



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Santos, Bárbara Alves dos; Vicentine, Fernanda Bergamini;
Lago, Luana Pinho de Mesquita; Mestriner, Wilson
A práxis desenvolvida no âmbito do Conselho Municipal de Saúde em um município de São Paulo
Saúde em Debate, vol. 44, núm. 127, 2020, Outubro-Dezembro, pp. 976-988
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012703>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369111004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

A práxis desenvolvida no âmbito do Conselho Municipal de Saúde em um município de São Paulo

The praxis developed in the Municipal Health Council in a large city in the state of São Paulo

Bárbara Alves dos Santos¹, Fernanda Bergamini Vicentine¹, Luana Pinho de Mesquita Lago¹, Wilson Mestriner Junior¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012703

RESUMO Os objetivos deste estudo foram caracterizar as modalidades de práxis desenvolvidas pelo Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e investigar o exercício do papel do conselheiro enquanto membro participativo da gestão pública. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, com coleta de dados em fontes primárias, por meio de questionários aplicado aos(as) conselheiros(as) de saúde, e secundárias, com análise das atas no período 2018-2019. Para análise dos dados, utilizaram-se a análise documental e o *software* IRaMuTeQ. Participaram deste estudo seis conselheiros, e foram analisadas 27 atas de reuniões. Embora o Conselho Municipal de Saúde se institua como espaço para o exercício do controle social, identificou-se falsificação de sua profecia inicial, uma vez que não houve entendimento do papel de conselheiros enquanto representante e sujeito político, observaram-se deliberações de baixo impacto, não houve estímulo da participação do cidadão, notou-se a utilização de um discurso técnico/científico como forma de estabelecer relações de subordinação, coerção de representantes pelo segmento governamental e uma participação pró-forma, reduzindo sua atuação à ocupação daquela cadeira. Entretanto, os Conselhos deveriam ser espaços ricos e potentes para a efetivação do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Democracia. Participação da comunidade. Conselhos de Saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde pública.

ABSTRACT This study aimed to characterize the praxis modalities developed by the Municipal Health Council of Ribeirão Preto and investigate the exercise of the role of the councilor as a participatory member of public management. It is characterized by a descriptive study with a qualitative approach with data collection and analysis from primary sources through questionnaires with a health counselor, and secondary sources, through analysis of the minutes in the period 2018-2019. For data analysis, we used a documentary analysis and the IRaMuTeQ software. Six counselors participated in this study and 27 minutes of meetings were analyzed. Although the Municipal Health Council is established as a space for the exercise of social control, falsification of its initial prophecy was identified, since there was no understanding of the role of counselors as a representative and political subject, low-impact deliberations were observed, there was no stimulus of citizen participation, the use of a technical/scientific discourse was noted as a way of establishing relationships of subordination, coercion of representatives by the governmental segment and a proforma participation, reducing their performance to the occupation of that chair. However, councils should be rich and powerful spaces for the implementation of the Unified Health System.

KEYWORDS Democracy. Community participation. Health Councils. Unified Health System. Public health.

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
barbaraalves.fono@gmail.com



Introdução

Contexto histórico

A democratização da saúde no Brasil tem seus primórdios em meados dos anos 1970, no cenário da Reforma Sanitária, um movimento que almejou a criação de um sistema nacional de saúde público, participativo, descentralizado e de qualidade^{1,2}. Esse cenário brasileiro estava em consonância com um movimento internacional que também orientava a ressignificação da assistência à saúde. Um marco do movimento, no mundo e no Brasil, foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma-Ata, em 1978, que reafirmou a saúde como um direito humano fundamental, trazendo uma visão crítica ao modelo biomédico e destacando essa reforma como uma das mais importantes metas mundiais para a melhoria das condições de vida e redução das desigualdades³. Alguns anos depois, em 1986, ocorreu no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada também um marco na história das políticas de saúde brasileira⁴.

A participação popular na elaboração de políticas públicas se faz então primordial, sendo que a “saúde não deve ser feita em um processo ‘sobre’ e ‘para’ o povo, mas deve ser construída ‘pelo’ e ‘com’ o povo”⁵⁽²³²⁾. Nessa perspectiva, encontram-se nos Conselhos de Saúde espaços nos quais a participação na definição, na execução e no acompanhamento de políticas públicas se tornariam possíveis⁶. Considerando a instituição legal dos Conselhos, é possível destacar dois tipos de poderes exercidos, muitas vezes de forma sobreposta e conjunta, sendo eles: o poder político, este que decorre diretamente da representatividade; e o poder decisório, conferido pela lei⁷. É importante reconhecê-los para que a razão de ser do Conselho possa ser compreendida e apreendida pelos atores envolvidos nesse contexto. Ressalta-se que o conceito de participação popular aqui concebido se

alicerça na definição de que, na atual política de saúde brasileira, é na própria participação da sociedade que se dá o controle social, sendo, portanto, conceitos associados⁶.

O termo controle social apresenta diferentes significados, a depender do momento histórico e da teoria social que está sendo utilizada. Em Gramsci, citado por Matos e Ferreira⁸, encontra-se a proposta de uma relação orgânica e dialética entre sociedade civil e sociedade política (Estado), uma vez que a real disputa ocorre entre as classes sociais pela hegemonia tanto na sociedade civil como no Estado, sendo essa disputa chamada de controle social, ou seja, ele é balizado por uma correlação dinâmica de forças. Agregam-se sobre essa temática as reflexões realizadas por Santos, Lucas e Vargas⁴, que se referem à participação enquanto uma conquista da sociedade, e, portanto, não está dada, ela ocorre de maneira contínua e processual. Dessa forma, tem-se que esses movimentos não só se organizam para reivindicar demandas perante o Estado, mas também para tensionar transformações do sistema socioeconômico. O controle social está ligado ao pensamento de Estado ampliado, que vislumbra essa relação orgânica e de disputa por hegemonia e sobre a possibilidade de este ser controlado pelos mais diversos grupos sociais que conflitam na sociedade^{4,8}. Na saúde pública, ainda se pode encontrar outros termos para se referir a essa questão, como: participação social, participação popular, participação cidadã, participação da comunidade, entre outros^{1,2,4}.

Para tentar se estabelecer de forma efetiva na sociedade, foi necessária a criação de artifícios legais que subsidiassem a participação popular na gestão pública. Esse espaço foi considerado no anteprojeto da Constituição, mas foi retirado do texto original, sendo essa temática retomada apenas na segunda Lei Orgânica da Saúde⁷. Na Lei nº 8.142/90, os Conselhos de Saúde podem ser definidos como: espaços colegiados de caráter permanente e deliberativo, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. A participação representativa se dá de forma

paritária e é composta por profissionais da saúde (25%), gestores (25%) e usuários (50%)⁹.

O Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (CMS-RP) foi criado pela Lei nº 5.972, de 23 de abril de 1991¹⁰, regulamentando a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A lei original foi alterada pela Lei nº 12.929, de 17 de dezembro de 2012¹¹, e teve como uma das alterações principais a eleição do presidente do Conselho pelo plenário, função ocupada até então exclusivamente pelo secretário municipal de saúde. Essa modificação está em consonância com a proposta eleita na XII Conferência Nacional de Saúde¹².

Atualmente, o CMS possui a seguinte organização: Plenário, composto por 32 cadeiras de titular e o mesmo número de suplentes (quadro 1); Comissão Municipal de Saúde (Comsaúde) – integrada por conselheiros titulares eleitos pelo plenário por maioria qualificada de votos, que atua como instância executiva do CMS e realiza a seleção de pautas que serão discutidas nas reuniões do Conselho; poderá contar ainda com Grupos de Trabalhos e Comissões que fornecerão subsídios de ordem política, técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica¹¹. O CMS contempla a realização de 12 reuniões ordinárias por ano e reuniões extraordinárias, quando necessário, abertas ao público.

Quadro 1. Composição do CMS de Ribeirão Preto, gestão 2018-2020

Categoria	Composição
Usuários do SUS	1 representante titular e 1 suplente do Sindicato e Associações de trabalhadores, não relacionados com a área da saúde; 1 representante titular e 1 suplente dos Movimentos Populares da área da saúde; 1 representante titular da Entidade de portadores de patologias ou deficiências; 1 representante titular e 1 suplente da Federação das Associações de Bairros de Ribeirão Preto (Fabarp); 5 representantes titulares e 5 suplentes das Associações de Bairro e de Moradores de Ribeirão Preto; 5 representantes titulares dos Conselhos Locais de Saúde; 1 representante titular do Sindicato e Associações Patronais; 1 representante titular dos Sindicatos e Associações de Profissionais Liberais e Trabalhadores Autônomos.
Trabalhadores da saúde	1 representante titular e 1 suplente do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Ribeirão Preto; 1 representante titular do Sindicato e Associação representativos dos demais trabalhadores de saúde; 1 representante titular e 1 suplente do Centro Médico de Ribeirão Preto; 1 representante titular e 1 suplente dos Sindicatos e Associações professores de saúde de nível universitário; 1 representante titular dos Conselhos de Fiscalização do exercício profissionais da área da saúde; 3 representantes titulares dos Conselhos Locais de Saúde em atividade.
Prestadores de serviço	1 representante titular e 1 suplente Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – USP; 1 representante titular e 1 suplente dos Cursos Universitários da Área da Saúde; 1 representante titular das Entidades Filantrópicas, beneficentes ou sem fins lucrativos (SUS); 1 representante titular das Sociedades e empresas privadas prestadoras de serviços ao SUS.
Representantes do governo	1 representante titular e 1 suplente da Secretaria Municipal da Saúde; Secretário Municipal da Saúde.

Fonte: Elaboração própria com base em informações fornecidas pelos participantes da pesquisa.

Profecia inicial *versus* práxis exercida pelo CMS

O termo profecia inicial é utilizado no contexto da Análise Institucional (AI) para definir o objetivo que justifica a fundação de uma instituição, ao mesmo tempo que a instituição sobrevive negando sua profecia¹³. Esse conceito embasa a observação e a discussão sobre a dinâmica do CMS desde o momento de sua fundação. Dessa maneira, entende-se que a participação deveria ocorrer de forma que os conselheiros pudessem expor as ideias coletivas pertinentes à sua representatividade, assim como na participação ativa e eficaz na gestão pública da saúde. Cabe destacar que a instituição CMS é atravessada constantemente por outras instituições, como a instituição Estado, e que o uso de dispositivos de análise de práticas profissionais poderia contribuir para o reconhecimento de seu papel, de suas necessidades e de resgate dos objetivos de sua prática social^{13,14}.

Já o conceito de práxis é colocado para representar o processo resultante do contínuo movimento entre teoria e prática, que produz conhecimento, revoluciona o que está dado e, dessa maneira, promove mudanças na realidade¹⁵. Propôs-se a análise da práxis por acreditar que o papel do conselheiro de saúde vai além à sua representação, sendo que, na práxis social: “os sujeitos agrupados aspiram mudar o que está cristalizado nas relações econômicas, políticas e sociais”¹⁶⁽³³¹⁾.

Para a AI, toda a instituição sobrevive a partir da falsificação de sua profecia, ou da traição dos objetivos pelos quais foram criadas¹⁷. Uma vez que a instituição está fundada, existem fatores, micro e macropolíticos, que contribuem para que sua profecia inicial seja traída, deturpando sua razão de ser e, dessa maneira, corrompendo a práxis exercida nesse contexto. Esse movimento é caracterizado como efeito Mühlmann:

O sacrifício é imposto pela pressão de outras instituições e, eventualmente, pela pressão

direta do Estado e da classe dominante, desejosos de fazer entrar em suas fileiras, transformando-as em ‘matéria social’ de troca, as forças instituintes do movimento oposicionista (ideias, temas formulados pelo movimento)¹⁷⁽⁶⁾.

Com base nessas premissas iniciais e salientando a importância da participação social no contexto de elaboração das políticas públicas, entende-se que são necessários mais estudos que se proponham a analisar os CMS^{6,18}. Assim, os objetivos deste estudo foram caracterizar as modalidades de práxis desenvolvidas pelo CMS-RP e investigar o exercício do papel do conselheiro enquanto membro participativo da gestão pública.

Material e métodos

Caracteriza-se por um estudo descritivo com abordagem qualitativa¹⁹, que buscou explorar o contexto, o sentido e o significado das práticas no Conselho Municipal de Saúde, e a realização de análise documental²⁰. O município estudado localiza-se no interior do estado de São Paulo, conta com uma população estimada de 703.293, dado de 2019²¹; possui ampla atividade econômica, cultural, estudantil. Seu território é subdividido em cinco distritos de saúde (central, leste, oeste, norte e sul), nos quais estão distribuídas 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 14 Unidades de Saúde da Família (USF), três UBS com especialidades, quatro Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS – Pronto atendimento e especialidades) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além de outros equipamentos sociais²². Em relação aos Conselhos, Ribeirão Preto conta com um CMS e oito Conselhos Locais de Saúde (CLS) em vigor²³.

Para a coleta dos dados primários, utilizou-se um questionário semiestruturado, elaborado pelos autores, enviado por meio eletrônico aos conselheiros. O convite para participar da pesquisa foi feito presencialmente, durante duas reuniões do Conselho, e por e-mail, por

duas vezes, com prazo para resposta de até um mês. Os pesquisadores se colocaram à disposição para um encontro presencial caso algum conselheiro possuísse dificuldade para acessar os meios eletrônicos. Como critério de inclusão, considerou-se o/a conselheiro/a que ocupa uma cadeira no CMS-RP, sendo titular ou suplente, e sua concordância em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para critério de exclusão, consideraram-se todos aqueles não pertencentes ao CMS, enquanto conselheiros, e a recusa em participar do estudo.

As fontes secundárias de dados foram constituídas pelas atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS, disponibilizadas no *site* da Prefeitura Municipal²⁴. Utilizou-se como critério para seleção o período da atual gestão, de 2018 a 2019. Foram considerados: o número médio de participantes e a média de duração de cada reunião; os segmentos que participaram, realizando intervenções propositivas ou não; os segmentos responsáveis pela apresentação das pautas; os principais documentos subsidiários utilizados e discutidos em cada reunião; e as ações e instrumentos fiscalizadores instituídos. Para análise dos dados, utilizaram-se o referencial de Análise Documental de Lüdke e André²⁰ e Pimentel²⁵ e a ferramenta IRaMuTeQ, um *software* gratuito que permite diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpus* textuais, sendo para este estudo selecionadas duas formas de análises: lexicografia básica e análise de similitude²⁶. Foram selecionadas de cada grupo as palavras mais prevalentes e reagrupadas de acordo com a temática trazida em cada questão. Dessa maneira, foram possíveis a realização de agrupamentos e a definição de categorias por meio da averiguação de relações entre a informação e sua associação a um determinado núcleo de sentido. Após a realização de ambas as análises, foi realizado um comparativo entre os achados dos questionários e das respectivas atas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto, sob o protocolo

número CAAE nº 13604219.8.0000 – parecer nº 3.361.091, e os princípios éticos foram cumpridos como preconizado na Declaração de Helsinki (1964).

Resultados e discussão

Dos conselheiros que atualmente compõem o CMS (29 titulares e 12 suplentes), seis responderam ao questionário. Destes, cinco eram do gênero feminino e um era do gênero masculino, com média de idade de 50 anos; todos com grau de formação superior completo. Dois participantes estão em seu segundo mandato, um é aposentado e apenas um integra a Comsaúde. Em relação ao segmento de representação: três usuários e três trabalhadores. Não houve resposta dos que representassem a gestão. Não foram aprofundadas questões que pudessem dar conta de responder a respeito da parcela de conselheiros que se recusou a participar deste estudo, entretanto, os pesquisadores sentiram certa resistência por parte de algumas lideranças que compõem o corpo do CMS ao apresentarem presencialmente a proposta deste estudo.

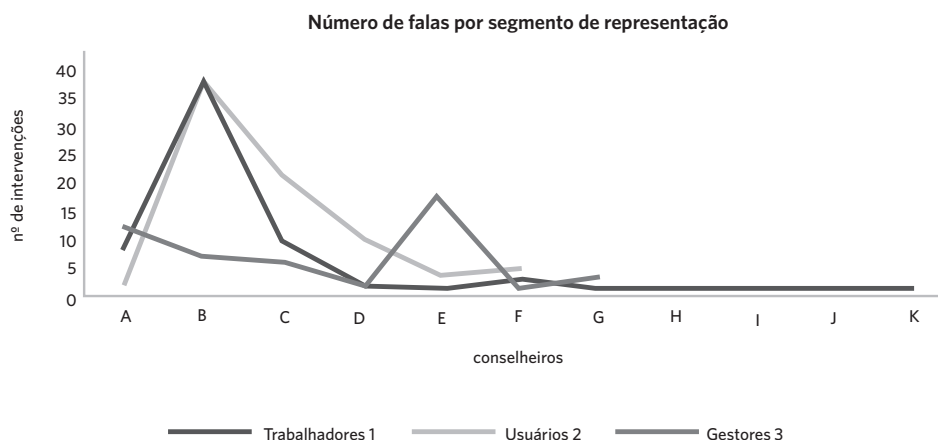
As respostas dos questionários foram alocadas em quatro núcleos de sentido, sendo: Grupo 1 – Papel do Conselheiro de Saúde; Grupo 2 – Ações facilitadoras e Ações dificultadoras; Grupo 3 – Atuação do CMS; e Grupo 4 – Relevância do Conselheiro de Saúde.

No período estudado, foram realizadas 27 reuniões, sendo 23 reuniões ordinárias e 5 reuniões extraordinárias, considerando os meses de fevereiro/2018 a dezembro/2019. A média de presentes foi de 19 conselheiros por reunião, com tempo médio de duração de uma hora e dois minutos. Os segmentos apresentaram a seguinte participação em relação ao número de falas: dos 8 representantes dos trabalhadores, apenas 6 realizaram colocações, totalizando 80 falas, destas, 37 falas pertenceram ao conselheiro B1, ou seja, 46% das falas; dos 16 representantes de usuários, apenas 11 realizaram colocações, totalizando 67 falas, destas, 38 falas (56%) pertenceram ao

conselheiro B2; e todos os representantes do segmento de gestores participaram ativamente, totalizando 48 falas, sendo que, destas, 17 falas (35%) pertenceram ao conselheiro E3. É importante salientar que as participações aqui apresentadas se referem às falas em momentos de discussões de pautas, sendo,

principalmente: esclarecimentos e contraposições. No *gráfico 1* abaixo, apresenta-se a participação dos conselheiros por segmento, sendo os Trabalhadores representados pelo número 1 (A1, B1, C1...); os usuários, pelo número 2 (A2, B2, C2...); e os gestores, pelo número 3 (A3, B3, C3...).

Gráfico 1. Participação por segmento de representação



Fonte: Elaboração própria.

Por meio desta análise, observou-se uma assimetria na participação dos segmentos, sendo o segmento de usuários proporcionalmente menos ativo em relação aos demais. Esses achados também corroboram a literatura, reforçando que a participação dos conselheiros é marcada por relações de poder instituídas, até mesmo dentro do próprio segmento, fato que colabora para a reduzida participação, ou ainda sobre a possível falta de esclarecimento sobre seu papel no Conselho, gerando uma participação pró-forma ou, inclusive, um ato de representação, reduzindo sua atuação à ocupação daquela cadeira^{6,27}.

Segundo Paiva, Van Stralen e Costa:

É atribuído um caráter de maior legitimidade aos detentores de um conhecimento sistematizado e, conseqüentemente, com maior autoridade

para direcionar e decidir sobre diferentes questões [...] em especial, no campo da saúde, esta situação pode ser observada nas relações que se estabelecem entre profissionais (detentores de um saber especializado) e usuários, por onde são estabelecidas hierarquias de saber, atribuindo ao discurso profissional/especializado maior legitimidade²⁸⁽⁴⁹²⁾.

Essa legitimidade que permeia as relações nesse espaço do CMS advém da construção sociocultural de valorização do discurso técnico-científico, adicionando barreiras invisíveis à participação ativa daqueles que, socialmente, não se apropriam desse discurso. Essa ideia pode ser completada por um estudo realizado por Ferreira, que traz a análise do discurso em Foucault, e este afirma que: o discurso, portanto, é resultado de uma relação de poder²⁹⁽¹⁵⁾; e

completando com a citação de Wendhausen: “Las relaciones de poder en los Consejos son el resultado de varios «saberes y poderes» que lo atraviesan y no sólo del derecho de participar”³⁰⁽⁶⁹⁸⁾. Dessa maneira, a disparidade no número de participações, vista sob essa ótica, pode ser explicada pelo fato de que alguns discursos são mais aceitos em detrimentos de outros, fazendo com que apenas uma parcela dos conselheiros sinta confiança para participação. Outros entraves possíveis ao exercício do papel de conselheiro se devem à “falta de entendimento sobre o próprio papel, condições socioeconômicas dos conselheiros, interesses políticos e falta de comprometimento”⁶⁽²⁰⁴⁾.

Nos achados do Grupo 4, encontrou-se que os conselheiros reconhecem a importância da sua participação e se reconhecem como atores importantes. Destacam-se como pontos positivos: participação, transmissão, canal de comunicação, representação. Seguem exemplos de algumas colocações:

Como minha profissão já possibilita maior contato com a população, eu ocupando o lugar de conselheira é um facilitador para transmitir as necessidades da população. Sou um canal para comunicação direta com o Conselho Municipal. (Conselheiro representante do segmento dos trabalhadores).

Nossa participação se reveste de grande responsabilidade em defesa da saúde e da vida. Temos a convicção que representamos muitos rostos e vozes [...]. (Conselheiro representante do segmento dos usuários).

No entanto, observa-se que, nos pontos críticos apresentados, há correspondência com a literatura, na qual, por mais que se reconheça sua importância enquanto participante, se não houver pleno entendimento de seu papel político, torna-se uma representação falha. Destacam-se como pontos críticos a efetividade e a participação, demonstrados a seguir na fala apontada:

[...] a participação das representações dos usuários é pífia e cooptada. Na condição de suplente, tenho

direito à voz, o que não significa efetividade se não houver sinergia entre as representações dos usuários para pautas afetas ao segmento e para os enfrentamentos a serem feitos com as outras partes. Meu par, sequer discutiu alguma pauta de reunião comigo e votou a favor de todas as proposições do Executivo sem nenhum questionamento. (Conselheiro representante do segmento dos usuários).

Na questão da proposição e apresentação de pautas, os representantes de gestores foram os principais proponentes, o realizando 46 vezes, relativas ao planejamento e financiamento do sistema de saúde, como: Relatório Anual de Gestão 2017; Apresentação e deliberação sobre o Plano Municipal de Saúde 2018; Apresentação dos Contratos de Gestão UPA, UBDS Central e UBDS Quintino II; Deliberação sobre Programação Anual de Saúde (PAS) 2018, entre outras. Seguido pelo segmento de usuários, 45 vezes, destas, 30 pautas foram apresentadas pelo próprio presidente do CMS. Foi possível observar que a maioria das pautas se tratava da organização interna do próprio Conselho e de ações para fiscalização, como: Regulamentação da participação de conselheiro suplente nas reuniões ordinárias e extraordinárias; Exclusão de membros conselheiros por irregularidades; Sistematização de horário para envio de solicitação de pautas para a Comsaúde; Indicação de representantes para a Composição do Comitê de Ética em Pesquisa; Criação de comissão de acompanhamento das obras da saúde; Formação de Comissão Interna do Conselho Municipal de Saúde para análise criteriosa dos contratos de gestão; Discussão sobre Absenteísmo na Rede.

O segmento de trabalhadores propôs 19 pautas, tendo como temática principal a organização da rede, bem como ações de fiscalização. Citam-se como exemplos: Discussão e deliberação sobre as políticas de saúde que envolva as modificações da organização da rede de saúde do distrito central ou de mudança do escopo de atendimento das unidades do distrito central;

Sistematização da eleição dos CLS; Criação de página do CMS-RP no Facebook®; Dispensação de medicamentos; Integração dos sistemas; Atendimento especializado em odontologia no Centro Especializado de Odontologia (CEO); Adequar recursos humanos; Indicação de membros do CMS para compor Comissão Eleitoral da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist).

Qualitativamente, observou-se que as pautas relativas à fiscalização e controle, quando propostas pelo segmento dos usuários, resultaram na criação de comissões específicas para posterior discussão, enquanto as levadas pelo segmento dos trabalhadores foram discutidas em reunião com todo o plenário. Após a criação dessas comissões, não houve devolutiva, até o momento, ao plenário sobre as conclusões e as ações que poderiam ser realizadas, sendo, portanto, resultado de deliberações de baixo impacto³¹ ou podendo ser entendidas como uma forma de cercear a participação dos usuários. O fato de o segmento de gestores ser o principal proponente de pautas pode apontar para uma negação ou falsificação da profecia inicial, pois, ao invés das questões partirem da população, para levar suas demandas, partem de representantes do governo usando o CMS para validar suas decisões. Dessa forma, o CMS funciona apenas formalmente, para cumprir a exigência legal^{6,27}. Esse fato pode ser reforçado pela leitura das atas, nas quais no momento das apresentações das pautas da gestão pouco se discute, ocorrendo diversas vezes apenas apresentação e aprovação por unanimidade da proposta. Isso é comprovado nos relatos de dois conselheiros – Grupo 2:

[...] a presidência e a secretaria são orientadas pelo Executivo, o que dificulta qualquer discussão que não siga na direção dos objetivos da atual gestão. [...] Há um 'rumor' de liberdade de expressão e transparência que ecoa apenas em alguns ouvidos, decisões difíceis que deveriam acontecer com discussão são 'pré-decididas', num corporativismo institucional deslavado. (Conselheiro representante do segmento dos usuários).

[...] falta de empenho efetivo da gestão em relação ao estímulo à participação social nos seguintes quesitos: implementação de novos CLS, renovação das eleições dos CLS que estão vencidas, obstrução da aprovação da proposta de minuta de regimento dos CLS [...]. (Conselheiro representante do segmento dos usuários).

Ainda como resultado das análises do Grupo 2, pode-se notar que os conselheiros reconhecem ser uma gestão que favorece a comunicação, acolhe reivindicações, proporciona momentos de fala e propõe estratégias, como indicado na resposta dos conselheiros:

Considero este ano bastante proveitoso em relação as antigas reivindicações, houve aumento da equipe de saúde rural onde fomos contemplados com um auxiliar de enfermagem; um dentista; um auxiliar bucal e um enfermeiro atuante nas questões epidemiológicas. (Conselheiro representante dos trabalhadores).

Presidente vem pensando em estratégias de apoio externo de economistas ou até mesmo contadores, com o objetivo de maior detalhamento possível dos documentos apresentados. (Conselheiro representante dos usuários).

Entretanto, a palavra 'fala' foi associada a uma ação dificultadora, uma vez que o Conselho deveria se configurar como local primário para acolher demandas e propiciar a participação da comunidade³². Esse fato é explicado pelo relato de dois conselheiros:

[...] falta de empenho efetivo da gestão em relação ao estímulo à participação social [...] não permissão de fala de pessoas que não são conselheiras durante as discussões de pauta (só é permitida a fala ao final das reuniões). (Conselheiro representante dos usuários).

[...] a população poder falar, apenas ao final das reuniões. (Conselheiro representante dos trabalhadores).

A proposta de que falas de não conselheiros devem ser realizadas apenas ao final da reunião foi levada por um representante dos usuários, no ano de 2018, sendo aprovada com 13 votos favoráveis, 1 contrário e 2 abstenções. Não foi realizada análise retrospectiva de outras gestões para que se pudesse comparar a participação social antes e após a instituição desse item ao regimento interno; no entanto, houve participação ativa de não conselheiros apenas em três reuniões.

Em relação aos Grupos 1 e 3 do questionário, realizou-se o comparativo com os achados nas atas, referentes aos documentos levados às reuniões para apreciação e deliberação e as ações fiscalizatórias instituídas. Identificaram-se os seguintes documentos: Plano Municipal de Saúde; Prestação de Contas; Programação Anual de Saúde; Regimento Interno; Decretos; Emendas Parlamentares e Ofícios; Sispacto 2018/2019; Relatório Anual de Gestão e Contratos de Gestão; criação da Comissão de Acompanhamento das Obras da Saúde. Dentre as ações fiscalizatórias, destacam-se: integração em Comitês de Ética, e acompanhamento de Convênios e obras e dos CLS.

Trazendo à luz a análise referente ao Grupo 1 do questionário, observou-se que os conselheiros identificaram como ações presentes em seu cotidiano, principalmente: acompanhar, avaliar, supervisionar, discutir, participar, dar voz e gerir. Exemplificado em algumas falas:

[...] sendo ainda fundamental que o conselheiro acompanhe a execução das decisões da política de saúde para que haja fiscalização e controle por parte da sociedade. (Conselheiro representante do segmento de trabalhadores).

[...] acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS estimulando a participação da sociedade na gestão. (Conselheiro representante do segmento de trabalhadores).

Acompanhar as atividades do Executivo e Legislativo no que tange ao setor Saúde em Ribeirão Preto. (Conselheiro representante do segmento de usuários).

Reforça-se a questão de que são realizadas poucas devolutivas ao plenário em relação às ações de fiscalização do funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que, durante as reuniões, são criadas comissões responsáveis por essas ações; contudo, não são apresentados resultados delas. Portanto, apesar de haver a caracterização dessa ação como rotineira, diante desse cenário, avalia-se que pode se tratar de uma questão de mera formalidade, uma vez que essas ações são preconizadas por leis e outros documentos, reforçando, assim, o caráter performativo de participação e atuação do CMS⁶.

Em relação aos documentos apresentados e discutidos em reunião e às respostas apresentadas no Grupo 3, nota-se um contraste entre o que foi trazido pelos conselheiros e o que, de fato, foi às reuniões. Destaque para a fala de dois conselheiros:

Os documentos que fazem parte da rotina são o regimento interno e o código de conduta. (Conselheiro representante do segmento de usuários).

[...] o único documento que se recebe frequentemente é a pauta das reuniões, com cinco dias úteis de antecedência, e anexos caso haja alguma documentação a ser apreciada. Tempo bastante exíguo para se fazer apreciação, entender, questionar e elaborar parecer consubstanciado, quando necessário. (Conselheiro representante do segmento de usuários).

Apenas dois conselheiros citaram os outros documentos que também foram apresentados em reunião; e salienta-se que não foi em todas as reuniões que houve debates e discussões aprofundadas acerca das documentações, sendo isso sinalizado na colocação de um conselheiro:

[...] foi solicitado ao Executivo que enviasse o Relatório Anual de Gestão-RAG com maior tempo para os devidos procedimentos de avaliação. A resposta do Presidente foi de que 'o prazo regimental de 5 dias antes da reunião do CMS estava sendo

cumprido'. Não houve nenhuma discussão ou interpelação àquelas palavras, assim como nenhuma discussão sobre a RAG, apenas sua aprovação. (Conselheiro representante do segmento de usuários).

Na discussão desses achados, a Lei Complementar nº 141/2012³³ e a Resolução nº 453/2012³⁴ fazem referência à necessidade de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle – a obrigatoriedade de encaminhamento e apresentação ao CMS de documentações como: Relatório Quadrimestral e Relatório Anual de Gestão (RAG); além de estabelecer prazos para que isso aconteça. Observa-se que, apesar desses documentos terem sido levados às reuniões, apenas o RAG foi citado. Dessa maneira, pode-se inferir que o fato de não haver discussões profícuas em relação a esses documentos faz com que muitos conselheiros não os reconheçam como importantes instrumentos de acompanhamento da rotina de apreciação do CMS. Em complementação, a resolução, que estabelece diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, traz que “a pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias”³³⁽⁴⁾, contrapondo ao prazo regimental de 5 dias exposto por uma das falas e contemplado pelo Regimento Interno do CMS. É possível notar que essa assimetria entre o que é apresentado em reunião e o que os conselheiros são capazes de identificar em sua rotina é mais um item de confirmação da deturpação da profecia inicial desse CMS, de forma que a práxis exercida no Conselho se tornou falha.

Considerações finais

Colocando em pauta o processo de organização do CMS e o papel exercido pelos conselheiros, infere-se que, embora o CMS-RP se institua como espaço para o exercício do controle social, encontram-se alguns pontos críticos, que provocam a falsificação de sua profecia

inicial, como: o entendimento de conselheiros que compreendem de maneiras diversas e até divergentes o seu papel enquanto representante e sujeito político; a existência de fragilidades em relação aos efeitos reais em termos de instância propositiva para elaboração de políticas públicas, com deliberações de baixo impacto³¹; o não estímulo da participação do cidadão individual, apontando fragilidades na representação organizacional⁵; a participação dos conselheiros é marcada por relações de poder instituídas, principalmente, na utilização de um discurso técnico-científico como forma de estabelecer relações de subordinação; a coerção de representantes pelo segmento governamental e uma participação pró-forma, reduzindo sua atuação à ocupação daquela cadeira.

Para tanto, traz-se a importância da retomada de seu objetivo inicial de criação, que é se entende ser a efetiva participação popular na formulação, condução e fiscalização das políticas de saúde e um espaço de voz e de acolhimento das demandas coletivas, e, assim, proporcione a melhoria na relação assimétrica, na qual todos os conselheiros se valerão de pontos de partida semelhantes, facilitando o processo participativo e apropriação de seus lugares de fala. É importante salientar que a ocupação desse espaço seja feita por pessoas que estejam envolvidas na sustentação e defesa do SUS, amenizando, dessa forma, a participação com viés partidarista e estritamente pessoal, pois “o poder político decorre diretamente da representatividade”⁷⁽²¹⁾. Assim, uma vez tomados pela instituição, e nela implicados, os conselheiros reproduzem práticas institucionais, e a análise coletiva de suas implicações profissionais poderia indicar caminhos para o resgate da profecia inicial³⁵. Propõe-se ainda que possa existir o espaço para que se façam possíveis momentos de autoanálise e cogestão e se traga à tona a razão de ser desse espaço e dos papéis desempenhados por cada integrante.

Reconhecem-se os Conselhos de Saúde como espaços ricos e potentes para manutenção de melhorias sociais e construção de serviços públicos eficazes e de qualidade, sendo, ainda,

marca importante da democracia, que, atualmente, caminha em solos frágeis e incertos.

Colaboradores

Santos BA (0000-0002-4739-2879)* contribuiu para concepção, planejamento, análise

e interpretação dos dados. Mestriner Junior W (0000-0003-2202-388X)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo e análise dos resultados do trabalho. Vicentine FB (0000-0002-7590-7761)* e Lago LPM (0000-0002-9863-3062) contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Souza CMN, Heller L. O controle social em saneamento e em saúde: análise comparativa com base nos marcos legais federais brasileiros. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2019 [acesso em 2019 abr 5]; 24(1):285-294. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100285.
2. Ilibio MB, Vieira RS. Controle Social na Saúde: Análise do tratamento dado à participação popular a partir das Conferências Nacionais de Saúde pós Constituição de 1988. *Rev. de Direitos Soc. Polític. Públi.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 5]; 3(1):78-100. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadsp/article/view/1937/pdf>.
3. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 5]; 40(108):204-218. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>.
4. Santos SF, Vargas AMD, Lucas SD. Conselheiros Usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. *Saúde Soc.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 23]; 20(2):483-495. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200019.
5. Vieira RS, Hijaz TF. A participação popular em saúde: uma análise das leis orgânicas dos municípios da região de Carbonífera – Santa Catarina. *Holos.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 23]; 34(5). Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/4064/pdf>.
6. Magalhães FGGP, Xavier WS. Social Control in participatory process: a case study of the Municipal Health Council in Juiz De Fora (MG). *REAd. Rev. eletrôn. adm. Porto Alegre* [internet]. 2019 [acesso em 2019 abr 23]; 25(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/read/v25n1/1413-2311-read-25-01-179.pdf>.
7. Antonietto ALG. Contornos político-jurídicos do poder decisório dos conselhos populares: análise após 30 anos da Assembleia Nacional Constituinte. [dissertação] [internet]. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 2017. 149 p. [acesso em 2019 abr 5]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/107/107131/tde-04022019-093606/publico/AndreLGAntoniettoCorrigida.pdf>.
8. Matos TCC, Ferreira MAM. Participação e controle social no Brasil recente. *Em Pauta* [internet]. 2015 [acesso em 2019 jan 5]; 35(13):65-79. Disponível em:

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/18622/1359211>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 Dez 1990.
 10. Ribeirão Preto. Município. Lei nº 5972, de 23 de abril de 1991. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto e dá outras providências [internet]. 1991 [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/r/ribeirao-preto/lei-ordinaria/1991/597/5972/lei-ordinaria-n-5972-1991-dispoe-sobre-a-participacao-da-comunidade-na-gestao-do-sistema-unico-de-saude-em-ribeirao-preto-e-da-outras-providencias>.
 11. Ribeirão Preto. Município. Lei nº 12.929, de 17 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto [internet]. 2012 [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/r/ribeirao-preto/lei-ordinaria/2012/1292/12929/lei-ordinaria-n-12929-2012-dispoe-sobre-a-participacao-da-comunidade-na-gestao-do-sistema-unico-de-saude-em-ribeirao-preto>.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS [internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 28 p. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conseelhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf.
 13. Dobies DV, L'abbate S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da Análise Institucional. Saúde debate. Rio de Janeiro [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 24]; 40(110):120-133.
 14. Lago LM, Matumoto S, Silva SS, et al. Analysis of professional practices as a multiprofessional residency education tool. Interface (Botucatu) [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 30]; 22(supl2):1625-34.
 15. Kuenzer AZ. Competência como Práxis: os Dilemas da Relação entre Teoria e Prática na Educação dos Trabalhadores. Senac J. Educ. Work. [internet]. 2003 [acesso em 2019 mar 30]; 29(1). Disponível em: https://servicos.educacao.rs.gov.br/dados/seminariointernacional/acacia_kuenzer_competencia_praxis.pdf.
 16. Mayoral P, Rosa M. A filosofia da práxis segundo Adolfo Sánchez Vázquez [internet]. Buenos Aires: Clacso; 2007 [acesso em 2020 jan 12]. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/formacion-virtual/20100715081602/cap13.pdf>.
 17. Hess R. Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instituído, institucionalização. Mnemosine [internet]. 2007 [acesso em 2020 fev 22]; 3(2):148-163. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41326>.
 18. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2010 [acesso em 2019 abr 23]; 15(5):2437-2445. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500018&script=sci_abstract&tlng=pt.
 19. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
 20. Ludke M, André MEDA. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: Ludke M, André MEDA, organizadores. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. p. 25-44.
 21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades São Paulo/Ribeirão Preto [internet]. [acesso em 2020 mar 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>.
 22. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 201-2017 [internet]. 2013. [acesso em 2020 mar 15]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/pms-rp-2014-2017.pdf>.

23. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Relação dos Conselhos Locais de Saúde em Ribeirão Preto – SP [internet]. [acesso em 2020 mar 15]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/re-la-com-locais.pdf>.
24. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto [internet]. [acesso em 2020 mar 23]. Disponível em <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>.
25. Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. Cad. Pesquisa [internet]. 2001 [acesso em 2020 fev 22]; (114):179-195. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf>.
26. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: a free software for analysis of textual data. Temas psicol. [internet]. 2013 [acesso em 2020 mar 23]; 21(2):513-518. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>.
27. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. Physis [internet]. 2011 [acesso em 2019 jun 20]; 21(3):1121-1138. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/phys/v21n3/19.pdf>.
28. Paiva FS, Van Stralen J, Costa PHA. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. Ciênc. saúde Colet. Rio de Janeiro [internet]. 2014 [acesso em 2019 abr 5]; 19(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00487.pdf>.
29. Ferreira FA. The unveiling of truth and understanding of reality: from the Hermeneutics of Gadamer Historical Discourse Analysis of Foucault. Rev. Latitude. Alagoas [internet]. 2016 [acesso em 2019 jun 20]; 10(1):06-23. Disponível em: http://www.seer.ufal.br/index.php/latitude/article/view/2231/pdf_1.
30. Wendhausen ALP. Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. Rev. Esp. Salud Publica [internet]. 2006 [acesso em 2019 jun 20]; 80(6):697-704. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v80n6/original4.pdf>.
31. Kohler JC, Martinez MG. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? Int J Equity Health [internet]. 2015 [acesso em 2019 jul 14]; 14(21). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4342879/36>.
32. Oliveira VCS, Pereira JR, Oliveira VAR. Os conselhos gestores municipais como instrumentos da democracia deliberativa no Brasil. Cad EBAPE.BR [internet]. 2010 [acesso em 2019 mar 14]; 8(3):422-437. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-39512010000300004&script=sci_abstract&tlng=pt.
33. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jan 2012.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. 14 Maio 2012.
35. Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. Fractal, Rev. Psicol. [internet]. 2008 [acesso em 2020 ago 26]; 20(1):19-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000100007>.

Recebido em 13/04/2020

Aprovado em 28/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve