, além do cumprimento dos deveres são considerados os princípios básicos de uma cidadania.
- Cidade limpa: os discursos revelaram que para a cidadania ser completa é preciso que a cidade seja limpa e organizada, caso contrário o ambiente se torna foco de agentes patogênicos causadores de doenças.
- Participação social: nessa categoria a cidadania expressa um conjunto de direitos que dá a pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida da cidade e do governo. Para os conselheiros um indivíduo é considerado cidadão a partir do momento que tem consciência dos seus direitos e deveres, cumprindo suas obrigações e participa dos movimentos de sua comunidade, na busca de melhorias, que sejam comuns a todos.
- Sufrágio universal: emergiu dos discursos que o voto é uma das maiores expressões de cidadania, já que possibilita a escolha dos seus governantes, onde o poder emana do povo.

6.6 DISCUSSÃO DA ESTRUTURA DO NÚCLEO CENTRAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE X DOENÇA E DIREITO À SAÚDE X CIDADANIA

Os resultados evidenciaram que os conselheiros que responderam os questionários de evocação possuem em média 42 anos de idade, 53,5% são do sexo feminino e 52,2% possuem o ensino médio. Em relação a sua representação no conselho, 16,9% afirmaram ser do segmento de gestores; 40,8% de trabalhadores e 42,3% de usuários. A maioria dos conselheiros são servidores públicos correspondendo a 56,3% da amostra. Cerca de 59% dos conselheiros estão no primeiro mandato. A maioria não tem plano de saúde privado, e afirmaram usar sempre ou frequentemente o SUS.

Os resultados deste estudo revelam que a representação de saúde para os conselheiros municipais de saúde encontra-se associada à ideia de atendimento materializada no acesso à assistência humanizada, às consultas pelos profissionais da saúde, ao tratamento e realização de exames; de bem estar vinculado à percepção de bem estar físico, mental, social e espiritual, relacionada à ausência de doença; de qualidade de vida expressa nos condicionantes de saúde; e de vida em relação à longevidade. E a representação de doença vincula-se a patologia, neste caso, objetivada no câncer e na ideia de dor, tristeza, sofrimento em decorrência do adoecimento.

É possível notar que a estrutura representacional da saúde está associada ao atendimento da população pelos serviços de saúde, o que vai de encontro com a acessibilidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Já a ideia de qualidade de vida e vida associa-se a questão do conceito ampliado de saúde. Ao longo da história da humanidade o conceito de saúde que até então era restrito, a mera ausência de doença, em 1948 passou a ser definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de pleno bem-estar físico, mental e social. No Brasil com a Lei Orgânica da Saúde, 8.080/90 criada por ocasião da organização do SUS, complementada pela lei 8.142/90, o conceito de saúde adquire um enfoque mais amplo de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (MS, 2006). Haja vista, que no meio acadêmico existem vários conceitos e modelos de saúde

que tentam explicar a problemática saúde-doença, e que por sua vez ancoram as representações de saúde-doença.

O tema qualidade de vida na década de 80 exerceu um grande impacto nos sistemas de saúde, entendida como episódios que podem afetar o curso da vida como as deficiências, atividades, participação social, saúde-doença ou estado funcional, o conteúdo das entrevistas aparece impregnado por tal termo (ALMEIDA-FILHO, 2011).

É interessante notar que no conteúdo das representações sociais de doença dos conselheiros estão presentes as experiências individuais e as construções coletivas de adoecimento, as quais se enraízam nas dinâmicas sociais e nos valores culturais do grupo.

Almeida-Filho (2013) em seu artigo propõe um conceito unificado de saúde, saúde-doença-cuidado integral, para integração, conversão e fusão de vários conceitos e modelos teóricos de saúde-doença com o propósito de abarcar toda a complexidade e dimensões desse fenômeno, com intuito de não limitá-lo à causalidade dos processos patológicos, mas de considerar os processos de promoção, proteção, manutenção, recuperação da saúde individual e coletiva, bem como de valorizar o contexto socioeconômico, político, histórico, cultural e as experiências individuais e coletivas.

Em estudo realizado com profissionais das equipes do programa saúde da família do centro de saúde Milionários da cidade de Belo Horizonte-MG com o intuito de investigar as representações sociais do processo saúde-doença, os dados desvelaram que, apesar de terem a informação sobre o conceito ampliado de saúde, os profissionais ainda percebem saúde como o oposto de doença e ainda trabalham com esse enfoque. O modelo assistencial e o processo de trabalho ainda estão estruturados focalizando a doença, e todas as ações estão centradas no seu enfrentamento (CAMARA et al, 2012).

Em outra pesquisa em que se buscou analisar as representações de saúde e doença entre homens jovens na Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG os resultados indicaram uma possível relação, por um lado, entre saúde, manutenção e prevenção, através da centralidade dos elementos bem-estar e qualidade de vida vinculados à procura por assistência médica em consultórios e, por outro, entre doença, reparação e supressão do sofrimento

com a busca por assistência médica nos hospitais (NASCIMENTO, 2011). Dados semelhantes aos desvelados por esta pesquisa.

Achados semelhantes aos descritos nesta pesquisa foram identificados no conteúdo das representações sociais masculinas de saúde e doença, onde se desvelou a qualidade de vida como condição necessária para obtenção de saúde, a compreensão de saúde holística ao considerar as dimensões físicas, psíquicas, espirituais e sociais, além da necessidade de condições de trabalho, família, alimentação e sensação de bem-estar. Outro ponto destacado foi a responsabilidade dos gestores de oferecerem serviços de saúde adequados e dos sujeitos se cuidarem. Quanto à representação social de doença, os homens entrevistados revelaram o medo da dor, do sofrimento, do sentimento de abandono, de depressão, de medo da perda do emprego, de medo de uma doença incurável e de medo da morte (ALMEIDA; SANTOS, 2011).

A despeito da representação social de direito à saúde os conselheiros desvelaram que é um direito universal garantido pelo arcabouço jurídico da Constituição Federal e do SUS, resultado da luta da sociedade civil organizada. O conhecimento por parte da sociedade das leis que amparam o SUS é vislumbrado como o caminho para exigir do poder público o cumprimento do direito à saúde. Direito este que se materializa no acesso às consultas, exames diagnósticos, tratamentos, atendimento humanizado e de qualidade pela população. Destaca-se que o direito à saúde é para além do SUS ao desvelarem que outros fatores influenciam as condições de saúde, como as questões de saneamento básico, moradia, emprego, educação, alimentação sem agrotóxico, qualidade da água, acesso ao esporte e lazer. Emergiram das respostas que a fiscalização pelos conselhos de saúde, ministérios públicos e tribunais de contas é fundamental para garantir uma saúde pública de qualidade, do contrário para se ter acesso a um tratamento diferenciado é preciso pagar caro por um plano de saúde privado.

Na análise sobre Direito à Saúde, a estrutura das representações sociais apresenta dois elementos centrais que são a Constituição e o SUS, os quais caracterizam os instrumentos legais deste direito, como também a ideia de direito de todos. Além disso, os direitos remetem ao acesso a estes instrumentos e aos medicamentos. Fato este justificado pelo direito à saúde ser

fortemente vinculado a sua garantia formal, expresso nos marcos regulatórios, presentes ao longo da história da humanidade, marcada por declarações e regulamentações.

O direito à saúde é reconhecido como um dos direitos humanos básicos desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 (*General Assembly of the United Nations*, 1948). Entretanto no Brasil foi reconhecido formalmente com a sua inclusão ao texto constitucional em 1988. A UNESCO em 2005 por meio da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos reafirmou a saúde como um direito humano fundamental, e que o acesso da população aos cuidados de saúde e aos medicamentos são essenciais a uma saúde de qualidade, sendo esta essencial para a vida, considerada um bem social e humano, e que a promoção da saúde e o desenvolvimento social deveriam se configurar em objetivo central dos governos (UNESCO, 2005). O direito à saúde pode incluir o acesso aos serviços de saúde, os recursos necessários para alcançar a saúde, a capacidade para resistir a condições que põem em risco a saúde, informações sobre saúde e transparência, o consentimento informado, e até mesmo o direito à tomada de decisão e prestação de contas para programas e políticas de saúde (Brysk, 2004). O direito à saúde está intimamente relacionado com outros direitos humanos como direito à alimentação, moradia, trabalho, educação, dignidade humana, vida, não discriminação, equidade a proibição contra a tortura, privacidade, acesso à informação, e as liberdades de associação, reunião e movimento (Kingston, Cohen, Morley, 2010).

A saúde é considerada um dos direitos inerentes à condição de cidadania, assim a plena participação dos indivíduos na sociedade política caracteriza-os como cidadãos (Fleury, Ouverney, 2008).

Os conselheiros desvelaram que as representações sociais de cidadania vinculam-se a ideia de exercício dos direitos e cumprimento dos deveres, desta forma, respeitam-se as leis e conseqüentemente o próximo. Uma vez consciente dos seus direitos e deveres, o cidadão participa da vida pública, inclusive por meio do voto, na busca de melhorias para a comunidade. A democracia e a competição eleitoral implicados no exercício da cidadania

tornam-se instrumentos intrínsecos ao sistema capitalista, necessário à legitimação do poder (Fleury, Ouverney, 2008).

No caso do termo cidadania, aparecem os elementos clássicos associados a esta: exercício dos direitos e cumprimento dos deveres. E a ideia de respeito, refere-se ao respeito ao próximo e aos seus direitos.

Os achados vão de encontro ao conceito de cidadania, o qual consiste em uma condição concedida aos membros integrantes de uma comunidade política, (Marshall, 1967) e como tal compartilham um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos, além de possuírem vínculo jurídico e político, requerendo a participação ativa dos indivíduos na coisa pública (Fleury, Ouverney, 2008).

A cidadania se desenvolveu como parte da construção dos Estados nacionais e da instauração do capitalismo, em razão do declínio do feudalismo e ascensão da classe burguesa. Neste contexto a cidadania surge como princípio de justiça com a função normativa de organização do sistema político, na qual a autoridade política é legitimada pelos cidadãos detentores dos mesmos direitos e deveres (Fleury, Ouverney, 2008). No entanto, os movimentos sociais foram fundamentais para a consolidação da cidadania por meio das lutas que levaram ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social, haja vista, que a classe social no sistema capitalista está fundamentada na desigualdade econômica (Fleury, Ouverney, 2008). Nesse sentido a proteção social desenvolveu-se juridicamente, na forma de direitos garantidores da condição de cidadania e institucionalizou-se nos sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, em busca da ampliação do bem-estar da população (Fleury, Ouverney, 2008).

A partir daí os direitos civis de preservação das liberdades individuais, tais como contrato, propriedade, expressão, consciência; os direitos políticos de representação e participação; e os direitos sociais, os quais visam evitar os piores efeitos do capitalismo, objetivados no direito à saúde, educação, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, de

proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados relacionam-se à condição cidadã (Kingston, Cohen, Morley, 2010).

A democracia entendida enquanto regime político determinado a partir do espaço ocupado pelo povo na condução dos destinos políticos e econômicos da sociedade (Bispo Júnior, Gerschman, 2013), pressupõe a liberdade, igualdade e justiça social, entretanto, longe de ser concretizada, pois os cidadãos enfrentam o distanciamento entre a norma jurídico-política e a prática para o acesso e usufruto de bens e serviços produzidos socialmente. Esse distanciamento é evidenciado especificamente no caso da garantia formal do direito à saúde e materializada na efetividade do SUS, pois, apesar dos avanços obtidos muitas vezes os seus usuários não têm garantia do acesso e resolutividade dos problemas de saúde (Oliveira, Pinheiro, 2010). Destarte, apenas a definição constitucional não assegura a prática efetiva para todos os cidadãos. Nessa direção fica evidente que a democracia representativa tem se mostrado insuficiente para agir na tomada de decisões para o enfrentamento dos problemas apresentados pela maioria da população. Diante disso, tem sido adotado mecanismos de democracia participativa como uma estratégia política, social e cultural capaz de garantir a ampliação da esfera pública e maior participação dos cidadãos na discussão pública da coletividade (Oliveira, Pinheiro, 2010). Participação esta prevista na constituição brasileira por meio dos canais institucionais de participação social, dentre eles, os conselhos e conferências.

As concepções de saúde e doença ancoram-se em marcos teóricos e filosóficos distintos e expressam modelos de causalidade inferidos ao longo da história da constituição dos saberes, sejam eles populares ou empíricos. Entretanto, os significados dos quatro termos estão imbricados entre si, onde a saúde ao agregar um grande valor social, pois estar saudável é estar apta ao trabalho, a doença passa a ser compreendida como fator que compromete a produção capitalista (Silva, Ramos, Martins, Padilha, Vasconcelos, 2010). Neste cenário o trabalho favorece ao cidadão gozar da vida, lhe confere dignidade e respeito perante seus pares, e como forma de proteger o cidadão dos efeitos danosos do capitalismo, surge o direito à saúde, sendo esta uma

condição para alcançar a cidadania, dentre outros direitos, os quais também são necessários para se atingir a saúde plena, caracterizados como condicionantes de saúde ou por pertencerem a várias áreas, designados de colaboração intersetorial.

Fica evidente a forte relação histórica das representações sociais de saúde, doença, direito à saúde e cidadania, desvelados pelos conselheiros, tendo em vista que os significados atribuídos por eles carregam conceitos formulados ao longo da evolução da humanidade, variando em função da história e de acordo com as inserções sociais e grupais dos atores (Jodelet, 2005; Jodelet, 2006), dando sentido e orientando às suas práticas no interior dos conselhos. Haja vista que o pensamento social deva-se mais as estruturas tradicionais (convenção e memória) que a razão (Moscovici, 2007). Os acontecimentos, ideologias e as ciências são o substrato do pensamento, os quais por meio da comunicação circulam nos espaços sociais, sendo expostos a opiniões, comentários, formulações e questionamentos, dessa soma de experiências e memórias é que construímos as representações sociais (Moscovici, 2007). Isso significa que as representações sociais são sempre complexas e inscritas dentro de um pensamento pré-existente, sempre dependentes de sistemas de crenças ancorados em valores, tradições e imagens do mundo e da existência, fruto de um permanente trabalho social, que por meio do discurso incorpora novos fenômenos dentro de modelos explicativos e justificados como familiares, com vistas a construir sistemas de pensamento e compreensão e a adotar visões consensuais que lhes permitam manter um vínculo social (Moscovici, 2007; Trindade, Santos, Almeida, 2011).

As estruturas das representações sociais de saúde, doença, direito à saúde e cidadania mostram-se compatíveis com as representações sociais desveladas pelos conselheiros, revelando a organização interna dos elementos que dão significado às representações. Verifica-se, portanto, que o sistema central é estável, coerente, consensual e historicamente determinado, e o sistema periférico, por sua vez, é flexível, adaptativo e relativamente heterogêneo quanto ao seu conteúdo, pois ao suportar as contradições, protege a significação central da representação, além de absorver as novas informações que serão postas ao núcleo central. O sistema periférico é, pois

mais sensível às características do contexto imediato, propiciando a concretização dos sistema central na tomada de condutas (Abric, 1998; Sá, 1996).

É possível perceber que a saúde é vista pelos conselheiros como um direito do cidadão, e que para existir de fato, é necessário a participação da população fundamentada nos conhecimentos acerca dos seus direitos e funcionamento do SUS, de forma a coibir a violação dos seus direitos (Ventura, Mello, Andrade, Mendes, 2012). Participação esta, que é garantida pela constituição, por meio dos conselhos e conferências. Nesses termos, é preemente que o Estado ouça as solicitações da sociedade quanto à elaboração e oferta dos serviços de saúde, valorizando o universo consensual da população que se pretente atender, e da relação entre o saber reificado e do senso comum, propiciando um modelo assistencial à saúde mais significativo ao sujeito do cuidado (Silva, Ramos, Martins, Padilha, Vasconcelos, 2010).

Os significados dos termos saúde, doença, direito à saúde e cidadania atribuídos pelos conselheiros municipais de saúde e sua interligação com a Teoria das Representações Sociais possibilitam a compreensão das práticas desses grupos sociais no âmbito dos conselhos, uma vez que influencia o comportamento dos indivíduos participantes de uma coletividade (Moscovici, 2007), os quais predizem o delineamento da política de saúde pública local, favorecendo intervenções implementadas a partir dos seus conhecimentos consensuais (Silva, Ramos, Martins, Padilha, Vasconcelos, 2010).

7 ESTUDO 3: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

7.1 ÍNDICE DE RESPONSABILIDADE DA ESF

O questionário de responsividade foi aplicado aos usuários da estratégia de saúde da família da área urbana dos municípios selecionados. Como descrito nos métodos seria aplicado inicialmente 385 questionários aos usuários das equipes de saúde da família da área urbana, considerando que poderia haver perdas foram aplicados 17 questionários a mais, constituindo, portanto, uma amostra de 403 sujeitos. A tabela a seguir apresenta a distribuição dos questionários por município.

Tabela 41 - Distribuição dos usuários da estratégia de saúde da família por nos municípios da RIDE-DF - 2013

Município	Amostra
Novo Gama	49
Cidade Ocidental	45
Formosa	59
Planaltina-GO	80
Pirenópolis	21
Valparaíso	81
Santo Antônio do Descoberto	51
Buritis	17
Total	403

Quanto às características sociodemográficas dos usuários da estratégia de saúde da família, observa-se que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino (92,0%), com um predomínio de adultas jovens (34,7%), com um a dois filhos (51,4%). Conforme tabela abaixo se verifica que 42,2% dos entrevistados possuem até primeiro grau incompleto. Em relação à religião observa-se que mais de 53% são católicos. Segundo a tabela, 59,3% são donas de casa, aposentadas, pensionistas e desempregados e 53,3% recebem menos de 1000 reais.

Tabela 42 - Características sociodemográficas dos usuários da Estratégia de Saúde da Família dos Municípios da RIDE-DF - 2013

CARACTERÍSTICAS	POPULAÇÃO	
	N	%
Faixa Etária		
18 – 29	140	34,7
30 – 41	116	28,8
42 – 59	111	27,5
60 e +	36	9,0
Sexo		
Feminino	370	92,0
Masculino	33	8,0
Escolaridade		
Analfabeto a primário incompleto	170	42,2
1º grau completo	38	9,4
2º grau incompleto/completo	160	39,7
Superior incompleto/completo	35	8,7
Religião		
Católica	214	53,0
Protestante	156	38,7
Espírita	12	3,0
Israelita	1	0,3
Não tem Religião	19	4,7
Ateu	1	0,3
Ocupação		
Trabalhador/empregado (formal/informal)	150	37,2
Estudante	14	3,5
Do lar/aposentado/ pensionista/desempregado	239	59,3
Renda Familiar		
Até mil reais	215	53,3
> Mil reais < ou = dois mil reais	125	31,0
> dois mil reais < ou = três mil reais	40	10,0
> três mil reais	23	5,7
Número de Filhos		
Nenhum	34	8,4
1 a 2	207	51,4
3 a 4	107	26,6
5 e +	55	13,6

A segunda parte do questionário contemplou as dimensões dignidade, confidencialidade, comunicação, agilidade, apoio social, escolha profissional e instalações para o cálculo do índice, com o intuito de medir a satisfação dos usuários da estratégia de saúde da família. Com base nas respostas dos sujeitos foi calculado o índice de responsividade para cada dimensão, onde o índice varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, mais satisfeitos os usuários estão em relação aos serviços prestados. A escala de interpretação dos valores do índice utilizada foi a seguinte: excelente (0,901 e 1); muito bom (0,801 a 0,900); bom (0,701 a 0,800); regular (0,601 a 0,700); ruim (0,401 a 0,600); muito ruim (0,201 a 0,400); péssimo (0,000 a 0,200), conforme descrito na metodologia. Segue abaixo tabela com os valores de IRS para cada uma das dimensões avaliadas.

Tabela 43 - Índice de responsividade do serviço por dimensões, RIDE-DF - 2014

Dimensões	IRS
Confidencialidade	0,941
Dignidade	0,866
Comunicação	0,862
Autonomia	0,728
Instalações	0,678
Agilidade	0,673
Apoio Social	0,616
Escolha Profissional	0,054

As dimensões que apresentam índices inferiores ao padrão estabelecido na descrição da metodologia, conforme tabela acima, são: instalações (regular), agilidade (regular), apoio social (regular) e escolha do profissional (ruim). Por ora as que apresentaram índices iguais ou superiores a 0,701 foram confidencialidade (excelente), dignidade (muito bom), comunicação (muito bom) e autonomia (bom).

Face às particularidades dos municípios foi realizado o cruzamento dos índices das dimensões por municípios como sistematizados na tabela abaixo. Em relação à agilidade, o índice apresentou-se maior no município de Buritis (0,771), seguido do município de Santo Antônio do Descoberto (0,748), avaliados como bom. O menor índice encontrado para esta dimensão refere-se

ao município de Pirenópolis, o qual apresenta os menores índices para o fator comunicação (0,503) e autonomia (0,661), considerados ruim e regular respectivamente. Quanto à dimensão instalação os índices foram avaliados como bom apenas no município de Valparaíso, como regular nos municípios de Formosa, Pirenópolis e Cidade Ocidental, e como ruim nos demais. Em relação ao apoio social (avaliado como ruim e muito ruim) e escolha do profissional (avaliado como ruim e péssimo) os índices calculados foram baixos em todos os municípios. Vale destacar que, para a dimensão dignidade todos os municípios avaliaram esse quesito como excelente.

Tabela 44 - Índice de responsividade do serviço segundo dimensões versus municípios, RIDE-DF - 2014

MUNICÍPIOS	DIMENSÕES							
	Agilidade	Confidencialidade	Comunicação	Autonomia	Instalações	Apoio Social	Escolha profissional	Dignidade
Novo Gama	0,639	0,758	0,714	0,711	0,565	0,395	0,035	0,949
Cidade Ocidental	0,626	0,836	0,762	0,721	0,641	0,413	0,122	0,941
Formosa	0,617	0,854	0,738	0,740	0,627	0,357	0,056	0,949
Planaltina-GO	0,693	0,818	0,678	0,676	0,549	0,342	0,016	0,955
Pirenópolis	0,553	0,681	0,503	0,661	0,640	0,463	0,410	0,942
Valparaíso	0,594	0,806	0,701	0,779	0,705	0,347	0,012	0,956
Santo Antônio do Descoberto	0,748	0,807	0,727	0,744	0,579	0,491	0,000	0,947
Buritis	0,771	0,824	0,765	0,720	0,567	0,434	0,000	0,978

7.2 DISCUSSÃO DO ÍNDICE DE RESPONSABILIDADE DA ESF

O perfil sócio demográfico dos usuários da estratégia de saúde da família apresentou predomínio de pessoas do sexo feminino (92,0%), adultas jovens (34,7%), com um a dois filhos (51,4%), primeiro grau incompleto (42,2%), majoritariamente da religião católica (mais 53%), 59,3% são donas de casa, aposentadas, pensionistas e ou desempregados e 53,3% recebem menos de 1000 reais. Essas informações corroboram os dados da literatura em que as mulheres são predominantes nas unidades de saúde, além de demandarem mais dos serviços de saúde, pois historicamente a elas foram delegados os cuidados de saúde da família (Levorato et al, 2014; Pires et al, 2010; Costa, 2003; Travassos et al, 2002). Como as equipes de saúde da família foram prioritariamente expandidas nas áreas mais carentes (Santos, 2013; 2010), os achados vão de encontro a tal realidade, expressa pelo reduzido grau de estudo e baixa renda familiar dos entrevistados.

Com base no índice de responsividade as dimensões que apresentam índices inferiores ao padrão estabelecido de 0,7, foram instalações, agilidade, apoio social e escolha do profissional. Por ora as que apresentaram índices iguais ou superiores a 0,7 foram confidencialidade, dignidade e comunicação e autonomia. Achado semelhante ocorreu em pesquisa realizada em um serviço hospitalar de um das unidades da FIOCRUZ em que se aplicou o índice de responsividade do serviço, onde a agilidade foi considerada ruim e as instalações regulares, enquanto a confidencialidade, dignidade e comunicação foram considerados excelentes (Andrade, Vaistman e Farias, 2010).

A despeito das avaliações positivas não se pode descartar a influência do viés de gratidão, haja vista que esta é mais evidente em áreas em que o poder aquisitivo é menor, com nas áreas em que foi expandida a estratégia de saúde da família, e também como pode ser observado nas informações sobre renda familiar no estudo em questão. Associa-se a isso o fato de quanto mais baixa a renda familiar menor é a expectativa dos usuários em relação à qualidade dos serviços de saúde (Andrade, Vaistman e Farias, 2010). O nível

de escolaridade baixo da população estudada também influencia na capacidade coletiva de reivindicar melhores e mais serviços de saúde (Cortes, 2011). Outro aspecto observado foi que os usuários por manterem vínculo com os profissionais de saúde temiam prejudica-los ao avaliarem negativamente o serviço.

As instalações, de modo geral, foram julgadas de forma negativa por não atenderem as expectativas dos usuários em relação ao conforto e à limpeza nas unidades de saúde da família. Em algumas equipes por falta de contratação de pessoal para realizar a limpeza da equipe, esta era feita pelos agentes comunitários de saúde.

A agilidade que se refere ao tempo para ser atendido em consultas eletivas e de pronto atendimento, para a realização de exames e para o recebimento dos seus resultados foi avaliado abaixo do padrão determinado para o índice. Entretanto, ao considerar o cruzamento desta dimensão por municípios foi possível perceber que ela apresentou-se promissora nos municípios de Buritis (0,771) e de Santo Antônio do Descoberto (0,748).

A questão das precárias instalações nas equipes de saúde da família é reflexo do subfinanciamento federal na saúde pública que desde 1980 vem decaindo drasticamente, reforçado pela Lei 141/12, aliado a isso segue o fato deste subfinanciamento atingir de forma desigual os três níveis de atenção, do qual a atenção básica é a mais penalizada, atingindo menos a assistência de média complexidade e quase nada da alta complexidade. Contrariamente ao que acontece em relação ao mercado dos planos privados de saúde, onde há uma subvenção crescente com recursos federais (Santos, 2013; Ocké-Reis, 2012).

Nessa lógica o desinvestimento em equipamentos diagnósticos, terapêuticos e em tecnologia nos serviços públicos da atenção básica e assistência de média complexidade resultam na oferta desses serviços para a população de 4 a 7 vezes menor do que a ofertada para os consumidores de planos privados (Santos, 2013). Dessa forma, os serviços de saúde da estratégia de saúde da família têm a sua agilidade prejudicada, pois a capacidade dos serviços de diagnóstico e terapia não consegue responder a demanda crescente por seus serviços, conferindo a atenção básica uma baixa

resolutividade. Soma-se a isso a limitação do pessoal de saúde e desumana precarização das relações e da gestão do trabalho em saúde, visto que a maioria dos profissionais são contratados com baixos salários, sem condições de trabalho, cujo período de prestação de serviço é sujeito às alternâncias dos gestores, além da limitação do quadro de pessoal ser imposta pela lei da Responsabilidade Fiscal das prefeituras (Santos, 2013).

O apoio social foi avaliado negativamente pelos usuários por não terem apoio de igrejas, centros de referência de assistência social, centros comunitários, dado que a população apresenta acentuadas dificuldades de ordem social e financeira. Outro ponto avaliado nesta dimensão foi a frequência de recebimento de medicamentos essenciais ao seu tratamento e o incentivo a presença de familiares na atenção prestada, o que agregado gerou um índice inferior a 0,7. Ao considerar o cruzamento desta dimensão pelos oito municípios foi possível perceber que os índices calculados mantiveram-se baixos em todos os municípios. Vale lembrar que a continuidade da oferta de medicamentos na atenção básica também se relaciona com a questão do investimento em saúde, pois se ocorre um subfinanciamento da saúde como constatado na literatura, este interfere diretamente no suprimento dos medicamentos. Muito embora outras questões como a rigidez na estrutura administrativa centralizadora e burocratizada de licitações e reposições de medicamentos também se configurem em empecilho para a prestação das demandas sociais básicas (Santos, 2013; Ocké-Reis, 2012).

A escolha do profissional apresentou o pior índice por não ser possível ao usuário escolher o médico e o enfermeiro para atendê-lo, visto que cada equipe possui um enfermeiro e um médico. Algumas raras equipes possuem dois médicos com carga horária de 20 horas em uma equipe, onde assim por vezes é possível a escolha do médico. Ao cruzar o índice da dimensão escolha profissional por municípios, os índices calculados mantiveram-se baixos em todos os municípios. Entretanto, a quantidade de profissionais por categoria padronizado pela PNAB (2012), determina por equipe um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, um agente comunitário de saúde por micro área (mínimo de 4 e máximo de 12 ACS por equipe), assim torna-se inviável a escolha do profissional. Nesta política está previsto que o mesmo

médico poderá ser cadastrado em no máximo duas equipes com carga horária total de 40 horas semanais, podendo haver até 4 médicos cadastrados em uma única equipe (Brasil, 2012a).

A confidencialidade que diz respeito ao sigilo profissional apresentou o melhor índice, sinalizando um alto grau de confiança que o usuário tem na equipe, fato este conquistado pelo tempo de existência da equipe, que mesmo com a alta rotatividade dos seus profissionais, principalmente, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que em sua maioria são contratados, tem na figura do agente comunitária de saúde sua referência, já que são concursados, o que lhes garante estabilidade no local de trabalho.

A dignidade foi muito bem avaliada pelos usuários pois consideraram serem tratados com respeito e educação na maioria das vezes pelo profissionais de saúde da equipe. Mesmo após realizar o cruzamento dos índices desta dimensão por município, os seus valores mantiveram-se altos.

Em relação a comunicação os usuários avaliaram de forma positiva, demonstrando que conseguem obter informações na equipe com certa facilidade e estabelecer um canal de comunicação acessível com o médico e o enfermeiro da equipe, os quais dão atenção aos seus problemas, fornecem explicações e orientações, além de oportunizarem a elucidação das dúvidas. No entanto, ao cruzar os índices desta dimensão por municípios, Pirenópolis apresentou o pior índice para o fator comunicação (0,503).

Estudos demonstram que os profissionais da atenção básica apresentam-se mais sensíveis às demandas do usuário (Mitre, Andrade, Cotta, 2012; Monteiro, Figueiredo, Machado, 2009; Coelho, Jorge, 2009; Silveira et al, 2004). Fato este que se assemelha aos evidenciados na pesquisa em tela, haja vista que as dimensões dignidade e comunicação foram bem avaliadas, podendo caracterizar uma maior sensibilidade do profissional em relação as situações vivenciadas pelo usuário.

A autonomia foi avaliada com o índice de 0,728, considerado bom pelos usuários, dado que muitas vezes foi lhes permitido decidir sobre o seu tratamento e fazer perguntas na ocasião da consulta médica e de enfermagem. Ao analisar o cruzamento dos índices desta dimensão por municípios, Pirenópolis apresentou o menor índice para o fator autonomia (0,661). Algumas

pesquisas indicam que a percepção do usuário de que o profissional é quem decide por ele gera insatisfação e limitação de sua autonomia (Mitre, Andrade, Cotta, 2012; Matumoto et al, 2009; Malta, Merhy, 2004).

Nesta direção a construção da autonomia e do autocuidado poderia ser alcançada pela mudança da postura tradicional dos profissionais, que coloca os usuários e as comunidades como objeto inerte, que deve obedecer de maneira acrítica e sem restrições as prescrições disciplinares (Mitre, Andrade, Cotta, 2012; Mitre, 2011; Scholze, Duarte Júnior, Silva, 2009; Amaral, Campos, 2007; Ayres, 2004). Ao contrário, dever-se-ia buscar a corresponsabilização, desde a construção do diagnóstico, mapa de vulnerabilidade e riscos até a elaboração do projeto terapêutico, como preconizado pela Política Nacional de Humanização-PNH (Mitre, Andrade, Cotta, 2012; Brasil, 2004).

Trata-se, portanto, de mudanças nas práticas cotidianas dos serviços que considerem os usuários como sujeitos do processo de cuidado, inclusive de escolhas terapêuticas, ao invés de submetê-los ao autoritarismo dos profissionais de saúde. Para isto, os profissionais devem compreender os fatores implicados e as representações presentes nas escolhas terapêuticas e na sua adesão, já que isto poderia estar relacionado à sua satisfação com o serviço e as respostas às necessidades de saúde, ao vínculo construído, como também ao processo de comunicação (Mitre, Andrade, Cotta, 2012; Mitre, 2011; Scholze, Duarte Júnior, Silva, 2009; Oliveira, 2008; Cotta et al, 2007; Amaral, Campos, 2007; Travassos, Martins, 2004).

8 ESTUDO 4: QUALIFICAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA RIDE-DF

8.1 RESULTADOS DAS OFICINAS COM OS CONSELHEIROS DA RIDE-DF: RESGATANDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

O 1º Encontro dos Conselhos de Saúde da Região Integrada do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF): resgatando a participação social em saúde, aconteceu nos dias 31/08/12 e 19/10/12, dividido em três partes: a primeira parte presencial, com duração de 8 horas; a segunda parte como atividade de dispersão, com duração de 40 horas; e a terceira parte presencial, com duração de 8 horas.

Parte I

Nas dependências da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, entre o período de 8 às 18 horas do dia 31/08/12 foi realizado o “1º Encontro dos Conselhos de Saúde da Região Integrada do Distrito Federal e Entorno - RIDE-DF: resgatando a participação social em saúde”, onde estavam presentes os representantes dos Conselhos municipais de Saúde dos municípios que integram a RIDE-DF, dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal e do Conselho de Saúde do Distrito Federal. O objetivo do encontro foi aprofundar o debate sobre a participação social e o papel dos movimentos sociais nessas regiões a partir da experiência acadêmica e dos participantes do evento. Visou ainda à elaboração de um plano de ação pelos conselheiros de saúde que, em curto prazo, venha subsidiar a implantação de projetos que atendam a demandas de saúde local através da articulação dos movimentos sociais locais com os Conselhos de Saúde. Este evento foi realizado pelo grupo de pesquisa do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e coordenado pela professora Dra. Helena Eri Shimizu.

Inicialmente procedeu-se à inscrição dos conselheiros presentes, totalizando 89 participantes que se encontravam assim distribuídos:

- 4 conselheiros do Conselho de Saúde do Distrito Federal;
- 3 conselheiros do CRS- Brasília;
- 12 conselheiros do CRS- Taguatinga;
- 01 conselheiro do CRS- Varjão;
- 04 conselheiros do CRS- Guará;
- 02 conselheiros do CRS- São Sebastião;
- 14 conselheiros do CRS- Gama;
- 13 conselheiros do CMS- Planaltina-GO;
- 02 conselheiros do CMS- Formosa- GO;
- 02 conselheiros do CMS- Buritis- MG;
- 03 conselheiros do CMS- Cidade Ocidental- GO;
- 07 conselheiros do CMS- Valparaíso- GO;
- 04 conselheiros do CMS- Cocalzinho de Goiás;
- 05 conselheiros do CMS- Novo Gama- GO;
- 08 conselheiros do CMS- Cabeceira Grande-MG;
- 02 conselheiros do CMS- Pirenópolis- GO;
- 03 conselheiros do CMS- Santo Antônio do Descoberto- GO.

O evento foi aberto pelo Professor Edgar Merchan Hamann, vice-diretor da Faculdade de Ciências em Saúde da Universidade de Brasília e vice-diretor do Núcleo de Estudos de Saúde Pública. Após a abertura os integrantes de cada conselho se apresentaram e em seguida começou a palestra da Professora Helena, com a apresentação dos resultados obtidos de pesquisas

anteriores sobre a organização e funcionamento dos conselhos, as práticas dos conselheiros e das conferências do ano de 2011 dos municípios da RIDE-DF.

Em linhas gerais essa apresentação teve como foco principal evidenciar a realidade em que esses órgãos se encontram em relação a sua representatividade, organização, participação e poder de decisão. Evidências demonstraram que esses conselhos apresentam uma baixa representatividade dos segmentos para com suas bases, uma organização precária, com participação de base e poder de decisão baixo e que estes não têm se ocupado das demandas de saúde da comunidade. Ao longo da apresentação, alguns conselheiros se posicionaram com relação ao que estava sendo colocado, como demonstram algumas falas a seguir:

“Os secretários de saúde não tem interesse em oferecer capacitação aos conselheiros.”

“Os Conselhos distritais não tem autonomia para realizar as demandas da comunidade.”

“A academia não dá retorno para os Conselhos de Saúde.”

“A academia deveria ser colaboradora, porta-voz dos conselhos.”

“Há um abismo muito grande entre o SUS real e o SUS institucionalizado pela Constituição Federal.”

“O papel dos conselhos é fiscalizador.”

“O presidente do Conselho Distrital é o próprio secretário de saúde, é certo eu fiscalizar o que eu faço?”

“O entorno não é o problema do Distrito Federal, mas sim a solução.”

“O conselheiro deveria ter um jeton/auxílio para desenvolver suas funções.”

“O conselho deveria ter uma conta própria para movimentar seus recursos.”

Todas essas colocações geraram um riquíssimo debate entre os participantes e destes com a palestrante.

Após o debate, foi realizada uma dinâmica com o propósito de estimular a reflexão sobre a importância da articulação dos conselhos com os movimentos sociais. Neste momento do encontro, os conselheiros de saúde foram divididos em grupos de acordo com as Regiões da RIDE-DF:

- Região Entorno Norte: Água Fria de Goiás (GO), Cabeceiras (GO), Formosa (GO), Planaltina (GO) e Vila Boa (GO);
- Região Entorno Sul: Águas Lindas de Goiás (GO), Cidade Ocidental (GO), Cristalina (GO), Luziânia (GO), Novo Gama (GO), Santo Antônio do Descoberto (GO) e Valparaíso de Goiás (GO);
- Região de Pirineus: Abadiânia (GO), Alexânia (GO), Cocalzinho (GO), Corumbá de Goiás (GO), Mimoso de Goiás (GO), Padre Bernardo (GO), Pirenópolis (GO);
- Região de Unaí: Buritis (MG), Cabeceira Grande (MG) e Unaí (MG);
- Região do Distrito Federal: Brasília.

Em grupo os participantes debateram sobre as seguintes questões norteadoras: O que vocês entendem por movimentos sociais? Quais os movimentos sociais existentes nos seus Municípios? Quais as estratégias ou formas de dinamizarem o diálogo entre os conselhos de saúde e os movimentos sociais?

A dinâmica culminou com a apresentação de cartazes e exposição oral do que foi debatido nos grupos. O resultado das produções coletivas por Regiões da RIDE-DF pode ser observado conforme descrição abaixo:

Região do Distrito Federal

O que são movimentos sociais?

É a ação coletiva de um grupo organizado que objetiva alcançar mudanças sociais por meio do embate político/social.

Quais os movimentos sociais existentes em minha região?

Incansáveis Moradores da Ceilândia

Movimento Afrodescendente de Brasília (Gama)

Pastoral da Saúde Arquidiocese de Brasília

Movimento de pessoas vivendo e convivendo com HIV

Movimento da luta anti-manicomial

Movimento Ficha Limpa

Movimento dos Focolares

Movimento LGBT

Movimento Zumbi dos Palmares

Rede Social do Distrito Federal

Região Entorno Sul

O que são movimentos sociais?

É um grupo de pessoas que lutam por um mesmo objetivo, é um grupo de pessoas em defesa de uma causa ou bandeira (controle social).

Quais os movimentos sociais existentes em minha região?

SOS Cerrado - Reciclagem

Movimento dos Capoeiristas

Pró-homem

APAE

Melhor Idade

Políticas Públicas para Mulheres

Corrida antidrogas

Coleta Seletiva

Pastorais

Região Entorno Norte

O que são movimentos sociais?

São indivíduos que se organizam para discutir assuntos em comum e que tenham representatividade social.

Quais os movimentos sociais existentes em minha região?

Pastorais/Igrejas

Sindicatos

Associações (bairros, catadores de lixo, deficientes, ...)

Como fortalecer estes movimentos?

Fortalecer os conselhos: dotação orçamentária, capacitação da população para formação de novos conselheiros, divulgação do que é o conselho de saúde.

Região de Unai

O que são movimentos sociais?

Qualquer tipo de movimento que esteja promovendo algo para a sociedade beneficiando- a ou até mesmo o próprio grupo.

Quais os movimentos sociais existentes em minha região?

Pastoral da criança

Associação de moradores

Como fortalecer estes movimentos?

Reuniões informativas para estar mostrando os benefícios do mesmo.

Aproximação do conselho com a comunidade.

Região de Pirineus**O que são movimentos sociais?**

São ações coletivas organizadas, estruturadas que dão voz e certa autonomia para que a sociedade reivindique melhorias e faça valer seus direitos.

Quais os movimentos sociais existentes em minha região?

Associação dos idosos

Associação comunitária

Pastoral da saúde

Associação de moradores

Associação de mineradores

ONGs

Conselhos

Rádio comunitária

Sindicatos

Como fortalecer estes movimentos?

Educação em saúde

Esclarecer quanto aos direitos existentes

Divulgação das ações do conselho

Criar parcerias com instrumentos de comunicação em massa (rádio)

Com base nas apresentações detalhadas acima foi realizada uma síntese, onde os participantes sinalizaram para a necessidade de:

União

Fortalecimento

Responsabilidade

Trabalho
Integração
Interação
Amorosidade
Respeito
Compromisso
Articulação
Amor
Necessidade de formação
Comprometimento
Disponibilização
Desejo/querer/ação
Dedicação
Solidariedade
Mobilização
Resultado/Objetivo
Conhecimento
Informação
Qualificação
Comunicação
Parcerias
Cultura/educação
Recurso

No período da tarde ocorreu uma exposição dialogada sobre a importância da autonomia dos conselhos realizada pelo professor Dr. Márcio Florentino Pereira do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e Secretário Executivo do Conselho Nacional de Saúde. Em sua fala o professor Márcio ressaltou a importância da aproximação da academia com os conselhos de saúde, e lembrou essa aproximação no ano de 2005 num trabalho conjunto entre UnB e Conselhos de saúde que resultou em sua tese de doutoramento. Segundo o professor essa aproximação academia/conselhos e a articulação entre os conselhos da mesma Região de Saúde, os fortalecem e gera sentimentos de mudanças no SUS. Nessa linha, afirmou que o desafio

maior para os conselhos de saúde é o seu reconhecimento por parte da sociedade. Com vistas ao alcance desse objetivo, é que o Conselho Nacional de Saúde está preparando um projeto nacional de capacitação dos conselheiros, levando em consideração a realidade local.

Em continuidade a sua fala, o professor Márcio Florentino, explicou sucintamente aos participantes, as responsabilidades dos conselhos de saúde quanto à fiscalização da gestão da saúde regulamentada pela Lei complementar nº 141/12 (que regulamentou a EC-29), função essa que os conselhos dividem com os tribunais de contas e o sistema de auditoria do SUS. Nesse contexto, ressaltou a importância dos Planos de Saúde Municipais, onde a participação do conselheiro é fundamental para a elaboração do diagnóstico de saúde que contemple as demandas sociais, já que os planos elaborados pelos gestores baseiam-se, em sua grande maioria, em dados estatísticos. "Saúde não se faz com números, e sim com pessoas", resumiu o professor Márcio.

A regionalização em saúde foi outro ponto abordado pelo professor, onde enfatizou que o grande desafio é como fazer essa regionalização, e mais uma vez evocou a importância dos conselhos de saúde como instrumento fundamental para levar à comunidade uma assistência de saúde equânime e integral. Citou a RIDE-DF com uma das 400 regiões onde esse desafio está posto. Segundo o professor, é só por meio da mobilização social, ampliando as bases de apoio, que os conselhos se tornarão capazes de realizar as mudanças necessárias na área de saúde. "O SUS como foi concebido passa necessariamente pelo fortalecimento dos Conselhos de Saúde", concluiu o professor.

Em seguida, foi proposto aos conselheiros à elaboração de um plano de ação para fortalecimento da participação social, por meio da busca dos movimentos sociais existentes nas Regiões da RIDE-DF. Para tanto, a plateia foi novamente dividida em Regiões da RIDE-DF com a finalidade de debaterem coletivamente a formulação de ações e estratégias. Após a discussão nos grupos sobre a atividade proposta, os relatores realizaram um painel de apresentação do produto das construções coletivas conforme descrito a seguir:

Região Entorno Norte

Ações

Divulgar a importância da participação através de:

- palestras/reuniões
- peças teatrais
- panfletos
- rádio e televisão
- carro com alto falante
- internet (face book, blog, e-mail)

Aonde?

Escolas de nível médio, profissionalizantes, superior

Associações

Igrejas

Comunidades da zona rural

Câmara Municipal

Feiras, bancos e outros espaços públicos

Região do Distrito Federal

Ações

Realizar levantamento dos movimentos sociais organizados da região

Sensibilização do maior número de movimentos sociais sobre a importância da participação ativa no conselho de saúde

Manutenção da agenda consensuada e pactuada no exercício do controle social “Cidadania”

Estratégias

Realização de reuniões, fóruns, palestras, audiências públicas na comunidade com a finalidade de firmar parcerias

Mapeamento, cadastramento, qualificação, coresponsabilização com as políticas de saúde do Distrito Federal

Participação efetiva dos colegiados do planejamento, acompanhamento e avaliação dos resultados

Região de Unai

Curto prazo

Ações: formar o coletivo de articulação municipal da participação social em saúde, divulgar o que é o conselho

Estratégias: usar escola, Igreja, associações e etc.

Produtos: escola municipal, associação comunitária

Médio prazo

Ações: capacitar membros da sociedade para ocupar cargo no conselho

Estratégias: usar do conhecimento dos atuais conselheiros para formar futuros conselheiros

Produto: no centro de saúde e produtores rurais

Ações: pré-requisito é estar capacitado na formação de conselheiro

Estratégia: educação continuada

Produto: escola municipal, Igrejas, associação comunitária, centro de saúde, produtores rurais

Região Entorno Sul

Curto prazo

Ações: fóruns regionais, seminários, palestras

Estratégias: divulgação em todos os meios de comunicação, principalmente em ONGs, escolas e Igrejas

Produto: sociedade em geral

Médio prazo

Ações: criação entre município para compra de aparelho de tomografia

Estratégias: pactuação entre municípios e regionais

Produto: controle e produção

Longo prazo

Ações: construção de um hospital que atenda média e alta complexidade

Estratégia: levar a proposta para CIB, RIDE e Estado

Produto: atendimento da Região Entorno Sul para atender a demanda reprimida

Ao final das apresentações foi pactuado que os planos de ação deverão ser executados e que os seus resultados serão apresentados no próximo encontro agendado para o dia 19/10/12.

Parte II

A segunda parte do encontro foi destinada a atividade de dispersão, a qual objetivou a execução do planejamento proposto na primeira parte. Cada conselho de saúde ficou responsável por discutir o planejamento na reunião ordinária do seu conselho e a executá-lo, com objetivo de rastrear os movimentos sociais em seus Municípios e Regiões Administrativas. Para esta etapa foi disponibilizado uma carga horária de 40 horas.

Parte III

A terceira parte do “1º Encontro dos Conselhos de Saúde da Região Integrada do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF): resgatando a participação social em saúde”, aconteceu no auditório III da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília no dia 19/10/12 de 08 às 18 horas.

O evento teve início com o credenciamento dos conselheiros presentes, com um total de 48 participantes, assim distribuídos:

- 3 conselheiros do Conselho de Saúde do Distrito Federal;
- 6 conselheiros do CRS- Brasília;
- 3 conselheiros do CRS- Paranoá;
- 2 conselheiros do CRS- Guará;
- 3 conselheiros do CRS- Gama;
- 12 conselheiros do CMS- Planaltina-GO;
- 1 conselheiros do CMS- Formosa- GO;
- 1 conselheiro do CMS- Buritis- MG;
- 2 conselheiros do CMS- Cidade Ocidental- GO;
- 6 conselheiros do CMS- Novo Gama- GO;
- 3 conselheiros do CMS- Cabeceira Grande-MG;

- 2 conselheiros do CMS- Luziânia- GO;
- 4 conselheiros do CMS- Santo Antônio do Descoberto- GO.

A abertura do evento foi presidida pela Professora Doutora Helena Eri Shimizu, do Departamento de Saúde Coletiva. Após isso foi dado início o evento com a apresentação do Inquérito de Saúde da Região do Entorno Sul da RIDE-DF pela Professora Doutora Margarita Urdaneta. Ao término da exposição dialogada da professora foi destinado um tempo para intervalo.

A segunda parte da manhã foi coordenada pela professora Helena Eri Shimizu e destinou-se a troca de experiências entre os conselhos sobre os avanços e desafios da implementação do plano de ação proposto na primeira parte do Encontro realizada no dia 31 de Agosto de 2012. A professora fez algumas indagações com o intuito de resgatar a construção coletiva na primeira parte do Encontro, dessa forma os conselheiros divididos em grupos por regiões da RIDE-DF deveriam responder as indagações e trazer as suas experiências de implementação do plano de ação. As questões foram as seguintes:

- 1- Quais as estratégias utilizadas pelos conselhos de saúde para captar os movimentos sociais?
- 2- Quais foram os movimentos sociais encontrados na região?
- 3- Quais as dificuldades dos conselhos para articular com os movimentos sociais?
- 4- Discutem com o grupo quais seriam as estratégias para manutenção do diálogo dos conselhos com movimentos sociais.

Outras questões foram levantadas a respeito do diagnóstico de saúde do Município:

- 5- O que significam os dados apresentados sobre o Inquérito de Saúde da Região do Entorno Sul para os municípios ou região?
- 6- Quais as dificuldades dos conselhos para articular com os movimentos sociais?
- 7- Quais seriam as ações que devem ser consideradas no plano de saúde?
- 8- Discuta com o grupo quais seriam as estratégias para manutenção do diálogo dos conselhos com movimentos sociais.

A seguir estão descritas as apresentações dos Conselhos Municipais de Saúde que se fizeram presentes. Os conselheiros durante as explicações se detiveram a responder as questões propostos acima. Para tanto serão utilizadas as numerações das perguntas com o intuito de sequenciar as respostas:

1º GRUPO: CRS PARANOÁ, GAMA-DF E CMS NOVO GAMA-GO

Conselho Regional de Saúde do Paranoá- DF

1.

- *Manter a integração;*
- *Distribuição de calendário de reuniões;*
- *Realização de reuniões itinerantes.*

2.

- *Movimentos no Paranoá;*
- *Paranoá está completando 55 anos; há vários movimentos sociais (esporte, cultura, saúde e educação);*
- *Realizamos planejamento estratégico junto com UnB, destacando-se a necessidade de trazer a comunidade para participar do conselho de saúde, fizemos um calendário de reuniões e divulgamos. Outro desafio era formar o Conselho do Itapoã. Estamos tentando integrar e dialogar com o Conselho do Paranoá. Nenhum conselho irá resolver o problema sozinho, mas a participação no conselho aumentou, as entidades têm participado, pois formamos o Conselho através das entidades organizadas e indicadas pela comunidade. Agora estamos organizando um curso de formação para conselheiros. Outro avanço foi a participação na rádio comunitária (as terças-feiras é aberto para a comunidade) e o Conselho tem estado lá para divulgar as ações e atividades realizadas no local. Isso tem ajudado na divulgação dos trabalhos. Temos mantido reuniões quinzenais;*
- *Cedepe;*
- *Picasso não pichava.*

Conselho Municipal de Saúde do Novo Gama- GO

1.

- *A Associação de Moradores está tentando o máximo contribuir, lutando para poder avançar.*
- *Sou da Associação de Moradores da Vila União, estamos trabalhando há dez anos. Os governantes desprezaram as entidades de bairro para que nós não pudéssemos crescer nem politicamente e nem socialmente. Mas estamos tentando atuar.*

Conselho Regional de Saúde do Gama-DF

2.

- *Temos várias associações. O Conseg é muito atuante no Gama.*

3.

- *Precisamos conscientizar os movimentos sociais para que seja promovida a integração.*

4.

- *Precisamos fazer reuniões itinerantes;*
- *Tem que ter vontade, pois não é fácil e não tem remuneração.*

2º GRUPO: CRS BRASÍLIA-DF

Conselho Regional de Brasília- DF

1.

- *Necessário ter convergência entre o Conselho e os movimentos sociais, ter mão dupla, ambos devem dialogar. De que forma faremos isso? Usando o CONAS e CONASEMS, falar da existência de nosso Conselho no CNS;*
- *Elaborar folder distribuindo nos hospitais, centros de saúde, divulgação boca a boca.*

1.

- *Prefeituras de quadra, movimentos sociais de apoio: renais, doenças*

raras, saúde mental, oncológico, pastoral da saúde, psoríase.

- *Necessário ter o que ofertar como solução dos problemas demandados. Eu acho que o movimento social tem que estar muito articulado com os conselhos.*

3º GRUPO: CMS BURITIS E CABECEIRA GRANDE- MG

1.

- *Nós somos municípios pequenos;*
- *Divulgar junto aos movimentos sociais a importância da participação popular na saúde.*

2.

- *Pastoral da Criança, Igrejas, Associações comunitárias, Sindicatos, Escolas, Cooperativas de produtores rurais.*

3.

- *Falta de conhecimento das pessoas sobre o Conselho e desinteresse por não ser remunerado (voluntário).*

4.

- *Melhorar a comunicação e a apresentação para população sobre os procedimentos e ações que são realizadas na saúde deixando que a população tenha conhecimento e faça parte das decisões;*
- *Fazer análise do município;*
- *Falta de informação da população;*
- *De acordo com a necessidade da população;*
- *Boletim informativo, através de rádios, reuniões e movimentos sociais.*

5.

- *Fazer uma análise do Município.*

6.

- *A falta de interesse, ou seja, falta de informação da população.*

7.

- *De acordo com a necessidade da população.*

8.

- *Boletins informativos;*
- *Participação e divulgação das ações.*

4º GRUPO: CMS DO SANTO ANTÔNIO DO DESCOBERTO-GO

1.

- *A cidade é composta por bairros urbanos descontinuados, temos um distrito (Cidade Eclética), bairros urbanos e bairros rurais, o que dificulta muito a atuação da secretaria.*

2.

- *Encontramos Associações de moradores, associações rurais, sindicatos, igrejas e representantes dos trabalhadores;*
- *Estratégias: utilizamos a conscientização para participar das Conferências de Saúde, pois sem essa participação não tem como formar. A conscientização de que o Conselho Fiscal age como membro fiscalizador da secretaria de saúde, ele exerce o papel de fiscalizador, de orientador e ajuda em tudo que for necessário. As pessoas geralmente acham que o Conselho é uma “entidadezinha” para aparecer. O papel principal é informar, levar para comunidades carentes informações de como eles poder estar participando.*

3.

- *Dificuldade é principalmente financeira. A verba existente para os conselhos só existe no papel. Grande maioria enfrenta dificuldade de locomoção. Eu moro há 50 quilômetros do centro do meu município. Nosso maior problema hoje é financeiro, pois as verbas que dizem que destinam nunca chegam. A falta de recursos financeiros dificulta a participação do usuário nos conselhos.*

4.

- *Eu acredito que uma das primeiras estratégias seria que os conselhos*

municipais de todas as cidades se unissem principalmente os do Entorno Sul, pois enfrentamos todas as dificuldades possíveis, por meio de reuniões periódicas do Entorno Sul, para fortalecimento do sistema dos conselhos. E com isso podendo chegar aos movimentos sociais, às associações, dando a eles uma consciência maior sobre o trabalho dos Conselhos. Informações aos movimentos sociais do trabalho que está sendo realizado junto aos gestores de saúde. Outro ponto seria que os Conselhos junto com as Associações de moradores, que as associações chamassem mais as pessoas, fizessem palestras sobre saúde junto aos usuários. Incentivando os movimentos sociais de cada região a buscarem junto aos moradores e servidores do PSFs, quais as necessidades reais de cada bairro.

5.

- *Diagnóstico em Saúde;*
- *Conhecimento das necessidades reais do nosso município;*
- *Para gente de Santo Antônio nós tivemos um impacto quando vimos no diagnóstico que uma grande maioria não está cadastrada nos PSFs, isso pra gente é um choque. O que tá faltando? Eu acredito que o conhecimento disso vai fazer com que os Conselhos possam propor na hora das suas conferências uma proposta para isso.*

6.

- *A melhor capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de combate de Endemias, muitos não estão preparados para o que eles encontram, temos muitos bairros onde os sujeitos com problemas de saúde mental são muitos, e isso é um indício de que algo está errado. Há necessidade de educação na saúde do indivíduo. Os agentes não estão preparados para perceber isso;*
- *Conselhos junto com Associações precisam fazer palestras sobre saúde para a população;*
- *Na nossa região a situação do PSF é triste. Para ter ideias tem posto*

que em mais de mês que não tem insulina para os diabéticos, falta gaze, falta tudo, às vezes ficamos sem esfigmomanômetro, então imagino o resto. O aparelhamento dos PSF é primordial, pois é dali que parte tudo.

5º GRUPO: CMS DE PLANALTINA DE GOIÁS

1.

- *Chegando lá nós apresentamos o plano para o conselho e realizamos um debate com os candidatos a prefeito e através desse debate nós divulgamos o conselho na rádio local. Depois do debate muitas pessoas vieram procurar para fazer parte do conselho. A gente realizou um curso de capacitação pra ACS e Agente de Endemias, e depois desse curso as pessoas procuraram mais. Esses agentes são multiplicadores. Fizemos também um folder, com informações sobre o que é o Conselho, quem pode participar, qual a função e colocamos um telefone disponível para sugestões e reclamações. Estamos ainda trabalhando na distribuição. No final do folder colocamos uma frase de Paulo Freire. A gente viu que as pessoas estão procurando mais. Estamos usando as redes sociais, criamos o face book do conselho, blog. Fizemos camisetas e elaboramos uma peça teatral.*

2.

- *Temos: Igrejas, Associações (rural, de moradores, esportiva), Trabalhadores de saúde (sindicato).*

3.

- *Dificuldade de recursos para divulgação.*

4.

- *Estratégia é continuar o trabalho que estamos realizando, manter o contato direto.*

5.

- *Diagnóstico é importante porque estabelece as prioridades para*

definição de estratégias do plano de saúde. Percebemos que as dificuldades são bem parecidas. Necessário aumentar a cobertura da ESF; precisamos explicar para a população o que é a estratégia de saúde da família, necessário divulgar mais a estratégia; desenvolver programas para os grupos vulneráveis; atuar de modo intersetorial, envolvendo setores de transporte, educação; peça teatral intitulada “José e Rosa conhecendo o sistema de saúde”.

Nesse momento do encontro o grupo em questão apresentou uma peça teatral em que encenaram uma situação em que um usuário foi ao conselho de saúde reclamar do atendimento no Pronto Socorro, e durante a reunião do conselho ele tomou conhecimento da existência do conselho, das suas funções e do funcionamento do SUS.

6º GRUPO: CMS DE LUZIÂNIA E CIDADE OCIDENTAL- GO

1.

- *Divulgar os conselhos;*
- *Melhor identificação para ingresso dos movimentos.*

2.

- *Associações, pastoral da criança, mulheres da paz.*

3.

- *A primeira dificuldade é identificar os movimentos e depois é o interesse, pois alguns já indagam quanto eu vou receber para estar aqui e é voluntário;*
- *A gente pensa muito na divulgação, se possível reunião dentro dos movimentos.*

7º GRUPO: CRS DO GUARÁ E SAMAMBAIA-DF

O representante do grupo iniciou a sua fala dando a seguinte explicação:

“Eu cheguei atrasado, e é a primeira vez que eu participo. A participação popular em todas as áreas do governo é

muito importante. A nossa cultura a gente acha que o governo sozinho tem que fazer. Precisamos quebrar isso e nos engajarmos. O conselho de saúde é um órgão, é institucional, é um órgão importante pra gente avançar. A saúde vem sendo tratada de forma inadequada.”

1.

- *O que fizemos lá: Fizemos um levantamento junto à administração regional, pois ele detém esse cadastro das organizações existentes e ela forneceu esses dados e também procuramos a Junta de Prefeituras e ela também forneceu dados sobre entidades e organizações.*

2.

- *As OSCIPs, as ONGs, associações comerciais, ...*

3.

- *Recursos humanos, materiais, ...*

4.

- *Dificuldades são muitas, primeiro dificuldade técnica-operacional, a gente é instalado dentro dos hospitais. Trabalho voluntário é uma dificuldade, pois não temos uma cultura de que temos que fazer nossa parte.*

8º GRUPO: CMS- FORMOSA-GO

1.

- *No Município de Formosa foi realizada reunião dia 12/09/12, mas houve outras discussões e não teve como realizar a apresentação do 1º Encontro da oficina. Foi marcada reunião extraordinária para o dia 19/09/12, mas infelizmente houve discussões políticas e não foi realizada a apresentação do assunto. No dia 10/10/12 houve a reunião do conselho, mas não teve quórum, com já estava próxima a realização da 3º etapa foi explanada por mim a apresentação da 1º etapa e exposto o plano, mas a grande maioria desmotivada para a execução do mesmo.*

2.

- *Associações de catadores de lixo; Associações de Bairros; Associações de Deficientes Físicos; Comitê da dengue; Associação da Igreja; Conselhos Municipais de educação, segurança pública, cultura e etc.*

3.

- *Dificuldades da presença de todos os membros do conselho;*
- *Membros não tem vontade de mudar/melhorar;*
- *Desmotivados;*
- *Falta de recursos/assistência.*

4.

- *Divulgação: Palestras, Rádios/TV, Câmara Municipal, Bancos, Redes sociais, Estratégias de Saúde da Família;*
- *Peças teatrais: Igrejas, Escolas/Faculdades, Feiras;*
- *Capacitação dos membros do conselho através de curso oferecido pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.*

Ao final das apresentações foi dado início ao intervalo do almoço, com retorno às 14 horas. No período da tarde foi apresentado a Elaboração do Plano de saúde pelo Professor Doutor Antônio José Costa Cardoso que teve como propósito explanar sobre o planejamento participativo. Ao término destacou:

“Na lógica do planejamento participativo todo mundo participa de tudo, mas também é cobrado por tudo. A responsabilização tem que ser individualizada. Precisa ser nomeado. As pessoas tem que ser cobradas individualmente. Outro desafio: não temos mecanismos implementados de cobrança e responsabilização. Os mecanismos formais de avaliação anual não funcionam, é um grande faz de conta, mas precisamos ter. A gente não consegue traduzir o plano em agenda, não consegue descentralizar a gestão e não consegue operar a responsabilização. O CNS quer investir na capacitação dos Conselhos para elaboração dos Planos.”

Na oportunidade um conselheiro pediu a fala e assim propôs:

“A elaboração de um novo projeto que possa realizar uma formação, por meio de dois encontros, sendo um na região sul, preferencialmente no Novo Gama, e outro na região norte. O tema seria: Fortalecimento do Controle Social; Subtema: o controle social que nós temos e o controle social que nós queremos.”

Dessa forma, teve fim este encontro com a proposta de continuá-lo nos Municípios com o apoio da Universidade de Brasília.

8.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS OFICINAS COM OS CONSELHEIROS DA RIDE-DF: RESGATANDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

A capacitação dos conselheiros em participação social em saúde é posta como uma das possibilidades de qualificação dos conselheiros, dada a relevância do seu papel em representar e defender os anseios da comunidade. A realização do curso de extensão se configurou em uma ação pedagógica, a qual propiciou aos conselheiros conhecimento, reflexão, argumentação e enfrentamento das dificuldades da participação social em saúde, a partir da problematização da realidade de cada conselho.

Com base na participação dos conselheiros no curso de extensão foi possível observar que há necessidade de maior interação entre os conselhos de saúde da RIDE-DF para o fortalecimento do controle social, bem como da democracia, fato este que foi oportunizado nos momentos do encontro.

Na primeira parte do encontro estavam presentes 89 representantes dos Conselhos municipais de Saúde dos municípios que integram a RIDE-DF, dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal e do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Como o objetivo do encontro foi aprofundar o debate sobre a participação social e o papel dos movimentos sociais nessas regiões foi

possível apreender que os conselhos da RIDE-DF tem tanto dificuldade de conceituar os movimentos sociais quanto de identificá-los em sua região. No segundo encontro presencial estavam presentes 48 conselheiros da RIDE-DF, e eles trouxeram em suas explicações a necessidade de maior divulgação dos conselhos de saúde na mídia, redes sociais, nas unidades de saúde e nos movimentos sociais, por meio de reuniões ordinárias itinerantes como estratégias para o aumento da participação social em saúde e para identificação dos movimentos sociais. Chegou-se a cogitar inclusive modificações no regimento interno de forma a facilitar o acesso de representantes dos movimentos sociais às vagas nos conselhos, já que em muitos regimentos é preciso que a entidade possua CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica) para concorrer a eleição.

A questão do esvaziamento dos movimentos sociais nos espaços de participação social institucionalizada ficou evidente, inclusive reforçada com os depoimentos dos conselheiros ao longo do encontro, onde de maneira articulada com outros conselheiros pensaram nas estratégias de identificação e de adesão dos movimentos a esses espaços. A literatura tem demonstrado que a atuação de parte dos conselheiros é congruente com uma sociedade com baixa capacidade participativa e aponta a necessidade de existirem no espaço dos conselhos movimentos consistentes para aperfeiçoar os processos de formação dos conselhos de saúde, garantindo a legitimidade e representatividade nesses espaços (Kleba, Matielo, Comerlato, Renk, Colliselli, 2010; Zambon, Ogata, 2013).

A publicização das ações do conselho e descentralização dos seus espaços são apontadas como estratégias de ampliação da sua atuação no campo da comunicação, pois ao promover os processos de diálogo com diferentes atores sociais, fortalece a participação social (Kleba, Matielo, Comerlato, Renk, Colliselli, 2010).

O momento do encontro promoveu o diálogo entre os conselhos para a identificação de problemas comuns e a proposição de projetos partilhados e consensuados, no entanto, é imperativo que tais debates sejam fomentados pelas academias, pelos entes federados, pelos próprios conselhos de políticas públicas, inclusive intersetoriais, para o aprofundamento democrático da

conformação dos espaços conselhistas, tendo em vista as dificuldades de consolidação dos conselhos de saúde como espaços públicos de deliberação participativa situados em contextos políticos, econômicos e sociais próprios de cada localidade ou município (Paiva, Van Stralen, Costa, 2014).

Outro ponto importante é o desenvolvimento de processos de qualificação dos conselheiros, por meio de capacitações específicas e/ou permanentes, com o intuito de aprimorar a participação social para o exercício de controle social, inclusive na qualificação de demandas e adoção de prioridades que resultem na melhoria das condições de vida da população (Zambon, Ogata, 2013).

Estes espaços uma vez estruturados e qualificados com o adequado reconhecimento da gestão em saúde, tem potencial para serem mais permeáveis as necessidades locais e com maiores possibilidades de trazer impactos positivos na saúde da população na região de saúde (Zambon, Ogata, 2013).

9 CONCLUSÕES

A análise da capacidade das instâncias institucionalizadas de participação social em saúde dos Municípios estudados, conselhos e conferências, de influir na gestão de políticas públicas, especialmente da Atenção Básica, com vistas ao alcance da satisfação dos usuários, mostrou-se parcialmente satisfatória, visto que os dados demonstram:

- esta ser a política prioritária na gestão da saúde municipal, justificado pela elevadas coberturas populacionais da estratégia de saúde da família;
- pela presença considerável de propostas voltadas à Atenção Básica nas conferências;
- pelas representações sociais de saúde, doença, direito à saúde e cidadania apresentarem no seu campo representacional elementos que indicam a ampliação dos seus significados, reforçada pela existência de elementos no sistema periférico que indicam essas transformações. Estes últimos elementos realizam a conexão do sistema central com a realidade cotidiana, pois são elas que dão mobilidade e flexibilidade às representações sociais, regulando e adaptando o núcleo central às necessidades individuais e coletivas;
- pelo atendimento, embora que parcial das expectativas e necessidades dos usuários dos serviços de saúde da atenção primária, verificado pelo IRS.

Apesar dos resultados sinalizarem a potencialidade dessas instâncias na estruturação do sistema único de saúde pela via da atenção primária, evidenciou-se o esvaziamento dos movimentos sociais e da mobilização social nesses espaços, sendo majoritária a presença de conselheiros do segmento de usuários representantes das associações de moradores. A superficialidade na abordagem dos temas e nos debates das conferências, é outro ponto que chama a atenção, predizendo um cerceamento das manifestações populares.

Os conselheiros representantes de usuários nas conferências municipais de saúde, embora em pequeno número, revelaram serem atuantes e cientes da importância da sua participação política nos conselhos e conferências, por isso considerarem sua atuação gratificante.

O exercício da democracia participativa, a exemplo das conferências e conselhos municipais de saúde estudados revela-se comprometida, haja vista a presença de distorções na representatividade, pela dificuldade de inclusão de novos atores sociais advindos dos movimentos sociais, contrariando a ampliação da gramática social, a qual ocorre pela incorporação de novos atores, e conseqüentemente de suas agendas, trazendo prejuízos à ampliação da democracia e da cidadania.

A análise das entrevistas em profundidade dos presidentes dos conselhos municipais de saúde possibilitou inferir que a participação social em saúde nos conselhos apresenta-se determinada:

- pelas configurações do funcionamento dos conselhos, onde o processo de escolha dos seus membros e de tomada de decisões, além da estrutura organizacional dos conselhos seguem regras descritas no regimento interno e que são postas em prática, revelando o caráter formal dos conselhos e seu reconhecimento enquanto instituição. Tais regras são importantes para garantir a democratização do acesso aos conselhos e a sua efetividade deliberativa.
- pela dificuldade de execução da função de fiscalizadora dos gastos públicos pelos conselhos, impostas pelas secretarias municipais de saúde e pelo ministério público.
- pela caracterização da participação social, a qual é reconhecida pelos presidentes como direito da população de participar do planejamento das ações em saúde dentro do conselho, com autonomia para alocação das verbas e definição da execução de programas. Ao que parece as motivações para tal advém da crença em um ideal, como a melhoria das condições de saúde da comunidade, com vistas à concretização do direito à saúde.
- e por último pela qualificação das discussões, tão necessária ao processo decisório e que pode ser fomentada pela instituição de comissões temáticas e pelo acesso aos documentos antes da reunião plenária para leitura e domínio

dos temas da agenda, de forma a reduzir as assimetrias informacionais entre os conselheiros.

A partir da análise da dinâmica deliberativa foi possível constatar que o indicador coerção esteve presente na maioria dos CMS e que ainda há, embora em menor número, conselhos com tendência a burocratização, dado existirem para cumprir as exigências constitucionais, o que não lhes garante, seu pleno funcionamento. Todavia verifica-se que há uma dinâmica deliberativa nas plenárias dos conselhos estudados, constatada pela presença de debate público e pela produção de decisões as quais exercem influência na formulação da política e no controle público sobre as ações municipais.

Em relação ao desenho institucional, mais precisamente quanto ao grau de institucionalização, todos os CMS possuem lei de criação, regimentos internos e previsão de conferências, entretanto, a inexistência de mesa diretora, secretaria executiva e comissões em alguns conselhos é sinalizador da qualidade duvidosa de seu processo deliberativo, comprometendo de tal forma a organização democrática destas instituições.

Outro aspecto em relação ao desenho institucional refere-se ao grau de democratização, onde é possível perceber que a paridade entre gestor e trabalhador não é respeitada em todos os conselhos, havendo uma sobre representação do primeiro em relação ao segundo, revelando prejuízos à democratização interna dessas instituições. A dificuldade de composição dos conselhos é outro fator que merece destaque, haja vista que seus regimentos internos impõem sérias restrições ao acesso dos movimentos sociais aos conselhos.

Em todos os CMS o presidente tem amplos poderes, todavia tal circunstância é atenuada pelo fato de qualquer conselheiro poder pleitear o cargo de presidente no conselho. A presença de regras no processo de votação como especificadas nos regimentos interno e descritas nas entrevistas conferem um elevado grau de democratização ao processo decisório. A respeito da pauta da reunião ordinária, esta é construída coletivamente na maioria dos conselhos indicando um bom grau de democratização interno dessas instituições.

Outro ponto do desenho institucional refere-se ao grau de representação, onde a maioria dos conselhos não prevêem em seu RI as categorias de entidades representantes da sociedade civil. A baixa previsão de categorias pode possibilitar uma pluralização da representação, todavia na prática isso não ocorre, pois a exigência de vários critérios para as entidades concorrerem a um assento no conselho, é compreendida como uma forma de delimitar as entidades e excluir os movimentos sociais, havendo uma forte tendência às entidades se perpetuarem nos conselhos, pois ao ser convocada a eleição para composição do conselho, são enviadas cartas-convite às entidades que já compõem o conselho.

As características deliberativas e a arquitetura do desenho institucional verificadas no estudo alargam o espaço deliberativo, entretanto a falta de incorporação à cena decisória de atores pertencentes a segmentos sociais de diversas matizes ideológicas e políticas compromete essencialmente a democracia participativa. No entanto, embora não se verifique um modelo de democracia participativa ideal, a complexidade inerente às conferências e conselhos municipais de saúde e as dificuldades existentes na prática cotidiana não desabilitam esses fóruns enquanto espaços democratizantes e promotores de cidadania. Ademais, as conferências e conselhos refletem a prática democrática de cada localidade, por assim dizer, essas instâncias para conseguir exercer eficazmente o seu papel democrático, participativo e deliberativo, precisam que o seu ambiente proporcione condições favoráveis para o seu exercício. É possível perceber nos resultados que os conselhos municipais de saúde têm dificuldade de acesso a documentos, alguns não têm sede própria e secretária executiva, os quais deveriam ser garantidos pela secretaria municipal de saúde, configurando ambiente inóspito à democracia participativa.

Em relação a participação dos conselheiros de saúde da RIDE-DF no curso de extensão foi possível perceber que os conselhos apresentam dificuldade de conceituar os movimentos sociais e de identificá-los em sua região, além disso reconhecem que a baixa participação da comunidade nas plenárias dos conselhos e nas conferências comprometam o exercício do controle social. Com o objetivo de tornar os conselhos mais permeáveis à

participação social é que sugeriram modificações no regimento interno para que os representantes dos movimentos sociais possam concorrer às vagas nos conselhos.

Os achados relativos à abordagem estrutural das representações sociais aparecem como estratégia importante à identificação dos elementos que mais definem e organizam as representações de saúde, doença, direito à saúde e cidadania auxiliando a análise do campo comum, e porque não dizer das crenças compartilhadas pelos conselheiros municipais de saúde. Os dados permitiram desvelar a evolução e a pluralidade da percepção do processo saúde-doença, bem como do direito à saúde-cidadania dos conselheiros municipais de saúde.

Há que se reconhecer que o processo de mudança das representações sociais é um movimento lento, pois primeiro são transformados os elementos periféricos da representação social, para depois serem modificados os elementos centrais.

Isto sinaliza que as proposições do grupo, bem como suas práticas sociais no interior do conselho podem ser influenciadas por suas representações de saúde, doença, direito à saúde e cidadania determinando modelos de atenção à saúde restritos ou abrangentes. Isso demonstra que a representação social interpreta a realidade, orienta as atitudes do indivíduo, e as do grupo ao qual pertence, pois ao estar presente no imaginário, reflete-se nos comportamentos do grupo em relação a um objeto psicossocial. Desta forma, se é desejável transformar uma dada realidade é preciso considerar que transformar as ações, implica em transformar as representações que as orientam.

De posse de tais informações, os conhecimentos partilhados no âmbito dos conselheiros municipais de saúde servem como ponto de partida para responsabilidades grupais na intervenção e determinação de ações de saúde.

A avaliação dos serviços de saúde por meio do IRS surge como mais uma ferramenta de acompanhamento do atendimento às expectativas dos usuários da APS, pois indica de maneira sintética o quanto o serviço de saúde tem sido responsivo, sinalizando os rumos que a gestão participativa de saúde

deve tomar. As informações produzidas pelo índice em relação aos serviços da APS oferecidos em oito municípios da RIDE-DF, demonstraram que as dimensões confidencialidade, dignidade, comunicação e autonomia configuram como pontos fortes, enquanto as dimensões instalações, agilidade, apoio social e escolha do profissional foram considerados pontos fracos, indicando a necessidade de investimentos e melhorias nessas categorias. Verifica-se ainda que tal instrumento seja adaptável a outras realidades de serviços de saúde, contribuindo para sua gestão e gerenciamento, com vistas a oferecer um serviço de qualidade em atenção às demandas dos usuários.

10 REFERÊNCIAS

Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB Editora; 1998. p. 27-38.

Almeida-Filho N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011, p. 160.

Almeida AMO, Santos MFS. Representações sociais masculinas de saúde e doença. In: Trindade ZA, Menandro MCS, Nascimento CRR (Org.). Masculinidades e práticas de saúde. Vitória (ES): GM Editora; 2011. p. 99-128.

Almeida DR. Metamorfose da representação política: lições práticas dos conselhos municipais de saúde no Brasil. In: Avritzer L (Org.). A dinâmica da participação local no Brasil. São Paulo: Cortez; 2010 (Pensando a democracia participativa; v. 3). p. 129-174.

Almeida DR. Os conselhos municipais e sua estrutura normativa e institucional. Relatório da pesquisa Democracia, Desigualdade e Políticas Públicas no Brasil. Volume II. Agência Financiadora: FINEP; 2009. p. 54-72.

ALMEIDA DR. Representação Política e Conferências: Os Desafios da Inclusão da Pluralidade. Texto para discussão 1750. Brasília: Ipea; 2012.

Almeida-Filho N. Towards a unified theory of health-disease: I. health as a complex model-object. Rev. saúde pública. 2013; 47(3): 433-50.

Amaral MA, Campos GWS. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc. Saúde Colet. 2007; 12(4):849-859.

Andrade GRB, Vaitsman J, Farias LO. Metodologia de elaboração do índice de responsividade do serviço. Cad. Saúde Pública. 2010 Mar; 26(3):523-534.

Andrade GRB de, Vaitsman J. A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e de políticas sociais no município de Piraí, RJ (2006). Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(7):2059-2068.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Fundação João Pinheiro. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/> Acesso em: 27 jul. 2014.

Avritzer L. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: Avritzer L (Org.). Experiências nacionais de participação social. São Paulo: Cortez; 2009. (Democracia participativa). p. 27-54.

Avritzer L. A dinâmica da participação local no Brasil. In: Avritzer L (Org.). A dinâmica da participação local no Brasil. (Pensando a democracia participativa; v. 3). São Paulo: Cortez; 2010. p.7-56.

Ayres JRC. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc. 2004; 13(3):16-29.

Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 7ª ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2011. 320 p.

Bardin L. Análise de conteúdo (1977). Lisboa: Edições 70, 2011. 223 p.

Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H & Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. Soc. Sci. Med. 1999; (48):989-996.

Bispo Júnior JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(1):7-16.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 20p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde; v. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 68 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. (Série E. Legislação de Saúde) Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2006. 208 p.

Brasil. Decreto 7469 de maio de 2011a: Regulamenta a Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7469.htm>. Acesso em 03 nov. 2014.

Brasil. Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011b: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 03 nov. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. (Série E. Legislação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de maio de 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html> Acesso em 22 jul. 2014.

Brysk A. Human Rights and Private Wrongs: Constructing Global Civil Society (Global Horizons): Routledge. 1st edition. 2004.

Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP; Oliveira KM et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. Rev. Bras. Educ. Med. 2012; 36(1), (Supl. 1):40-50.

Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Nóbrega SM (Org.). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: EdUFPB; 2005. p. 511-539.

Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.

Cardoso FH, Faletto E. Dependência e desenvolvimento na América Latina. Rio de Janeiro: Zahar; 1970.

Chaves MMN, Egry EY. Conferências Municipais de Saúde: o movimento social organizado na construção de intervenções em saúde. Rev. Esc. Enferm. USP, 2012; 46(6):1423-30.

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(Supl. 1):1523-1531.

Coelho VSP. Uma metodologia para a análise comparativa de processos participativos: pluralidade, deliberação, redes e política de saúde In: Pires RRC (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.* (Diálogos para o desenvolvimento; v. 7). Brasília: IPEA; 2011. p. 279-295.

Correia MVC. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

Correia MVC. *Desafios para o controle social.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 278p.

Correia MVC. *Que controle social na política de assistência social? Serviço Social e Sociedade, ano XXIII 2002 nov;*72:119-44.

Cortes SV. Instituições participativas e acesso a serviços públicos nos municípios brasileiros. In: Pires RRC (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.* (Diálogos para o desenvolvimento; v. 7). Brasília: IPEA; 2011. p.77-84.

Costa RG. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Revista Brasileira de Estudos de População.* 2003; 10(1):79-92.

Cotta RMM, Gomes AP, Maiua TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2007; 31(2):278-286.

Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC, Gomes KO, Junqueira TS. Controle social no sistema único de saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Physis.* 2010; 20(3):853-872.

Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis.* 2009; 19(2):419-438.

Crespo E. Representaciones sociales y actitudes: una vision periférica. In: Villanueva CF, Torregrossa JR, Burillo FJ, Munne F (Org.). *Cuestiones de Psicología Social. I Encuentro Hispano-Societivo.* Universidade Complutense de Madrid; 1991. p. 97-105.

Cunha ESM. Inclusão social e política: o desafio deliberativo dos conselhos municipais de assistência social. In: Avritzer L (Org.). A dinâmica da participação local no Brasil. (Pensando a democracia participativa; v. 3). São Paulo: Cortez; 2010. p. 93-128.

Cunha ESM, Almeida DCR de, Faria CF, Ribeiro UC. Uma estratégia multidimensional de avaliação dos conselhos de políticas: dinâmica deliberativa, desenho institucional e fatores exógenos. In: Pires RRC (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. (Diálogos para o desenvolvimento; v. 7). Brasília: IPEA; 2011. p. 297-321.

Cunha ES. Conferências de Políticas Públicas e Inclusão Participativa. Texto para discussão 1733. Ipea, Rio de Janeiro; 2012.

Dallari SG. O direito à saúde. Rev. Saúde Pública. 1988; 22(1):57-63.

Doise W. Atitudes e representações. In: Jodelet D (Org.). As representações sociais (pp. 187-204). Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001a. p. 187-204.

Doise W. Cognição e representações sociais: a abordagem genética. In: Jodelet D (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001b. p. 301-320.

Doise W. Sistema e metassistema. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA (Org.). Teoria das representações sociais: 50 anos. Brasília: Technopolitik; 2011.

Duarte EB, Machado M de FAS. O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. Saúde Soc. 2012; 21(supl.1):126-137.

Faria CF, Ribeiro UC. Entre o legal e o real: o que dizem as variáveis institucionais sobre os conselhos municipais de políticas públicas? In: Avritzer L (Org.). A dinâmica da participação local no Brasil. (Pensando a democracia participativa; v. 3). São Paulo: Cortez; 2010 p.57-92.

Faria CF, Ribeiro UC. Desenho institucional: variáveis relevantes e seus efeitos sobre o processo participativo. In: Pires RRC (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. (Diálogos para o desenvolvimento; v. 7). Brasília: IPEA; 2011. p. 125-135.

Faria CF, Lins IL, Lobão JAP, Petinelli V. Conferências Locais, Distritais e Municipais de Saúde: Mudança de Escala e Formação de um Sistema

Participativo, Representativo e Deliberativo de Políticas Públicas. Texto para discussão 1727, Ipea, Rio de Janeiro; 2012.

Faria CF, Lins IL. Participação e deliberação nas conferências de saúde: do local ao nacional. In: Avritzer L, Souza CHL (Org.). Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades. Brasília: Ipea; 2013. p. 75-96.

Farias Filho MC, Silva NA, Mathis A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2014; 19(6):1911-1919.

Farias JLC. A dicotomia entre Democracia Representativa e Democracia Participativa e a Educação no Brasil. Sociedade em Debate. 2011; 17(2): 69-88.

Festinger L. Teoria da Dissonância Cognitiva (E. Almeida, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar; 1975. 248 p.

Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 23-64.

Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2^o ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.

Fonseca IF da. Relações de poder e especificidades do contexto em fóruns participativos. In: Pires RRC (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. (Diálogos para o desenvolvimento; v. 7). Brasília: IPEA; 2011. p.159-169.

General Assembly of the United Nations: The Universal Declaration of Human Rights. 1948. Disponível em: <<http://www.un.org/en/documents/udhr/>> Acesso em 01 set. 2014.

Gohn MG. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: Santos AO Jr, Azevedo S, Ribeiro LCQ (Org.). Governança democrática e poder local. Rio de Janeiro: Revan; 2004. p. 57-94.

Gohn MG. Novas teorias dos movimentos sociais. 3^o ed. São Paulo: Loyola; 2011a.

Gohn MG. Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos. 9º ed. São Paulo: Loyola; 2011b.

Gohn MG. Novas teorias dos movimentos sociais. 3º ed. São Paulo: Loyola; 2010.

Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record; 1997.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública. 2004; 20 Supl 2:S331-S336.

Jodelet D. Loucuras e representações sociais. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005. 393p.

Jodelet D. Representação da cultura no campo da saúde. In: Almeida AMO, Santos MFS, Diniz GRS, Trindade ZA (Org.). Violência, exclusão social e desenvolvimento humano. Estudos em Representações sociais. Brasília: EdUnB; 2006. p. 75-109.

Kingston LN, Cohen EF, Morley CP. Debate: Limitations on universality: the "right to health" and the necessity of legal nationality. BMC Int. Health Hum. Rights. 2010; 10:11.

Kleba ME, Matielo A, Comerlato D, Renk E, Colliselli L. papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(3):793-802.

Kowarick LF. Capitalismo e marginalidade na América Latina. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.

Kronberger N, Wagner W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: Bauer MW, Gaskell E (Org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Ed. Vozes; 2002. p. 416-441.

Krüger TR, Lemke AP, Nardino D, Finger SJ, Meggiato JR, Nunes MLA, Pedrine DM. As proposições da conferências de saúde e os planos municipais de saúde: um estudo em municípios de Santa Catarina. Saúde debate. 2011 Out-Dez; 35(91):508-521.

Lambertucci AR. A participação social no governo Lula. In: Avritzer L (Org.). Experiências nacionais de participação social. São Paulo: Cortez, 2009. (Democracia participativa). p. 71-106.

Laverack G. Promoção de saúde : poder e empoderamento. Loures: Lusodidacta; 2008. 216 p.

Leão-Almeida T. Uma beleza que vem da tristeza de se saber mulher: representações sociais do corpo feminino [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2009.

Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc. Saúde Colet. 2014; 19(4):1263-1274.

Lima MLJP. Atitudes. In: Vala J, Monteiro MB (Org.). Psicologia Social. Lisboa: Calouste Gulbenkian; 1993. p. 167-199.

Malta DC, Merhy EE. A Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. REME: Rev. Min. Enferm. 2004; 8(2):259-267.

Marshall TH. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.

Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(6):1001-1008.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

Mendonça CS. Sistema único de saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. (NAVEGADORSUS, 3). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3º ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Abrasco; 1994. 269 p.

Minkman MMN, Ahaus KTB, Huijsman R. A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Serv. Res.* 2009; 9(42):1-11.

Mirza CA. *Movimientos sociales y partidos políticos em América Latina*. Buenos Aires: Clacso; 2006.

Mitre SM. *Avanços e Desafios do acolhimento na reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, MG [dissertação]*. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal De Minas Gerais; 2011.

Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. *Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil*. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(8):2071-2085.

Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. 290 p.

Moscovici S. *Representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 2003.

Moscovici S. *Representações Sociais: Investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes; 2007. 404 p.

Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. *Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde*. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2009; 43(2):358-364.

Moreira MR, Escorel S. *Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS*. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):795-806.

Moroni JA. *O direito à participação no governo Lula*. In: Avritzer L (Org.). *Experiências nacionais de participação social. (Democracia participativa)*. São Paulo: Cortez; 2009. p. 107-141.

Müller Neto JS, Artmann E. *Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas*. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(12):3407-3416.

Müller Neto JS, Artmann E. *Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde*. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(1):68-78.

Nascimento ARA, Trindade ZA, Gianordoli-Nascimento IF. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. *Psico-USF*. 2011;16(2):203-213.

Oliveira LC, Pinheiro RA. Participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciênc. Saúde Colet.*; 2010; 15(5):2455-2464.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília, OPAS/OMS; 2011.

Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012. 176p

Oliveira MC. Os modelos de cuidado como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em Saúde. *Rev. bras. Educ. Med.* 2008; 32(3):347-355.

Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2455-2464.

Paiva FS, Van Stralen CJ, Costa PHA. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(2):487-498.

Pereira MA, Carvalho E. Boaventura de Sousa Santos: por uma nova gramática do político e do social. *Lua Nova.* 2008; 73: 45-58.

Pereira MF, Lima M da G, Shimizu HE, Dytz JLG. Construindo estratégias de participação e cidadania na atenção básica em saúde: um projeto de pesquisa-ação. In: Shimizu HE (Org.). O controle social em saúde na região integrada de desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno- RIDE-DF: uma experiência de construção de participação democrática. (Série Tempus na Saúde Coletiva, 7). Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2009. p. 113-195.

Pereira Neto AF. A representação dos usuários nos Conselhos de saúde: uma contribuição para o debate. *Physis.* 2012; 22 (2):441-462.

Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(Supl. 1):1009-1019.

Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. R. Enferm. UERJ. 2007; 15(2):276-83.

Reinert M. ALCESTE, une méthodologie d'analyse des dones textuelles et une application. BMS. 1990; (28):23-32.

Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJ. (Org.). O conhecimento no cotidiano. São Paulo: Brasiliense; 1993. p. 19-45.

SÁ CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1996. 188 p.

Sá C. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998. 108 p.

Santos BS. A crítica da razão indolente : contra o desperdício da experiência. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2011. 415 p.

_____. Reinventar a democracia. 2ª ed. Lisboa: Gradiva; 2002. 76 p.

_____. Um discurso sobre as ciências. 4ª ed. São Paulo: Corte; 2006. 94 p.

_____. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: _____(Org.). Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez; 2004. p.777-821.

_____(Org.). Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 3ª ed. 2005. 686 p.

_____, Avritzer L. Para ampliar o cânone democrático. In: _____ (Org.). Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 3ª ed. 2005. p. 39-82.

Santos OA Jr, Azevedo S, Ribeiro LCQ. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: Santos OA Jr, Ribeiro LCQ, Azevedo S (Org.). Governança democrática e poder local. Rio de Janeiro: Revan; 2004. p. 11-56.

Santos MRM. A representação social no contexto da participação institucionalizada: o caso dos conselhos municipais do Rio de Janeiro. In: Santos AO Jr, Azevedo S, Ribeiro LCQ (Org.). Governança democrática e poder local. Rio de Janeiro: Revan; 2004. p. 131-159.

Santos NR. O Estado que Temos e os Rumos que Queremos. Contribuição para Posicionamento com os novos Governos: Federal e Estaduais. Saúde Debate. 2010; 34(87):616-630.

Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(1):273-280.

Scholze AS, Duarte Junior CF, Silva FY. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface Comum. Saúde Educ. 2009; 13(31):303-314.

Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, Pereira MF. Local health governance in Central Brazil. J. Ambul. Care Manage. 2009 Jan; 32(2):131-139.

Shimizu HE, Dytz JL. Alguns indicadores da atenção básica nos municípios da RIDE-DF. In: Shimizu HE (Org.). Os desafios da gestão da atenção básica em saúde nos municípios da RIDE-DF. (Série Tempus na Saúde Coletiva, 9) Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2009. p. 45-52.

Shimizu HE, Pereira MF, Cardoso AJC, Bermudez XPCD. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(8):2275-2284.

Silva IF, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. Cad. Saúde Pública. 2001;17(1):161-70.

Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Ciênc. Saúde Coletiva. 2013; 18(1):221-232.

Silva LMS, Silva MRF, Lima LL, Fernandes MC, Oliveira NRN, Torres RAM. Análise da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão Participativa em Fortaleza, CE. Saúde Soc. 2012; 21(supl.1):117-125.

Silva SED, Ramos FRS, Martins CR, Padilha MI, Vasconcelos EV. Constituição cidadã e representações sociais: uma reflexão sobre modelos de assistência à saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44(4):1112-7.

Silveira MFA, Felix LG, Araújo DV, Silva LC. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção à saúde. *Cogitare Enferm.* 2004; 9(1):71-78.

Souza TO de, Silva JM da, Nóbrega SS da, Constâncio JF. Controle social: um desafio para o Conselho de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2012; 65(2): 215-21.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

Teixeira ACT, Souza CHL, LIMA PPF. Arquitetura da Participação no Brasil: Uma Leitura das Representações Políticas em Espaços Participativos Nacionais. Texto para discussão 1735. Rio de Janeiro: Ipea; 2012.

Toro JB, Werneck NMD. Mobilização Social: um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte: Autêntica; 2004.

Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Ver. Panam. Salud. Publica.* 2002; 11(5/6):365-373.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre o conceito de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(Supl. 2):190-198.
Trindade ZA, Santos MFS, Almeida AMO. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA (Org.). *Teoria das representações sociais 50 anos.* Brasília: Technopolitik; 2011. p. 101-121.

UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. 2005. Disponível em: <http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html> Acesso em 01 set. 2014.

Urbinati N. Representação como *advocacy*: um estudo sobre deliberação democrática. *Revista Política e Sociedade.* 2010; 9(16):51-88.

Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005;10(3):599-613.

Varkey P, Horne A, Bennet KE. Innovation in Health Care: A Primer. *Am. J. Med. Qual.* 2008; 23(5):382-388.

Ventura CAA, Mello DF, Andrade RD, Mendes IAC. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. *Rev. Bras. Enferm.* 2012; 65(6):893-8.

Viana ALD, Silva HP da, Melo MFC de, Cajueiro JPM. Financiamento e desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. In: Cohn A (Org.). Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC; 2009. p. 15-65.

Westhues A, Ochocka J, Jacobson N, Smich L, Maiter S, Janzen R et al. Developing theory from complexity: reflections on a collaborative mixed method participatory action research study. Qual. Health Res. 2008; 18(5):701-717.

Wolf E. Peasant wars in the twentieth century. New York: Harper e Row; 1969.

World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.

Zambon VD, Ogata MN. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(6): 921-7.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: O Controle Social no SUS: o desafio da articulação dos conselhos regionais de saúde e movimentos sociais para ampliar a participação social na gestão do SUS.

O objetivo desta pesquisa é: avaliar a capacidade de articulação dos Conselhos Municipais de Saúde (CS) com os movimentos sociais com a finalidade de propor estratégias para ampliar a participação social na construção de políticas públicas de saúde que garantam a qualidade da atenção à saúde. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário, entrevista e grupo focal que o(a) senhor(a) deverá responder no setor de sua preferência na data combinada. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário e entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. O tempo estimado para preenchimento é de aproximadamente 90 minutos. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na sua Instituição podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr(a). Helena Eri Shimizu, na instituição Universidade de Brasília, telefone: 61-33072587.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PERFIL DO CONSELHEIRO DO SEGMENTO DE USUÁRIO

Dados Pessoais:

Nome: _____

Fone: _____

e-mail: _____

Dados Conselho de Saúde:

Fone: _____

e-mail: _____

Perfil:

1. Município _____
2. Sexo
 Masculino Feminino
3. Faixa etária
 18 a 24 anos
 25 a 29 anos
 30 a 34 anos
 35 a 39 anos
 40 a 44 anos
 45 a 49 anos
 50 a 59 anos
 60 anos ou mais
4. Indique o seu grau de instrução
 Ensino fundamental ou Primário e Ginásio incompleto
 Ensino fundamental ou Primário e Ginásio completo
 Ensino médio ou segundo grau incompleto
 Ensino médio ou segundo grau completo
 Superior incompleto
 Superior completo
- 5- Qual a sua profissão ou ocupação _____
- 6- Indique a sua situação trabalhista
 Empregado com carteira assinada
 Empregado sem carteira assinada
 Funcionário Público
 Aposentado/Pensionista
 Trabalhador autônomo
 Microempresário
 Desempregado
- 7- Qual é o seu tempo de atuação no CMS?
De _____ até _____
- 8- Quantos mandatos você atua no CMS?

- 1 mandato
- 2 mandatos
- 3 mandatos
- 4 mandatos
- 5 mandatos

9- Qual a composição do CMS?

Secretario Municipal de Saúde _____

Representantes dos órgãos públicos de saúde ou outros setores (Governo) _____

Representantes dos órgãos privados de saúde (prestador privado) _____

Representantes da comunidade (Usuários) _____

Representantes dos trabalhadores do SUS _____

9-Número de titulares _____

Número de suplentes _____

10-Indique o segmento que você representa no CMS

- gestor
- trabalhador
- usuário
- prestador

11- Como você se tornou membro do CMS?

- Indicado por dirigentes da sua associação/entidade
- Eleito pelos membros da sua associação
- Indicado pela Secretaria Municipal de Saúde
- Indicado por político (s) local (ais)

12- Mencione o tipo de associação/entidade que representa no CMS

- associação de portadores de patologia
- Sindicato
- Religiosa
- Associação de moradores
- Federação da associação de moradores
- Federação ou Central Sindical

Outra especifique

13- Diga o nome da associação/ entidade que você representa no CMS

14- Quanto tempo tem a associação/ entidade que você representa

- menos de 2 anos
- 2 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- mais de 15 anos

15-Diga se você ocupa cargo de direção na sua associação/ entidade

- Sim Não

16-Há quanto tempo você representa a associação/ entidade?

- menos de 2 anos
- 2 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos

mais de 15 anos

17-Quantos membros têm a associação/ entidade que você representa?

18-A sua associação/entidade indica representantes para outros Conselhos Municipais, que não o de Saúde?

Sim Não Não sei

Se sim, qual _____

19- Recebeu capacitação para ser conselheiro Municipal de Saúde?

Sim Não

Se sim, quais foram os temas tratados e a carga horária aproximada:

20-As capacitações têm lhe ajudado no seu trabalho no conselho Municipal de Saúde

Sempre

Muitas vezes

Poucas vezes

Nunca

21- Mencione o grau de conhecimento dos temas abaixo:

Funcionamento do governo local

Muito Pouco Nada

Políticas de saúde

Muito Pouco Nada

Direitos do cidadão

Muito Pouco Nada

Relação entre poderes públicos

Muito Pouco Nada

Papel do parlamentar

Muito Pouco Nada

Importância da participação política do cidadão

Muito Pouco Nada

22- Você recebe alguma ajuda de custo para participar das atividades do CMS?

sim não às vezes

Se sim, em quais situações?

23 - Qual a periodicidade da sua participação nas reuniões do conselho?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca

24- Você tem disponibilidade de tempo para participar das atividades dos Conselhos?

Sim Não Às vezes

25- Você participa de alguma Comissão Temática no CMS

Sim Não

Se sim, qual (is) _____

26- Você mantém informada a sua entidade/associação que representa informada sobre os trabalhos do Conselho

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca

27- Você discute com a sua entidade/associação que representa os assuntos que estão em discussão no CMS?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca

28- Você recebe orientações/sugestões da entidade/associação que representa para sua atuação no CMS?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca

29- Você participa das reuniões/atividades promovidas pela sua entidade/associação para sua atuação no CMS?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca

30- A sua entidade informa os associados sobre os temas debatidos no CMS?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca

31- Indique se você participa de organizações citadas abaixo

Partidária

Religiosa

Cultural

Desportiva

Filantrópica

Outra _____

32- Você participa de Encontros e Conferências de Saúde

Sim

Não

Esporadicamente

33- Os temas tratados na Conferência Municipal de Saúde geram mudanças nas ações de saúde?

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca

34- Indique se existem outras formas de participação social em saúde

Sim Não

Se sim, quais?

Conselhos gestores de unidade

Conselhos regionais/distritais

Fóruns dos segmentos (usuários, trabalhadores, governo, prestador privado).

Outros. Quais? _____

35- Considera a sua participação no CMS

Importante

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca

Produtiva

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca

Gratificante

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca

Maçante

Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE RESPONSABILIDADE

Pesquisa usuários da Estratégia de Saúde da Família

• Respeito pelas pessoas

Bloco 1- Dignidade

1. Com que frequência os (categorias) tratam o (a) sr. (a) com respeito na Unidade básica de saúde da família?					
Categorias	1. sempre	2. quase sempre	3. raramente	4. nunca	5. NA
1.1 Enfermeiros					
1.2 Pessoal da segurança					
1.3 Médicos					
1.4 Técnicos de enfermagem					
1.5 Agentes comunitários de saúde					
1.6 Pessoal da limpeza					
2. Caso não tenha sido tratado com respeito, o que aconteceu?					
Categorias	1. não deu informação direito	2. tratou com grosseria	3. não foi competente	4. nunca	5. NA
2.1 Enfermeiros					
2.2 Pessoal da segurança					
2.3 Médicos					
2.4 Técnicos de enfermagem					
2.5 Agentes comunitários de saúde					
2.6 Pessoal da limpeza					
3. Você alguma vez se sentiu desrespeitado na sua privacidade durante os exames físicos?					
1.() muitas vezes 2.() algumas vezes 3.() poucas vezes 4.() nenhuma vez 5.()NA					
4. Você já sentiu que teve problemas ao ser tratado pela equipe de saúde da família ...					
	1. não	2. sim	3. NA		
4.1 Por causa do modo que estava vestido?					
4.2 Por seu modo de ser?					
4.3 Por sua cor?					
4.4 Por seu sexo?					
4.5 Pela sua opção sexual?					
4.6 Pela sua idade?					
4.7 Devido ao seu estado de saúde?					
4.8 Por sua condição financeira?					
4.9 Outros. Especifique					

Bloco 2- Confidencialidade

5. Que confiança o (a) Sr. (a) tem que os servidores da equipe de saúde da família guardam a sua informação pessoal de maneira que somente pessoas autorizadas tenham acesso?					
1.() muita confiança 2.() alguma confiança 3.() pouca confiança 4.() nenhuma confiança 5.()NA					

Bloco 3- Autonomia

6. O (A) sr. (a) é comunicado (a) sobre as opções de tratamento pelo médico? 1. () sempre 2. () quase sempre 3. () raramente 4. () nunca 5. () NA
7. O (A) sr. (a) é comunicado (a) sobre as opções de tratamento pela enfermeira? 1. () sempre 2. () quase sempre 3. () raramente 4. () nunca 5. () NA
8. Durante a consulta com o médico lhe é permitido decidir sobre o tipo de tratamento? 1. () sempre 2. () quase sempre 3. () raramente 4. () nunca 5. () NA
9. Durante a consulta com a enfermeira lhe é permitido decidir sobre o tipo de tratamento? 1. () sempre 2. () quase sempre 3. () raramente 4. () nunca 5. () NA
10. Durante a consulta com o médico o (a) sr. (a) é encorajado (a) a fazer perguntas? 1. () sempre 2. () quase sempre 3. () raramente 4. () nunca 5. () NA
11. Durante a consulta com a enfermeira o (a) sr. (a) é encorajado (a) a fazer perguntas? 1. () sempre 2. () quase sempre 3. () raramente 4. () nunca 5. () NA

Bloco 4- Comunicação

12. Com que frequência o sr. (a) pede informações na Unidade básica de saúde da família? 1.() muitas vezes 2.() algumas vezes 3.() poucas vezes 4.() nenhuma vez 5.()NA					
13. Em sua opinião, conseguir informações na Unidade básica de saúde da família é ... 1.() difícil 2.() relativamente difícil 3.() relativamente fácil 4.() fácil 5.()NA					
14. Por favor, responda com que frequência o médico ...					
	1. sempre	2. quase sempre	3. raramente	4. nunca	5. NA
14.1... dá atenção aos seus problemas?					
14.2... explica sobre sua doença e o seu tratamento?					
14.3... lhe dá tempo para que você tire as suas dúvidas?					
15. Por favor, responda com que frequência o enfermeiro ...					
	1. sempre	2. quase sempre	3. raramente	4. nunca	5. NA
15.1... dá atenção aos seus problemas?					
15.2... explica sobre sua doença e o seu tratamento?					
15.3... lhe dá tempo para que você tire as suas dúvidas?					
16. Se acontecer de faltar algum medicamento lhe dão alguma explicação ou satisfação sobre este problema? 1.() sempre 2.() quase sempre 3.() raramente 4.() nunca 5.() nunca aconteceu 6. () NA					

• **Orientação para o paciente**

Bloco 5- Agilidade

17. Em geral, qual é o tempo de espera para marcação de consultas na equipe? 1. () até 10 dias 2. () de 10 a 20 dias 3. () de 20 a 30 dias 4. () mais de 30 dias 5. () NA
18. Em geral, quanto tempo o sr. (a) espera para ser atendido nas consultas marcadas na Unidade básica de saúde da família? 1.() até 1 hora 2.() de 1 a 2 horas 3.() de 2 a 3 horas 4.() mais de 3 horas 5. () NA
19. Quanto tempo costuma levar até o (a) sr. (a) agendar os exames laboratoriais? 1. () até 10 dias 2. () de 10 a 20 dias 3. () de 20 a 30 dias 4. () mais de 30 dias 5. () NA
20. Quanto tempo costuma levar até o (a) sr. (a) ficar sabendo do resultado dos exames laboratoriais? 1. () até 10 dias 2. () de 10 a 20 dias 3. () de 20 a 30 dias 4. () mais de 30 dias 5. () não fica sabendo do resultado 6. () NA
21. Quanto tempo costuma levar até o (a) sr. (a) agendar os exames de imagem? 1. () até 10 dias 2. () de 10 a 20 dias 3. () de 20 a 30 dias 4. () mais de 30 dias 5. () NA
22. Quanto tempo costuma levar até o (a) sr. (a) ficar sabendo do resultado dos exames de imagem? 1. () até 10 dias 2. () de 10 a 20 dias 3. () de 20 a 30 dias 4. () mais de 30 dias 5. () não fica sabendo do resultado 6. () NA
23. Quanto tempo geralmente leva para o sr. (a) ser atendido, quando vem ao pronto atendimento na Unidade básica de saúde da família? 1.() até 1 hora 2.() de 1 a 2 horas 3.() de 2 a 3 horas 4.() mais de 3 horas 5.() não consegue atendimento no dia 6.() NA
24. Em geral, qual é o tempo de espera para marcação de consultas com especialistas indicados pelo médico? 1. () até 10 dias 2. () de 10 a 20 dias 3. () de 20 a 30 dias 4. () mais de 30 dias 5. () NA

Bloco 6- Apoio social

25. Com que frequência o (a) sr. (a) recebe os medicamentos essenciais para o seu tratamento aqui na equipe de saúde da família? 1.() sempre 2.() quase sempre 3.() raramente 4.() nunca 5.()NA
26. Com que frequência o (a) sr. (a) recebe apoio social de outros recursos da comunidade como CRAS, Centros Comunitários, Igrejas e etc.? 1.() sempre 2.() quase sempre 3.() raramente 4.() nunca 5.()NA
27. Com que frequência a equipe de saúde da família incentiva a presença de familiares e ou amigos na atenção prestada? 1.() sempre 2.() quase sempre 3.() raramente 4.() nunca 5.()NA

Bloco 7- Escolha do profissional

28. O senhor tem a oportunidade de escolher o profissional de saúde para atendê-lo? 1.() sempre 2.() quase sempre 3.() raramente 4.() nunca 5.()NA
--

Bloco 8 – Instalações

29. Por favor, dê a sua avaliação para cada um dos itens em relação à limpeza da equipe de saúde da família:					
	1. muito bom	2. bom	3. ruim	4. muito ruim	5. NA
29.1 Locais de espera					
29.2 Consultórios					
29.3 Sala de reuniões					
29.4 Banheiro					
29.5 Sala de procedimentos					
30. Agora, nos dê a sua opinião com relação ao conforto:					
	1. muito bom	2. bom	3. ruim	4. muito ruim	5. NA
30.1 Locais de espera					
30.2 Consultórios					
30.3 Sala de reuniões					
30.4 Sala de procedimentos					

Bloco: Caracterização dos entrevistados

31. Sexo: 1. () masculino 2. () feminino	32. Qual a sua idade?
33. Você tem filhos? 1. () sim 2. () não	34. Se sim, quantos?
35. Até que série o (a) sr. (a) estudou?	
1. () primeiro grau incompleto	5. () graduação incompleta
2. () primeiro grau completo	6. () graduação completa
3. () segundo grau incompleto	7. () pós-graduação
4. () segundo grau completo	8. () nenhum
36. Qual a sua religião?	
1. () Católica	6. () Candomblé
2. () Israelita	7. () Não tem religião
3. () Evangélica/protestante	8. () Ateu
4. () Espírita	9. () Outra. Especifique _____
5. () Umbanda	10. () NA
37. Qual a sua situação ocupacional atual?	
1. () Dona de casa	6. () Aposentado
2. () Servidor público	7. () Profissional liberal
3. () Empregado (assalariado)	8. () Autônomo
4. () Desempregado	9. () Estudante
5. () Empregador	10. () Pensionista
	11. () NA
38. Qual o valor aproximado da sua renda familiar mensal?	
39. Município onde reside?	
1. () Novo Gama	5. () Pirenópolis
2. () Cidade Ocidental	6. () Valparaíso
3. () Formosa	7. () Santo Antônio do Descoberto
4. () Planaltina- GO	8. () Buritis

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DE EVOCÇÃO

Prezado (a) participante não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas são válidas. Sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. Agradeço desde já e me coloco à disposição para eventuais esclarecimentos.

PARTE 1

1. Escreva as 6 primeiras palavras ou expressões que lhe vem à mente sobre **saúde**:

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

2. Enumere dentro dos parênteses, de 1 a 6, em ordem de importância, as palavras ou expressões descritas acima por você.

3. Explique no espaço abaixo a escolha das palavras ou expressões enumeradas de 1 a 3.

4. Onde você obteve informações sobre saúde?

(se tiver mais de uma opção, cite todas)

PARTE 2

1. Escreva as 6 primeiras palavras ou expressões que lhe vem à mente sobre **doença**:

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

2. Enumere dentro dos parênteses, de 1 a 6, em ordem de importância, as palavras ou expressões descritas acima por você.

3. Explique no espaço abaixo a escolha das palavras ou expressões enumeradas de 1 a 3.

4. Onde você obteve informações sobre doença?
(se tiver mais de uma opção, cite todas)

PARTE 3

1. Escreva as 6 primeiras palavras ou expressões que lhe vem à mente sobre **direito à saúde**:

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

2. Enumere dentro dos parênteses, de 1 a 6, em ordem de importância, as palavras ou expressões descritas acima por você.

3. Explique no espaço abaixo a escolha das palavras ou expressões enumeradas de 1 a 3.

4. Onde você obteve informações sobre direito à saúde?
(se tiver mais de uma opção, cite todas)

PARTE 4

1. Escreva as 6 primeiras palavras ou expressões que lhe vem à mente sobre **cidadania**:

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

2. Enumere dentro dos parênteses, de 1 a 6, em ordem de importância, as palavras ou expressões descritas acima por você.

3. Explique no espaço abaixo a escolha das palavras ou expressões enumeradas de 1 a 3.

4. Onde você obteve informações sobre cidadania?
(se tiver mais de uma opção, cite todas)

Solicito, por gentileza, o preenchimento de alguns dados:

1. Qual a sua idade? _____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Organização que representa?

4. Qual o nível de participação na organização?

5. Qual o tempo de militância na organização?

6. Qual a sua situação trabalhista?

8. Qual a sua profissão?

9. Grau de escolaridade:

() 1º grau incompleto

() 1º grau completo

() 2º grau incompleto

() 2º grau completo

() Superior incompleto

() Superior completo

() Pós-graduação

10. Renda Média Mensal da Família:

() Menor que 1 salário mínimo

() 1 a 2 salários mínimos

() 2 a 3 salários mínimos

() 3 a 4 salários mínimos

() 4 a 5 salários mínimos

() 5 ou mais salários mínimos

11. Tem plano de saúde privado?

() sim () não

12. Usa o SUS?

() sim () não

12.1 Se sim, qual a frequência de uso?

() sempre () frequentemente () às vezes () raramente

Obrigada por sua participação!

APÊNDICE E - ROTEIRO DA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

Data: _____ Conselho municipal de Saúde: _____ Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Grau de escolaridade: _____ Profissão: _____ Segmento: _____	
Categorias da Participação Social	Questões norteadoras
Definição de participação social em saúde: ao longo dos anos houve uma mudança qualitativa na forma de participação.	1- Para você o que é participação social em saúde? ou O que você entende por participação social em saúde?
Níveis de participação (Bobbio, Matteuci & Pasquino, 1991): a presença (forma menos intensa); a ativação (desenvolve atividades); e a participação (contribui para uma decisão política).	2- Como é a sua participação social em saúde? Descreva-a.
Objetivos da participação: a participação pode assumir um caráter instrumental, pragmático, altruísta ou orgânico, características estas que em certos momentos podem coexistir, interagir, e, inclusive, fundir-se ou opor-se.	3- O que te motiva a ser conselheiro? ou Quais são as suas motivações para participar do conselho?
Condicionantes da participação: fatores inerentes ao sujeito como os fatores culturais (idade, sexo, camada social, grau e tipo de instrução) e os fatores psicossociais (normas e valores); ponderações sobre os custos e benefícios desta participação; bem como o regime político da sociedade em que se inserem as instâncias de participação.	4- Em sua opinião, de que forma a sua história de vida contribuiu ou influenciou na sua decisão de participar do conselho? 5- De que forma o conselho favorece a sua participação?
Efetividade deliberativa: expressa na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre as políticas públicas e no controle sobre essas ações.	6- Em sua opinião, há interesse dos gestores no funcionamento do conselho de saúde e na participação social na definição de políticas públicas? (Quem institui) 7- Que tipos de organizações/movimentos sociais têm inserção no conselho? (Quem participa) 8- Quais seriam as motivações dos conselheiros para participação?

	9- De que forma a capacidade de comunicação dos participantes e o conhecimento técnico interfere nos processos deliberativos?
Desenho institucional: configurações e regras específicas que modelam o funcionamento dos conselhos.	<p>10- Qual a frequência das reuniões?</p> <p>11- Como é definida a pauta das reuniões? E quem participa dessa definição?</p> <p>12- Como é a estrutura organizacional do conselho?</p> <p>13- Quais as organizações são convidadas para compor o conselho?</p> <p>14- Como é o processo de escolha dos conselheiros?</p> <p>15- Como ocorre o processo de tomada de decisão pelo conselho? Há regras? Quais? Há presença de comissões?</p>
Representatividade política: representatividade dos indivíduos que atuam em nome da sociedade civil nos conselhos.	<p>16- Como é o processo de escolha dos conselheiros por suas organizações de base?</p> <p>17- De que maneira esses conselheiros oriundos de diferentes organizações influenciam os processos de tomada de decisão?</p> <p>18- Os conselheiros repassam às suas bases decisões do conselho? Do mesmo modo, informam o conselho, as proposições de sua base? (Publicidade das ações do conselho e processo de influência comunicativa)</p>
Verificar a vocalização das demandas de saúde da comunidade pelos conselhos de saúde no processo de regionalização à luz do Decreto 7508/2011, do COAPS e do Plano de Ação das Redes Temáticas.	<p>19- O conselho de saúde tem participado do processo de regionalização, com base no Decreto 7508/2011 que trata da organização do SUS em redes de atenção à saúde? De que maneira?</p> <p>20- O conselho de saúde tem participado da elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS) que prevê a definição de metas e indicadores,</p>

	<p>de recursos financeiros e a responsabilização de cada ente Federado na região de saúde? Se sim, de que maneira?</p> <p>21- Em caso afirmativo, o conselho de saúde consegue vocalizar as demandas de saúde da comunidade no processo de regionalização?</p> <p>22- Essas demandas são levadas em consideração na elaboração da COAPS?</p> <p>23- O conselho de saúde participa da elaboração do Plano de ação das redes temáticas (rede materno-infantil-Rede cegonha; rede de urgência e emergência - RUE; rede de atenção psicossocial - RAPS; rede de pessoa com deficiência)? Se sim, de que maneira?</p> <p>24- As demandas da comunidade são contempladas no plano de ação das redes temáticas?</p>
--	--

ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 001/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 569/2011 – O CONTROLE SOCIAL NO SUS: O DESAFIO DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS CONSELHOS REGIONAIS DE SAÚDE E OS MOVIMENTOS SOCIAIS PARA AMPLIAR A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO DO SUS.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 28/12/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela APROVAÇÃO DO PROJETO.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 02 de janeiro de 2012.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN – Q. 501 – Bloco "A" – Brasília – DF – CEP.: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE