

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS – PPGOP

Priscila de Oliveira Rodrigues

**CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB A ÓTICA
DA GOVERNANÇA PÚBLICA:
UM ESTUDO MULTICASOS**

Santa Maria, RS
2023

Priscila de Oliveira Rodrigues

**CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB A ÓTICA DA
GOVERNANÇA PÚBLICA:
UM ESTUDO MULTICASOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Orientador: Prof. Dr. Nelson Guilherme Machado Pinto

Santa Maria, RS
2023

Rodrigues, Priscila
Controle Social no Sistema Único de Saúde Sob a Ótica
da Governança Pública: Um Estudo Multicasos / Priscila
Rodrigues.- 2023.
76 p.; 30 cm

Orientador: Nelson Guilherme Machado Pinto
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Campus de Palmeira das Missões, Programa de Pós
Graduação em Gestão de Organizações Públicas, RS, 2023

1. Governança Pública 2. Participação 3. Controle
Social 4. SUS I. Machado Pinto, Nelson Guilherme II.
Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, PRISCILA RODRIGUES, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Priscila de Oliveira Rodrigues

**CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB A ÓTICA DA
GOVERNANÇA PÚBLICA:
UM ESTUDO MULTICASOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Aprovada em 19 de junho de 2023.

Prof. Dr. Nelson Guilherme Machado Pinto
(Presidente/Orientador)

Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder (UFSM)
(Avaliador)

Prof. Dra. Aline Corrêa de Souza (UFCSPA)
(Avaliadora)

Santa Maria, RS
2023

DEDICATÓRIA

A todos os brasileiros comprometidos com o SUS,
que dedicam seu tempo à função de conselheiro de saúde.

AGRADECIMENTOS

A caminhada como mestranda é longa e desafiadora, o que requer uma rede de apoio que nos permita seguir. Não teria concretizado esse sonho sem o auxílio de muitos.

À Minha família agradeço pelo incentivo e suporte, especialmente a minha mãe Vera e aos meus filhos Ana Clara e Théo, que me fortalecem e para quem busco deixar o exemplo de amor pela educação e de profissionalismo.

Aos meus amigos agradeço pelo apoio incondicional, em especial Carlos Vilarinho.

Aos meus colegas de trabalho agradeço pela compreensão e paciência, principalmente nos momentos de ausência.

Aos colegas de mestrado agradeço pela amizade, troca de saberes e vivências. Em especial Katiane e Letícia, amigas que vou levar no coração.

Ao meu orientador, Professor Dr. Nelson Guilherme Machado Pinto agradeço por acreditar na minha capacidade, me incentivando em todos os momentos.

À Universidade Federal de Santa Maria, ao PPGOP e a todos os professores, agradeço pela oportunidade e aprendizado.

O meu profundo e sincero agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, com zelo aos meus anseios e sonhos.

RESUMO

CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB A ÓTICA DA GOVERNANÇA PÚBLICA: UM ESTUDO MULTICASOS

AUTORA: Priscila de Oliveira Rodrigues

ORIENTADOR: Prof. Dr. Nelson Guilherme Machado Pinto

A gestão pública exige na atualidade a superação de modelos tradicionais e antidemocráticos, com a incorporação dos princípios da governança pública. Esta pesquisa teve como objetivo analisar e descrever o modelo de organização dos conselhos municipais de saúde, sob a ótica da governança pública no exercício do controle social no SUS. Foi realizada uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, por meio de um estudo multicasos, em três conselhos de saúde de municípios de pequeno porte do Rio Grande do Sul. O procedimento de coleta de dados contou com entrevista semiestruturada com conselheiros, observação não participante em reuniões ordinárias, além de pesquisa documental. A escolha do tema deve-se aos muitos desafios práticos e teóricos para implementação do SUS, política pública que nasce ancorada em práticas democráticas, mas incipientes, frágeis e que demandam esforços coletivos para sua efetivação. Também, ante a necessidade de estudos que possibilitem maior compreensão das ferramentas de governança pública nos espaços de participação e de controle social existentes. Essa pesquisa tem caráter inovador, por ser realizada em um cenário pouco explorado, municípios de pequeno porte, instrumentalizando atores sociais e estudiosos com ferramentas construídas de modo contextualizado e baseadas em evidências. O presente estudo revelou limitações significativas no que tange a governança pública nos conselhos municipais de saúde de municípios de pequeno porte. O conhecimento dos conselheiros acerca de suas funções e responsabilidades é, em maioria, restrito, o que compromete o engajamento, a autonomia e o protagonismo desses, prevalecendo a hierarquia e verticalidade na tomada de decisões e na definição das políticas públicas, com a soberania do agente público. O desafio é a qualificação desses coletivos em estrutura e processos. É imprescindível a responsabilização do Estado para cumprir o que versa o arcabouço legal já existente, e assim garantir a efetividade dos conselhos, o que requer indicadores de qualidade, monitoramento e avaliação, apoio e educação permanente para todos os envolvidos.

Palavras Chave: Governança Pública. Participação. Controle Social. SUS.

ABSTRACT

SOCIAL CONTROL IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM FROM THE PERSPECTIVE OF PUBLIC GOVERNANCE: A MULTICASE STUDY

AUTHOR: Priscila de Oliveira Rodrigues
ADVISOR: Prof. Dr. Nelson Guilherme Machado Pinto

Public management currently requires overcoming traditional and anti-democratic models, with the incorporation of public governance principles. This study aims to analyze and describe the model of organization of municipal health councils from the perspective of public governance in the exercise of social control in the SUS. To this end, a descriptive, qualitative research was carried out, through a multicase study, in three health councils in small municipalities in the territory of the 15th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul. The data collection procedure included a semi-structured interview with directors, non-participant observation in ordinary meetings, in addition to documentary research. The theme choice is due to the many practical and theoretical challenges for the implementation of the SUS, a public policy that is born anchored in democratic, but incipient, fragile practices and that demand collective efforts for their effectiveness. Also, given the need for studies that enable greater understanding of public governance tools in existing spaces of participation and social control. This research has an innovative character, as it is carried out in an unexplored scenario, small municipalities, instrumentalizing social actors and scholars with tools built in a contextualized way and based on evidence. The present study revealed significant limitations regarding public governance in municipal health councils in small municipalities. The councilors' knowledge about their functions and responsibilities is, for the most part, restricted, which compromises their engagement, autonomy and protagonism, with hierarchy and verticality prevailing in decision-making and definition of public policies, with the sovereignty of the agent public. The challenge is the qualification of these collectives in structure and processes. It is essential the accountability of the State to comply with the existing legal framework, and thus ensure the effectiveness of the councils, which requires quality indicators, monitoring and evaluation, support and permanent education for all involved.

Keywords: Public Governance. Participation. Social Control. SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Expressão gráfica Spidergram referente ao nível de participação social, segundo dimensões, proposta por Rocha; Moreira; Bispo Júnior (2019), adaptado do método Spidergram de Rifkin <i>et al.</i> (1988)	27
Figura 2 - Mapa do Estado do Rio Grande do Sul, com destaque a região em que está localizada a 15ª CRS.....	31
Figura 3 - Mapa com os municípios que integram a 15ª CRS.....	32
Figura 4 - Segmentos representados em cada conselho municipal de saúde.....	34
Figura 5- Nível de participação social segundo dimensões nos CMS A e C	49
Figura 6- Nível de participação social segundo dimensões no CMS B.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões avaliativas dos conselhos de saúde, propostas por Rocha; Moreira; Bispo Júnior (2019), adaptado do método <i>Spidergram</i> de Rifkin <i>et al.</i> (1988).....	28
Quadro 2 - Caracterização dos municípios em estudo	33
Quadro 3- Composição dos conselhos municipais de saúde	34
Quadro 4 - Codificação dos entrevistados	36
Quadro 5 - Caracterização dos entrevistados	36
Quadro 6 - Registros das reuniões dos conselhos municipais de saúde a partir das atas	39
Quadro 7 - Dimensões, indicadores, variáveis e classificação a partir da técnica análise documental.....	42
Quadro 8- Dimensões, indicadores, variáveis e classificação avaliados a partir da técnica observação não participante.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACI	Associação Comercial e Industrial
AMENT	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
ANS	Agência Nacional de Saúde
CGU	Controladoria Geral da União
CMS	Conselho Municipal de Saúde/ Conselhos Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
GERCON	Gerenciamento de Consultas
IBGC	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
NPG	Nova Governança Pública
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PAS	Programação Anual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
SEA	Secretaria Estadual de Agricultura
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO TEMA	14
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 Objetivo Geral	16
1.2.2 Objetivos Específicos.....	16
1.3 JUSTIFICATIVA.....	17
1.4 ESTRUTURA	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1.1 Governança pública e participação: uma perspectiva teórica	20
2.1.2 Conselhos gestores: espaços democráticos em prol da governança.....	22
2.1.3 Controle social no SUS e os conselhos municipais de saúde.....	24
2.2 MODELO PARA ANÁLISE DO TEMA	26
3 MÉTODO.....	30
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	30
3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	31
3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	33
3.4 COLETA DE DADOS	35
3.4.1 Entrevistas.....	35
3.4.2 Pesquisa documental	37
3.4.3 Observação não participante.....	45
3.5 ANÁLISE DE DADOS	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	48
4.1 NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL SEGUNDO DIMENSÕES ANALISADAS	48
4.1.1 Autonomia.....	50
4.1.2 Organização	51
4.1.3 Representatividade.....	54
4.1.4 Envolvimento Comunitário	56
4.1.5 Influência Política.....	59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES.....	72

1 INTRODUÇÃO

A gestão pública assume na atualidade o desafio de transpor padrões tradicionais, para um modelo de governança compartilhada. Esse modelo, balizado por conceitos e práticas democráticas e de cidadania, fomenta a consolidação de uma nova relação entre Estado e sociedade, voltado aos aspectos sociais e ancorado na participação e no controle social. O interesse público possui maior importância que a soma dos interesses individuais, assim como, o humanismo organizacional e a teoria do discurso valorizam o diálogo e a mediação entre diferentes agentes que atuam na esfera pública (DENHARDT, 2004; ANDION, 2012).

Nesse contexto, situa-se a governança pública. Inspirada em teorias democráticas, relacionadas à capacidade do Estado em implementar políticas necessárias para alcançar objetivos comuns, com implicações no aperfeiçoamento dos modos de interlocução com a sociedade, por meio de ações que garantam o maior empoderamento e protagonismo do cidadão e a responsabilização dos agentes públicos (OLIVEIRA; PIZA, 2015; LYNN; MALINOWSKA, 2018).

A New Public Governance (Nova Governança Pública - NPG), preconiza à mudança no modo de articulação das relações institucionais entre setor público e sociedade, ampliando as redes entre organizações dentro e fora do governo para coprodução de bens públicos (OSBORNE, 2006, KLIJN; KOPPENJAN, 2012; KOPPENJAN; KOLIBA, 2013; PEREIRA; CKAGNAZAROFF, 2021). Borzel e Panke (2007) discutem o conceito de governança em rede, onde as decisões são tomadas coletivamente, com o envolvimento sistemático de atores privados com atores públicos, os quais coordenam suas preferências e recursos de forma voluntária e não hierárquica, em prol da formulação e implementação de políticas.

Assim, a governança pública preocupa-se com a participação mais ampla da sociedade nos processos deliberativos em espaços públicos e com a imprescindível eficiência e legitimidade democrática dos governos (LYNN; MALINOWSKA, 2018). Trata-se de um “modelo de gestão” com grande relevância no meio acadêmico e no campo prático, para que os gestores possam implementar as políticas públicas com maior eficiência, eficácia e efetividade (HUFTY, 2010).

Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) corroboram, ao afirmar que a governança pública possibilita implementar um projeto democrático com maior articulação entre o Estado e a sociedade civil, bem como, a construção de espaços públicos efetivos e participativos, com debate e deliberação ampliada. Dentre os espaços privilegiados para a prática de novas formas de gestão e construção de processos de cidadania interativa se destacam os conselhos

administrativos (ALLEBRANDT, 2016). Tais conselhos compõem a gestão pública nos diferentes setores e esferas governamentais, regulamentados por leis e normativas nacionais e locais.

Os atributos da governança pública estão diretamente relacionados aos pilares democráticos que norteiam e sustentam o Sistema Único de Saúde (SUS). A história da saúde pública no Brasil, com o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) como marco temporal, caracterizou-se pela mobilização social de diferentes segmentos da sociedade, principalmente de profissionais de saúde e usuários, em luta pela saúde, cidadania e pelo Estado Democrático de Direito (FONTES *et al.*, 2021).

Em meio ao processo de redemocratização, nasce a Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã, por conceder aos brasileiros direitos inéditos e instituir um modelo de democracia participativa e semidireta. O Brasil buscava a superação do regime ditatorial e a política passou a ser entendida como de interesse de todos os cidadãos, com a participação popular como elemento basilar (BRASIL, 1988; ALLEBRANDT, 2016; MAGALHÃES; XAVIER, 2019, FONTES *et al.*, 2021).

A saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988) e são promulgadas as leis orgânicas da saúde, regulamentadoras do SUS. A Lei Nº 8.080, de 1990, que institui o SUS e versa sobre seus princípios norteadores (BRASIL, 1990a); e a Lei Nº 8.142, que trata do controle social na gestão do SUS e transferências dos recursos financeiros (BRASIL, 1990b).

Dentre os espaços de controle social previstos pela Lei 8.142/90 estão os conselhos de saúde, definidos como colegiados deliberativos e permanentes, responsáveis pela formulação de estratégias, controle e execução da política de saúde, incluindo questões relacionadas ao financiamento do SUS, na esfera de sua atuação (BRASIL, 1990b). Tratam-se de arenas de participação da comunidade na construção de políticas públicas e na gestão da saúde.

Em âmbito local, Ribas e De Meza (2018) destacam que há diferenças no arranjo dos conselhos municipais entre municípios de pequeno e grande porte. Os municípios de grande porte, independentemente da posição ideológica da gestão, em razão da pressão dos movimentos organizados da sociedade civil e de partidos defensores da inclusão social, possuem maior potencial para formação de grupos de pressão, que influenciam a composição dos conselhos.

Em municípios pequenos, a realidade é outra, com limitações à participação social. Geralmente o contexto é desfavorável às mobilizações da sociedade civil e dos movimentos organizados, em razão de uma prática política mais tradicional e de relações econômicas

baseadas em segmentos explorados (RIBAS; DE MEZA, 2018). Assim, a participação em municípios de grande porte, em tese, tende a ser mais efetiva e legítima em relação a municípios menores, em que pese, estes formarem a maioria.

Para Allebrandt (2016) entender a arquitetura organizacional dos conselhos, sua estrutura organizacional e a dinâmica de funcionamento é importante, uma vez que esta configuração, ainda que seja modelada pelo *modus operandi* do conselho, é, certamente, também modeladora do mesmo. Diferentes autores mencionam a necessidade de estudos teóricos e empíricos que possibilitem maior compreensão das ferramentas de governança pública, no sentido de uma administração pública mais inclusiva e efetiva. (FUNG 2015; ALLEBRANDT, 2016; SULLIVAN, 2018; PEREIRA; CKAGNAZAROFF, 2021; FONTES *et al.*, 2021).

Assim, ancorados nos argumentos descritos acima, delimitou-se como objeto deste estudo, os conselhos municipais de saúde (CMS) de municípios de pequeno porte.

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO TEMA

A governança pública se apresenta como “modelo de gestão” potente para transpor paradigmas tradicionais na gestão pública (DENHARDT, 2004; ANDION, 2012). De acordo com Cançado, Pereira e Tenório (2015, p.9) “busca-se uma nova esfera pública que consiga aproximar a população da política”. Para os autores, são necessários espaços públicos onde as pessoas se encontrem, a fim de deliberar sobre suas necessidades e futuro.

Allebrandt (2016) acrescenta que a participação pública pode ser um meio potente de alcançar valores democráticos fundamentais, como legitimidade, justiça e eficácia na governança. Para tanto, os atores públicos deveriam compreender a participação como uma solução potencial para os desafios democráticos enfrentados, bem como, como um meio eficaz de alcançar os valores da governança.

Sob essa ótica foi instituído o SUS, com gestão político-administrativa descentralizada, na busca da integralidade das ações e com a participação da comunidade como diretriz e princípio basilar. Com a descentralização e municipalização da saúde, o município passou a ter responsabilidade na garantia desse direito, juntamente com o Estado e a União, conforme define o artigo nº 198 da Constituição Federal Brasileira:

As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade (BRASIL, 1998).

Compete aos gestores públicos municipais fomentar espaços de participação, para construção de políticas públicas de saúde compatíveis com as necessidades e anseios da população. Sullivan (2018) argumenta que a participação, originalmente, representa uma forma de categorizar o poder dos cidadãos em relação ao seu governo, para ajudar a explicar o nível de controle que indivíduos e grupos têm na formulação de políticas de seus próprios interesses. O autor acrescenta que esta participação pode estar alicerçada a um ritual vazio, projetado para aplacar as massas ou em uma estratégia que permite aos indivíduos intervir de fato sobre os processos que governam as suas vidas.

Beilin (2016) corrobora ao afirmar que as práticas de liberdade (e, portanto, de governança) fornecem possibilidades para uma miríade de contingências, baseadas em um contexto que abre espaço para negociação, discussão, alinhamento e experiência. No entanto, o modo como são construídos os espaços de governança é relevante para a qualidade da democracia que se segue.

Os CMS, espaços de governança do SUS, permanentes, deliberativos e legalmente constituídos, também sofrem influência do meio que estão inseridos. Esses, com o poder de interferir nas decisões governamentais, podem impactar diretamente na definição de políticas públicas e, por conseguinte, na vida dos cidadãos. (BRASIL, 1990; SIQUEIRA, COTTA e SOARES, 2015, RIBAS; DE MEZA, 2018; FONTES *et al.*, 2021).

Segundo Ribas e De Meza (2018), municípios de pequeno porte enfrentam maiores fragilidades no que diz respeito à participação social, diante do conservadorismo político e da supremacia do poder econômico. Os autores denunciam a escassa disponibilidade de pesquisa teórica neste cenário.

Ishii (2017) menciona que na governança participativa em nível local, para que se alcance uma participação mais substancial, é imprescindível conscientizar o público e os governos locais sobre o valor da participação da comunidade. Para o autor, sem a consciência pública, os espaços de participação comunitária são retóricos ou raros, o que leva à apatia pública e à desconfiança na governança local; por fim, menciona que leva tempo para que a comunidade compreenda plenamente o significado de um novo esquema participativo.

É necessário ponderar se a participação da sociedade civil nos conselhos municipais favorece a adoção de boas práticas de governança, o que inclui a transparência nos processos decisórios, a equidade de direitos entre os participantes, a legitimidade deles, a prestação de contas responsável e a conformidade com os parâmetros regulatórios que instituem e mantêm esses conselhos (BRONSTEIN *et al.*, 2017).

A literatura nacional aponta limitações dos CMS no que tange a fatores relacionados à governança. Silva, Novais e Zucchi (2020) concluem que 40% dos conselhos não realizam educação permanente, ainda que esta seja uma determinação da Resolução 453/2012 e fundamental para o pleno exercício de suas funções. Rocha; Moreira; Bispo Júnior (2019) destacam limitações na independência financeira do CMS e a baixa representatividade dos conselheiros, em relação às entidades que representam.

Zermiani *et al.* (2019) constataram que em relação a metas pactuadas, os conselhos participam parcialmente na discussão, no conhecimento e acompanhamento, mas não se envolvem na negociação. Do mesmo modo, Bispo Júnior (2018) identificou baixo poder de agenda dos representantes sociais e frágil capacidade de influência do conselho na definição da política de saúde. Magalhães e Xavier (2019) evidenciaram tentativas de coerção, falta de debates profícuos, tempo escasso para discussões profundas, assim como a existência de barreiras ao processo deliberativo e assimetrias discursivas.

Neste contexto, a fim buscar respostas e estratégias para avançar nos princípios de governança pública no âmbito dos CMS e, por conseguinte, no SUS, tanto em meio acadêmico, como em campo prático, este estudo busca responder como está estruturada e é desenvolvida a governança pública nos conselhos municipais de saúde em três municípios de pequeno porte.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar e descrever o modelo de organização dos conselhos municipais de saúde, sob a ótica da governança pública no exercício do controle social no SUS.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar características relacionadas à participação e aos processos de funcionamento dos conselhos municipais de saúde em municípios de pequeno porte;
- b) Conhecer e descrever as condições institucionais para a operacionalização dos conselhos municipais de saúde.

1.3 JUSTIFICATIVA

A governança pública impõe como desafio a compreensão das relações institucionais, cooperativas e interativas entre o governo (ou o Estado) e a sociedade civil (TAVARES; ROMÃO, 2021). Sullivan (2018) acrescenta que a literatura de participação pública vive uma “virada deliberativa” com ênfase em formas mais profundas de participação do cidadão, para promoção de melhores resultados das políticas, e de benefícios baseados no processo. Tornam-se essenciais para as análises participativas perguntas como - quem participa, em que capacidade e quais os resultados (SULLIVAN, 2018).

Evidencia-se a necessidade de estudos que possibilitem maior compreensão das dimensões da governança pública em espaços de participação e controle social instituídos. Segundo Ansell, Sorensen e Torfing (2017), nas últimas duas décadas foram publicados inúmeros estudos sobre governança pública, todavia, poucos estudos relacionam este tema com a implementação de políticas.

É imprescindível instrumentalizar gestores e cidadãos para analisar funções e disfunções dos conselhos. Com isso, promover, dentre outros aspectos, a organização e funcionamento, o caráter consultivo e deliberativo, a composição, a autonomia do conselho, a eficácia e efetividade, a publicização das ações e a capacitação dos conselheiros (FUNG 2015; ALLEBRANDT, 2016; PEREIRA E CKAGNAZAROFF 2021; FONTES *et al.*, 2021).

Allebrandt (2016) corrobora ao afirmar que é fundamental entender até onde os conselhos, como instrumentos de participação social, e assim de governança, se constituem efetivamente como espaço de construção da cidadania interativa. Do mesmo modo, como contribuem com a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos e para a inclusão social, minimizando os efeitos negativos do processo de globalização em curso no Brasil e no mundo.

Nesse cenário se encontram os CMS, criados na década de 1990, impulsionados pela mobilização e organização da sociedade civil brasileira, com destaque ao MRS, no final da década de 1970 e início da década de 1980. Hoje difundidos em todo Brasil, conferem caráter de controle social à gestão pública, permitindo à população participar na definição, execução e acompanhamento de políticas públicas (MAGALHÃES; XAVIER, 2019).

Os CMS permitem aos cidadãos participarem da tomada de decisões na gestão pública, na fiscalização e controle das ações, bem como na avaliação dos resultados obtidos pela ação governamental (CGU, 2012), logo, são arenas potentes para governança pública. Todavia, estudos apontam que a existência formal desses espaços de controle social não assegura a participação política da sociedade, visto que, em muitos casos, reproduzem práticas

incompatíveis com as propostas originalmente (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017; BISPO JÚNIOR, 2018; ZERMIANI *et al.*, 2019; ROCHA *et al.*, 2019; MAGALHÃES; XAVIER, 2019).

Para Bravo e Correa (2012), a expressão controle social no Brasil, desde o período da redemocratização, nos anos de 1980, é entendida como sinônimo de controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, especificamente no campo das políticas sociais. Para as autoras, a utilização da expressão com este sentido deu-se mediante a conjuntura de lutas políticas pela democratização do país frente ao Estado autoritário, implantado durante a ditadura militar.

Mendes (2008) ressalta que o exercício de cidadania por meio do controle social, transcende a ação estatal, pois comporta interesses de diferentes grupos sociais, exigindo canais de acesso à informação e de democratização das decisões, numa perspectiva de compartilhamento. A Autora lembra que a gestão de saúde deve ser realizada ‘com’ e não ‘para’ a sociedade.

Bronstein *et al.*, (2017) sinalizam que as características formais que dão origem aos conselhos municipais, somadas a uma estrutura de governança adequada, têm potencial para reforçar não apenas a participação, mas o aumento da confiança da sociedade civil na administração pública e uma maior eficiência na formulação de políticas.

Desse modo, compreender como se estrutura a governança pública nos CMS em municípios de pequeno porte, permite identificar potencialidades e limitações práticas e conceituais destes conselhos e da própria governança pública, assim como, viabiliza a proposição de estratégias contextualizadas, baseadas em evidências, capazes de fortalecer esses espaços e modelo de gestão. Por conseguinte, fornece subsídios teóricos e práticos para gestores e acadêmicos, no que tange a compreensão das ferramentas de governança pública, contribuindo para o campo de públicas.

Esse estudo foi realizado em três CMS, escolhidos entre os 26 municípios do território de abrangência da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul. A escolha por municípios deste território deve-se ao fato de apresentarem características demográficas, organizacionais e de acesso a serviços de saúde semelhantes.

A região de saúde é constituída por pequenos municípios, com população, segundo estimativa do IBGE para 2021, que variam de 982 até 32.967 mil habitantes. Destes cidadãos, 92,3% são exclusivamente dependentes do SUS, ou seja, não contam com nenhum plano de saúde privado. No cenário estadual, o quantitativo de usuários exclusivamente dependentes do SUS reduz para 76,4% (ANS, 2022). Assim, trata-se de uma região em que o sistema público

de saúde é literalmente vital, o que exige práticas de gestão eficientes, eficazes e efetivas, que atendam às reais demandas da população.

1.4 ESTRUTURA

O objetivo principal deste trabalho é analisar e descrever o modelo de organização dos conselhos municipais de saúde, sob a ótica da governança pública no exercício do controle social no SUS. Nesse sentido, o presente trabalho estruturou-se do seguinte modo:

No capítulo introdutório, foi realizada uma contextualização acerca da governança pública, estabelecendo relações entre os seus atributos e as práticas democráticas e participativas no SUS. Na problematização do tema enfatiza-se a necessidade de transpor modelos tradicionais de gestão, ainda preponderantes, com a inclusão da população no processo decisório. Deste modo, destaca-se que o SUS nasce ancorado em práticas democráticas, mas incipientes, frágeis e que demandam esforços coletivos para sua efetivação.

Após apresentar os objetivos, direcionou-se o assunto para a importância de compreender empiricamente como se dão, no cotidiano das organizações públicas, as práticas de governança, com ênfase na participação nos conselhos municipais de saúde do SUS.

No segundo capítulo constam os estudos bibliográficos, a fim de fundamentar teoricamente a pesquisa, com construtos teóricos acerca de governança pública, conselhos gestores e controle social no SUS, bem como, o modelo que embasa a análise do estudo.

No terceiro capítulo, é apresentado o percurso metodológico com vistas à consecução dos objetivos propostos. Esse engloba o tipo de estudo, delimitação da pesquisa, caracterização dos CMS, as estratégias de coleta de dados com os achados relevantes, e como foi realizada a análise dos dados e informações.

Em continuidade, no quarto capítulo encontram-se os resultados e discussão das dimensões analisadas, culminando com o quinto e último capítulo, com as considerações finais. Por fim, referências e apêndices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem como intuito descrever os elementos teóricos que embasam esse estudo. Para tanto, buscou-se a contextualização histórica e atual dos temas relacionados à governança pública, conselhos gestores e controle social no SUS, bem como, a apresentação de um modelo para análise do tema.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

2.1.1 Governança pública e participação: uma perspectiva teórica

A governança nasce da separação entre as funções de propriedade e de controle, como forma de tornar as organizações mais eficientes. As duas funções, anteriormente atribuídas à mesma pessoa, o gerente-proprietário, passam a ser tratadas como separadas, e assim, com a necessidade de mecanismos de controle (BUTA; TEIXEIRA, 2020).

Esse tema, não tão recente, transcende o setor privado e ganha relevância e destaque mundialmente na esfera pública a partir das crises financeiras dos anos de 1990. Com intuito de proteger investidores, o cenário de crise impulsionou a formalização dos primeiros padrões mundiais de governança, o que levou a publicação de códigos de conduta em alguns países e órgãos mundiais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional – FMI e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (TCU, 2014, 2020).

No Brasil, o tema ganha relevância em 1995, quando é criado o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa - IBGC, organização sem fins lucrativos, com o objetivo de gerar e disseminar o conhecimento das melhores práticas em governança corporativa, aplicáveis não somente às empresas privadas com fins lucrativos, mas também a outros tipos de organizações, como terceiro setor, cooperativas, estatais, fundações e órgãos governamentais (TCU, 2020).

Em 2017, o Decreto nº 9.203 institui a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, em que define e estabelece os princípios da governança pública, bem como institui Comitê Interministerial de Governança (BRASIL, 2017). Neste, a governança é compreendida como “conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle, postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade”. Em 2018 a Casa Civil lança o guia da Política de governança pública com o objetivo de dar sustentação à interpretação do decreto (BRASIL, 2018).

Pereira e Ckagnazaroff (2021), sob a ótica da *New Public Governance*, conceituam a governança pública como a relação entre governantes e governados, conexas à coprodução do desenvolvimento, mas sobretudo, à construção de uma democracia inclusiva, onde o cidadão exerce, coordena e avalia as políticas públicas, por meio de processos deliberativos, na busca de soluções inovadoras para os problemas sociais.

Os autores acrescentam que ela se relaciona com a dimensão governamental, que articula as dimensões econômico-financeira, institucional-administrativa e sociopolítica, e estabelece parcerias com sociedade civil e mercado. Isso, por meio de processos deliberativos, com a busca de soluções inovadoras para os problemas sociais.

Em relação à dimensão democrática, é imperativo lembrar que a democracia e a governança estão intrinsecamente ligadas, sendo a democracia representativa uma solução de governança para as falhas inerentes à democracia direta. A governança é democrática na medida em que estabelece meios para a participação social no planejamento e avaliação da ação pública, sendo fundamental para o funcionamento da democracia mecanismos de controle social sobre a ação de políticos e burocratas (BUTA; TEIXEIRA, 2020).

Para Tavares e Romão (2021), as reformas na administração pública devem pautar-se pelas demandas da sociedade e estarem direcionadas para a defesa das políticas baseadas no interesse público, com intuito de promoção do desenvolvimento social. Na atualidade os processos de tomada de decisão e monitoramento das ações têm sido marcados por experiências que compreendem a inclusão de diferentes segmentos de atores sociais e do mercado (COZZOLINO; IRVING, 2015).

Fung (2015) traz a reflexão, o porquê de envolver os cidadãos, dado o custo de tempo e coordenação que esse envolvimento representa. O autor responde que esses podem contribuir para a solução de problemas complexos, ao ajudar a enquadrar o problema de maneiras mais precisas e viáveis, por estarem em melhor posição que profissionais ou técnicos para julgar trocas éticas ou materiais importantes. Enfatiza que os cidadãos estão bem situados, em condições de fornecer informações relevantes para a construção de soluções e para avaliação da implementação das ações que os afetam.

Não obstante, para Fung (2015), embora múltiplos avanços em iniciativas de governança participativa nos últimos anos, há muitos desafios para o aprofundamento da democracia com a ampla participação dos cidadãos. Para Ishii (2017) questões como quem pode participar e se os participantes são representativos de toda a comunidade, são pontos centrais da governança participativa, a menos que seja alcançada a participação direta de toda a população. O autor traz à reflexão, a representatividade dos participantes em relação aos seus

coletivos de origem, por vezes de maneira deficiente, e a possibilidade de dominação de interesses setoriais.

Sullivan (2018) corrobora ao afirmar que os modos de participação pública podem variar dependendo de quanto a sociedade civil está incluída no processo de tomada de decisão. O mesmo sugere que as percepções da distribuição de poder na sociedade moldam a eficácia pública em relação à participação de forma diferenciada entre os grupos.

Para Sullivan (2018), mais comum que a população unida, com uma visão única e objetivos compartilhados, é a sociedade composta por uma variedade de grupos com interesses concorrentes e complementares. É provável que se sobressaiam aqueles que estão no poder, em relação aqueles que se sentem excluídos ou sub-representados no processo de tomada de decisão.

Assim, sob a luz da governança pública, em uma perspectiva de fomento à participação efetiva e legítima da sociedade, o próximo tópico discute os conselhos administrativos públicos.

2.1.2 Conselhos gestores: espaços democráticos em prol da governança

Os conselhos administrativos públicos constituem estruturas formais, que integram o aparelho do Estado brasileiro, ligados à gestão pública dos municípios, estados e União. Foram instituídos pela Constituição Federal de 1988, com intuito de ampliar a participação dos cidadãos na elaboração e implementação das políticas públicas, contribuindo para fortalecer a democracia participativa e aumentar a confiança na administração pública (BRONSTEIN *et al.*, 2017).

Com vistas à tomada de decisões, fruto da participação e diálogo dos diversos atores sociais, surge a democracia deliberativa. Essa, entendida como um conjunto de práticas e normativas institucionalizadas, de cunho formal e informal, que minimiza os óbices para a cooperação e o diálogo livre e igual. Dessa forma, interfere positivamente nas condições de desigualdades sociais, ancoradas no pluralismo, na igualdade política e na deliberação coletiva (ALLEBRANDT, 2016). Nesse plano de debate, se inserem os conselhos gestores de políticas públicas, instâncias participativas e legalmente constituídas, os quais materializam, em tese, arenas de excelência para o exercício da democracia deliberativa (COZZOLINO; IRVING, 2015).

Os conselhos gestores de políticas públicas retratam uma política descentralizada que possibilita a articulação entre sociedade civil e o Estado (FONTES *et al.*, 2021). Estes espaços são importantes conquistas no plano da democratização do poder político no Brasil, visto que

significam a participação da sociedade no desempenho de funções públicas, na formulação, implementação e fiscalização das políticas governamentais (LÜCHMANN; ALMEIDA; GIMENES, 2016).

De acordo com Bronstein *et al.*, (2017), os conselhos gestores se envolvem diretamente nos processos decisórios sobre bens e serviços públicos e participam das decisões sobre políticas públicas de diferentes áreas, dentre elas: saúde, trabalho e emprego, assistência social, desenvolvimento rural, educação, meio ambiente, planejamento e gestão urbana, entorpecentes, direitos da criança e do adolescente, do negro, da mulher, dos portadores de deficiências e do idoso.

Os autores destacam que a transferência de recursos financeiros da esfera federal para as subnacionais de governo tem sido condicionada à criação de conselhos organizados de acordo com as determinações legais em nível federal, estadual e municipal. Destarte, a maior parte dos conselhos se atrela ao planejamento e fiscalização da aplicação dos recursos públicos e ao monitoramento das políticas.

Estes espaços apresentam diferentes características e especificidades, que incluem o perfil dos participantes, a competência (se consultivo, deliberativo, fiscalizador e/ou normativo), a distribuição de representações entre diferentes instâncias e segmentos (tripartite, paritário etc.) e do montante de recursos disponíveis. Essa pluralidade está relacionada aos diferentes arranjos institucionais que vigoram nas distintas áreas de políticas e ao histórico específico de institucionalização dos conselhos nesse contexto (LÜCHMANN; ALMEIDA; GIMENES, 2016).

Para Bronstein *et al.*, (2017), uma estrutura de governança adequada em conselhos, deve ser capaz de estimular a participação dos cidadãos, direta ou indiretamente, e assim fomentar a maior credibilidade da administração pública perante a sociedade civil. Os autores destacam que essa definição de governança abarca o conceito de participação, focado na organização de espaços que estimulam a inclusão de grupos anteriormente excluídos do processo democrático e, conseqüentemente, incrementam os mecanismos de controle de instituições e recursos. Todavia, não basta existir espaços constituídos formalmente para garantir a efetiva participação da sociedade no governo.

Em continuidade busca-se elucidar brevemente o controle social no SUS, com ênfase nos conselhos municipais de saúde, aqui considerados potenciais espaços de governança pública.

2.1.3 Controle social no SUS e os conselhos municipais de saúde

A Constituição Federal de 1988 é o marco legal que incorporou à democracia brasileira a participação da sociedade civil e instituiu o Estado Democrático de Direito. Essa, como já mencionado, agrega frutos do MRS, organizado em meio à ditadura militar (FONTES *et al.*, 2020). A carta magna estabelece o SUS como integrante do sistema de seguridade social, responsável pelas ações destinadas a assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

Posteriormente, foram promulgadas duas leis regulamentadoras do Sistema de Saúde Brasileiro. A Lei Nº 8.080, que define seus princípios e diretrizes, incluindo universalidade no acesso aos serviços, integralidade de assistência, equidade, descentralização, participação social, regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990a). E a Lei Nº 8.142, que institui o controle social na gestão do SUS, com os conselhos e conferências de saúde como espaços de participação comunitária, bem como regulamenta as transferências de recursos financeiros (BRASIL, 1990b).

A Lei Nº 8.142, de 1990, estabelece que o CMS promoverá a participação no processo de formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; que a presença dos conselhos de saúde é pré-requisito para o repasse de recursos federais para todos os municípios, estados e Distrito Federal; bem como, que as conferências de saúde acontecerão a cada quatro anos, com a representação dos mais variados segmentos sociais, a fim de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (BRASIL, 1990b).

A Resolução Nº 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) regulamentou o exercício dos conselhos de saúde, sua criação, reformulação, estruturação e funcionamento. Do mesmo modo que estabeleceu competências como a promoção e mobilização contínua em razão do controle social no SUS; discussão e elaboração de propostas para as conferências de saúde; participação na formulação e controle da execução da política de saúde; fiscalização, acompanhamento e avaliação das ações, propostas e serviços; promoção de ações de informação e comunicação sobre saúde e conselhos (BRASIL, 2003; FONTES, *et al.*, 2021).

Em seguida, a Resolução Nº 453, de 2012, do CNS revogou a resolução anterior, com a atualização das diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde (BRASIL, 2012b). Dentre as prerrogativas, está posto que os conselhos de saúde devem ter composição paritária em relação às entidades provenientes da sociedade civil, com representação de 50% usuários, 25% trabalhadores da saúde e 25% prestadores de bens e

serviços ou governo (BRASIL, 2012). Posteriormente, a Resolução 554/2017 aprova diretrizes para estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS nº 453/2012 (BRASIL, 2017).

Dentre as atribuições dos conselhos municipais de saúde estão: mobilizar e articular a sociedade de maneira permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS; discutir, elaborar e aprovar propostas operacionalizadas pelas diretrizes aprovadas pelas conferências de saúde; fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o fundo de saúde e os recursos transferidos e próprios do município, Estado, Distrito Federal e da União, com base na legislação; fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente; estimular a articulação e intercâmbio entre os conselhos de saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da saúde (BRASIL, 2012b).

Neste contexto, o campo da saúde assume protagonismo em relação ao controle social no Brasil, com o fomento da participação da comunidade na defesa de seus direitos. A participação popular e o controle social em saúde destacam-se pela relevância social e política, por garantirem que a população participe do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Fontes *et al.* (2021) destacam que a participação social e o controle social são instrumentos que se complementam, todavia com funções distintas. A participação social nas políticas públicas permite a sociedade ser ouvida no processo de tomada de decisão dos governantes. Já o controle social, oportuniza à sociedade fiscalizar as ações do Estado, com a análise da prestação de contas do governo sobre o uso dos recursos públicos. Para os autores, ao menos em tese, os conselhos de saúde exercem ambas as funções, com participação social na dinâmica de tomada de decisões e com a fiscalização das ações tomadas pela administração pública.

Os conselhos de saúde, concebidos como mecanismos institucionais, instância máxima de deliberação da política municipal de saúde, com caráter permanente, deliberativo e paritário, embora com limitações, possuem um arranjo considerado importante no processo de inovação democrática. Isso, relacionado a inserção da sociedade civil nos núcleos decisórios das políticas de saúde, estabelecendo novas relações entre Estado e sociedade (ROCHA, *et al.*, 2019).

Cabe destacar a importância desta instituição em um cenário de crise, como o vivenciado durante a Pandemia da COVID 19. Foi imprescindível o envolvimento efetivo dos conselhos de saúde em todas as esferas, frente a necessidade de políticas públicas pensadas e

aplicadas em tempo recorde, com poucas evidências acerca da efetividade das ações propostas, com normativas legais que flexibilizam gastos públicos, bem como, com a necessidade de engajamento da população para obtenção de melhores resultados. Isso por meio da participação na tomada de decisão, apreciação e fiscalização da aplicação dos recursos públicos e com a mobilização de entidades e comunidade.

Barbosa, *et al.* (2021) salientam que em meio às incertezas provocadas por um vírus imprevisível, a população enfrenta momentos de intensa polarização política, com ameaça às instituições democráticas. Os autores destacam que é fundamental o engajamento dos conselhos de saúde frente ao cenário atual de desconfiança, em que se exige cada vez mais transparência por parte dos governos e se questiona as bases do modelo representativo adotado no país.

Júnior, *et al.* (2021) acrescentam que se faz necessário o engajamento dos conselhos municipais de saúde em contextos complexos como o imposto pela COVID 19, tendo em vista que o envolvimento dos cidadãos nos processos deliberativos tem como propósito principal tornar as políticas públicas mais responsivas às necessidades da população. Estes reafirmam a importância da participação ativa dos cidadãos, por meio dos conselhos, nos processos deliberativos, tendo como principal finalidade garantir o acesso universal à saúde e os princípios da administração pública.

2.2 MODELO PARA ANÁLISE DO TEMA

Para análise do tema, apresentamos um modelo encontrado na literatura recente, proposto por Rocha *et al.* (2019), no artigo “Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho”. O estudo não está diretamente relacionado à governança, mas atende aos seus principais atributos.

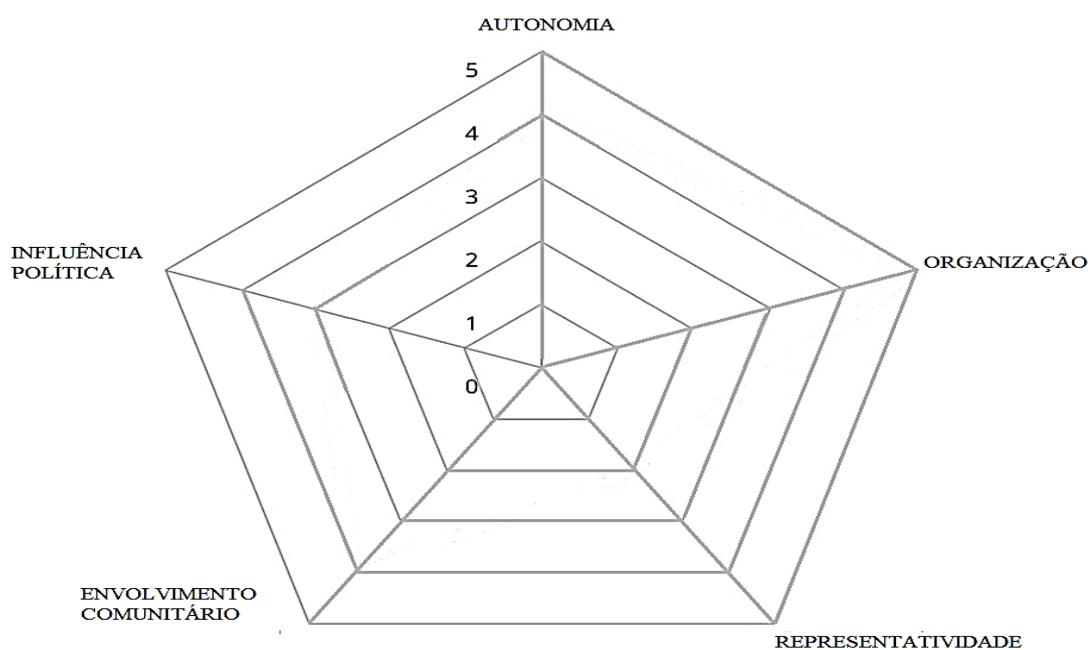
O referencial teórico e metodológico foi fundamentado no método *Spidergram*, adaptado por Rocha *et al.* (2019) à realidade dos conselhos de saúde. Esse método tem sido utilizado em diversas experiências internacionais para avaliar a efetividade das instâncias de participação em diferentes cenários (BAATIEMA, *et al.*, 2013; CARLISLE, 2018; ROCHA *et al.*, 2019).

O modelo original, de Rifkin *et al.* (1988), utiliza as seguintes dimensões: avaliação das necessidades (*needs assessment*); liderança (*leadership*); organização (*organization*); mobilização de recursos (*resource mobilization*); e gestão (*management*). Já Rocha *et al.* (2019), consideraram na sua matriz avaliativa cinco dimensões de maior influência sobre a

participação: autonomia, organização, representatividade, envolvimento comunitário e influência política.

O *Spidergram* trata-se em uma expressão gráfica do nível de desenvolvimento das dimensões avaliadas e da relação entre elas. Consiste em um gráfico de cinco eixos, nos quais é marcado o grau de amplitude de cada dimensão, em uma escala de 1 a 5, e posteriormente conectadas entre si. Com base na avaliação dos indicadores, o valor 1 corresponde ao nível incipiente e o valor 5 indica amplo desenvolvimento da dimensão. Assim, os formatos mais centrífugos representam estados avançados de participação, e uma configuração mais próxima do centro significa nível restrito (ROCHA, *et al.*, 2019). O modelo proposto está ilustrado na figura a seguir:

Figura 1- Expressão gráfica Spidergram referente ao nível de participação social, segundo dimensões, proposta por Rocha; Moreira; Bispo Júnior (2019), adaptado do método Spidergram de Rifkin *et al.* (1988)



Fonte: Rocha *et al.* (2019)

As dimensões avaliativas dos conselhos de saúde, indicadores, variáveis e classificação considerados para a definição de cada um dos cinco níveis, adaptados por Rocha *et al.* (2019) ao contexto brasileiro, estão descritos no quadro a seguir:

Quadro 1- Dimensões avaliativas dos conselhos de saúde, propostas por Rocha; Moreira; Bispo Júnior (2019), adaptado do método *Spidergram* de Rifkin *et al.* (1988)

Dimensão	Indicadores	Variável	Classificação
Autonomia	Estrutura física	Sede própria	Presentes ou ausentes
		Linha telefônica	
		Computador	
	Acesso à Internet		
	Apoio técnico	Secretaria executiva ou equivalente	
	Recursos financeiros	Orçamento próprio	
Coordenação do conselho	Eleição para presidência/mesa diretora		
Organização	Plenário	Periodicidade das reuniões plenárias	Ampla, moderada, restrita ou insuficiente
		Encaminhamento prévio de pauta	Presente ou ausente
	Encaminhamento prévio de material de apoio		
	Comissões	Existência de comissões	Presente ou ausente
Periodicidade de reuniões das comissões		Ampla, avançada, moderada ou incipiente	
Representatividade	Composição do conselho	Paridade do plenário	Paritário ou não paritário
	Escolha dos representantes	Mecanismo de escolha dos representantes	Eleitoral ou não eleitoral
	Relação entre representante e entidade/ representados	Discussão de temas com diretoria da entidade	Forte ou frágil
	Representação de interesses	Tipo de interesse representado	Ampliado, corporativo ou individual
Envolvimento comunitário	Presença de conselheiros	Frequência de conselheiros às reuniões	Ampla, avançada, restrita ou incipiente
	Presença de não conselheiros	Frequência de não conselheiros às reuniões	Elevada, regular ou baixa
	Participação de não conselheiros	Fala de não conselheiros nas reuniões	Frequente, intermediária ou baixa
	Prática participativa de conselheiros	Perfil de atuação dos representantes sociais	Avaliativo/propositivo, reivindicativo ou votante
Influência política	Poder de agenda	Possibilidade de inserção de temas pelos representantes sociais	Ampla, moderado, restrito ou incipiente
	Temas pautados	Conteúdo dos temas pautados	Prestação de contas, aprovação de relatórios; participação social; organização e funcionamento dos serviços de saúde; saúde da população e políticas públicas abrangentes
	Conteúdo das deliberações	Tipo de deliberação	
	Homologação e cumprimento das deliberações	Homologação e cumprimento das deliberações	Elevado, intermediário ou baixo

Fonte: Rocha *et al.* (2019).

A aplicação da matriz, segundo Rocha *et al.* (2019), mostrou-se adequada e viável para a avaliação de desempenho dos CMS. Os autores destacam como limitação do estudo, que a

ferramenta foi aplicada em um município de grande porte, Vitória da Conquista, Bahia, com forte tradição participativa. Destarte, sugerem que, a fim de aprimoramento do método, ele seja testado em outras localidades, especialmente em municípios de médio e pequeno porte, o que pode revelar diferentes problemáticas e diferentes fragilidades que interferem no desempenho dos conselhos.

Nesta perspectiva, para a definição do método do presente estudo, a fim de analisar e descrever o modelo de organização dos conselhos municipais de saúde, sob a ótica da governança pública no exercício do controle social no SUS, este método e modelo foi aplicado à realidade de três municípios de pequeno porte no norte do Rio Grande do Sul.

3 MÉTODO

Esse capítulo apresenta o percurso metodológico com vistas à consecução dos objetivos propostos. Assim, será delineado o tipo de pesquisa; posteriormente, a delimitação da pesquisa; o modo de coleta de dados, seguida de análise e interpretação. Os procedimentos estão descritos de forma detalhada nos tópicos a seguir:

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa. Segundo Gil (2008) pesquisas descritivas têm como objetivo basilar a descrição das características de determinada população ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre as variáveis. Para o autor, as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

No que tange a pesquisa qualitativa, essa caracteriza-se pela tentativa de compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, e não de medidas quantitativas de características ou comportamentos (RICHARDSON, 2011). Para Richardson (2011), a metodologia qualitativa se aplica a pesquisas que buscam investigar situações complexas ou peculiares. Assim, possibilita a compreensão de processos dinâmicos vividos por grupos sociais, bem como entender o comportamento do indivíduo em maior profundidade.

Dentre as principais características da pesquisa qualitativa, destacam-se: ter o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; ter a preocupação com o processo e não apenas com os resultados e os produtos; a análise dos dados tende a ser indutiva; e o significado é uma preocupação primordial (TRIVIÑOS, 2011).

A estratégia de pesquisa definida para este trabalho foi o estudo de múltiplos casos, sob à luz do conceito de governança pública, aplicados à experiência de três conselhos municipais de saúde. Cabe destacar que o estudo de caso se caracteriza como um tipo de pesquisa que realiza uma análise profunda do objeto de estudo, permitindo um amplo conhecimento sobre ele (GODOY, 1995; GIL, 2002).

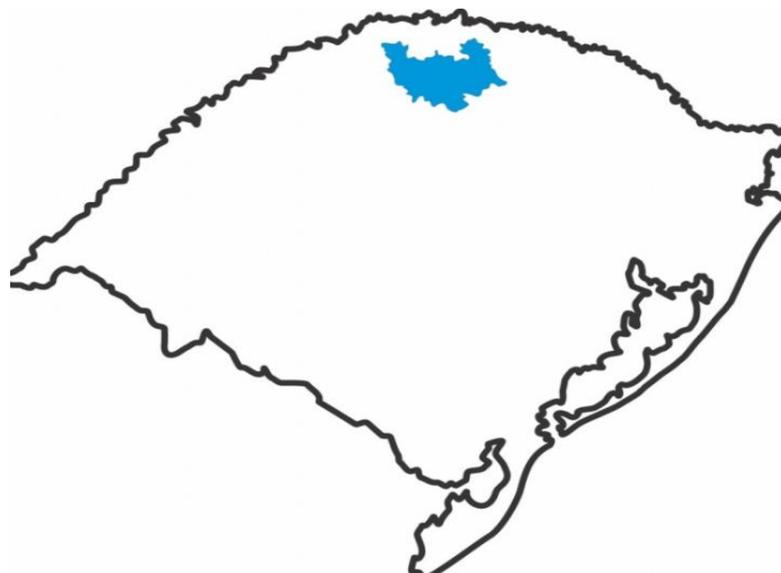
Em relação aos estudos de casos múltiplos, Yin (2001) menciona que estes costumam ser mais convincentes, bem como, que dentre as chaves para se construir um bom estudo é necessário que se obedeça a uma lógica de replicação e não a de amostragem. O autor complementa que, estudos de caso, em geral, não devem avaliar a incidência de fenômenos e

sim tratar tanto o fenômeno de interesse quanto o seu contexto, produzindo grande número de variáveis potencialmente relevantes.

3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido com três conselhos municipais de saúde, escolhidos entre os municípios do território de abrangência da 15ª CRS do Rio Grande do Sul (figuras 2 e 3). Não participou do sorteio o Município de Palmeira das Missões, maior município da região, sede da 15ª CRS, uma vez que a pesquisadora atualmente integra a mesa diretora do CMS deste Município.

Figura 2 - Mapa do Estado do Rio Grande do Sul, com destaque a região em que está localizada a 15ª CRS

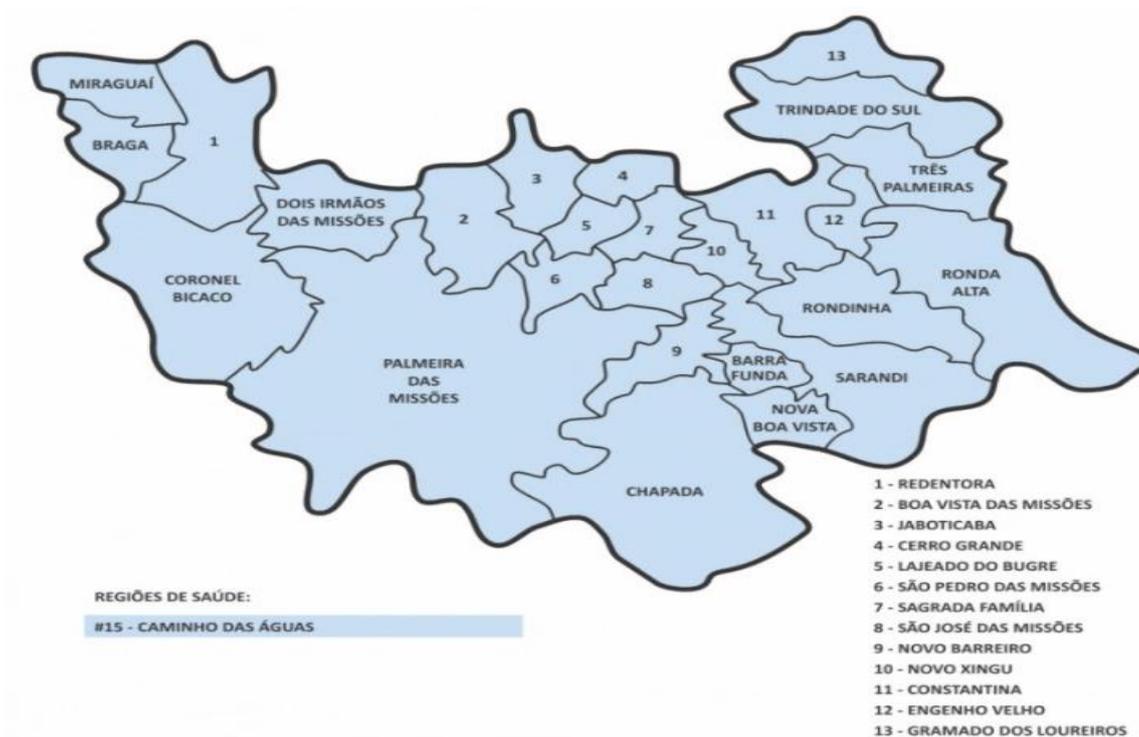


Fonte: Portal do Governo do Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado de Saúde (2022)

A escolha do objeto de pesquisa, conselhos municipais de saúde, considerou o fato de serem instituições participativas formalizadas, incorporadas legalmente ao processo de gestão de saúde e disseminadas em todos os municípios do Brasil. Tratam-se de espaços legítimos de governança pública, em que a participação da sociedade nas decisões é prerrogativa fundamental.

A escolha por municípios da 15ª CRS (figura 3) deve-se ao fato de serem, em maioria, de pequeno de pequeno porte e apresentarem características demográficas, organizacionais e de acesso aos serviços de saúde semelhantes. A região conta com 26 municípios de referência, com uma população total estimada de 161.508 habitantes (IBGE, 2022).

Figura 3 - Mapa com os municípios que integram a 15ª CRS



Fonte: Portal do Governo do Rio Grande do Sul/ Secretaria de Estado de Saúde (2022)

A 15ª CRS, se divide em 3 microrregiões: Palmeira das Missões, Ronda Alta e Sarandi. A população estimada para 2021 desses municípios varia de 982 habitantes em Engenho Velho, até 32.967 habitantes em Palmeiras das Missões, com a maioria dos municípios (65 %) com menos de 5.000 habitantes (IBGE, 2022).

Conforme mencionado na justificativa deste estudo, 92,3 % dos cidadãos que residem neste território são exclusivamente dependentes do SUS, ou seja, sem acesso a planos de saúde privados (ANS, 2022). Importa destacar que o Brasil conta com 1.253, 22,5% dos municípios com menos de 5.000 habitantes (IBGE, 2023).

Os municípios participantes do estudo pertencem às microrregiões de Palmeira das Missões e Sarandi. Esses contam com uma população estimada em 2021 de 2.563 habitantes (Município A), 4.185 habitantes (Município B) e 2.025 habitantes (Município C). Todos com CMS legalmente constituído e em atividade.

Nos três municípios, os únicos serviços assistenciais de saúde suplementar são laboratórios de análises clínicas e farmácias. A população conta com a rede pública municipal como principal oferta de serviços no território, para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para acesso aos demais serviços da saúde suplementar e para média e alta

complexidade é necessário buscar outros municípios de diferentes regiões do RS. No quadro 2 apresentamos dados referentes à caracterização dos municípios em estudos.

Quadro 2- Caracterização dos municípios em estudo

Características	Município A	Município B	Município C
População estimada 2021	2.563	4.185	2.025
Território	60.437 K ²	126.344 K ²	79.894 K ²
PIB per capita 2020	R\$ 51.064,22	R\$ 23.735,67	R\$ 33.001,50
Despesa total com saúde (2021)	R\$ 5.761,650	R\$ 4.760,294	R\$ 4.243,469
Despesa por habitante (2021)	R\$ 1594,5	R\$ 1.507,9	R\$ 824,3
Recursos próprios investidos em saúde (2021)	22%	19,6%	21,1%
Cobertura de ESF	100%	100%	100%

Fonte: IBGE (2023) e CONASEMS (2023).

Conforme o quadro 2, é possível observar que os três municípios são de pequeno porte, com amplo território rural (IBGE, 2023). Verifica-se uma diferença significativa no PIB per capita entre os municípios, em que a soma do PIB dos dois últimos, se aproxima do PIB do primeiro (IBGE, 2023). Importa notar que todos municípios estudados cumpriram em 2021 o limite constitucional de 15 % em investimentos em saúde.

O município com maior PIB per capita (Município A), também é o com maior investimento em saúde com recursos próprios, bem como, com maior despesa por habitante ao ano. Podemos observar que a despesa por habitante do município C equivale, aproximadamente, a metade dos outros dois municípios. Os três municípios contam com cobertura total de atenção primária em saúde, característica comum de municípios de pequeno porte (CONASEMS, 2023).

3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Este estudo foi realizado com três conselhos municipais de saúde pertencentes a municípios da região 20 do Rio Grande do Sul. Estes conselhos são órgãos colegiados e permanentes, constituídos e regulamentados por lei municipal e regimento interno.

A seguir, o quadro 3 apresenta a composição dos conselhos, com a descrição do número de conselheiros, os segmentos e entidades, bem como as instituições ou setores que representam.

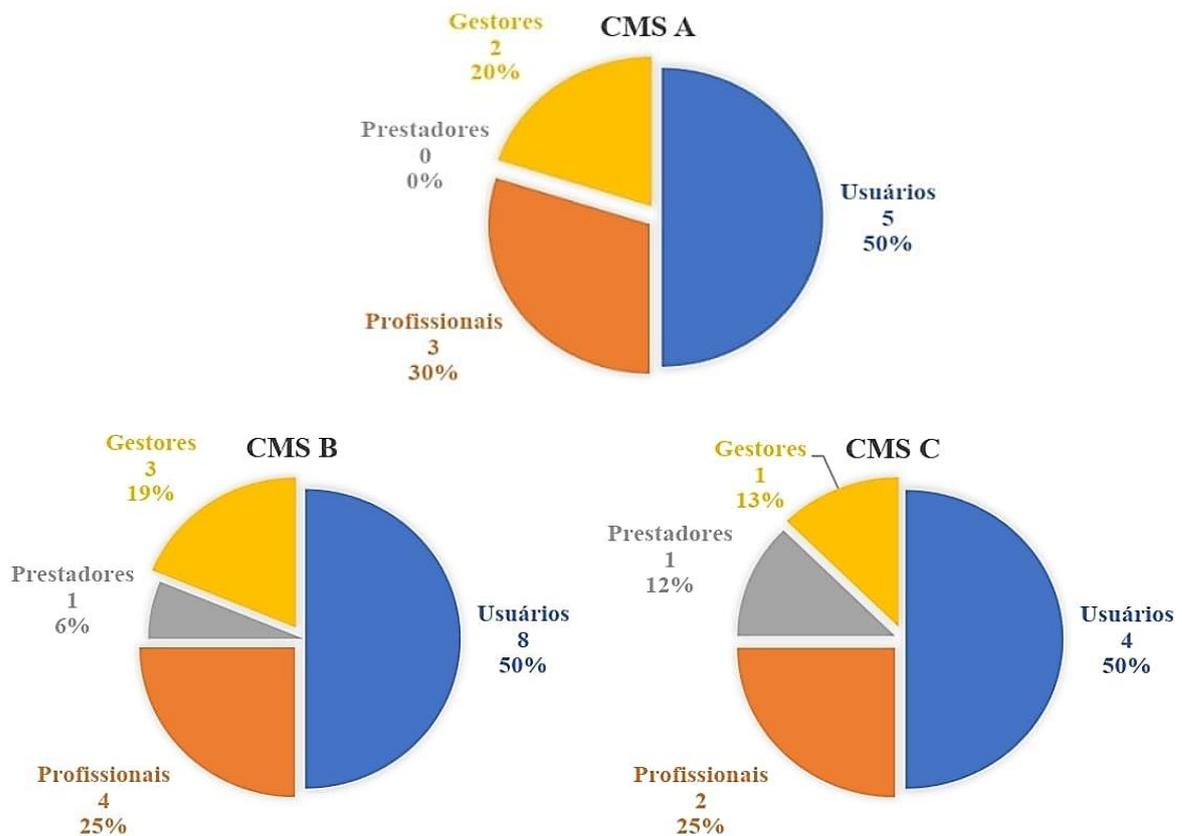
Quadro 3 - Composição dos conselhos municipais de saúde

CMS	Nº de conselheiros	Sociedade civil	Governo ou prestadores	Profissionais de Saúde
CMS A	10 titulares e 10 suplentes	ACI (1), Lions Clube (1); Comunidade rural (2); Sindicato trabalhadores rurais (1).	SME (1); SMAS (2).	SMS (2).
CMS B	16 titulares e 16 suplentes	Comunidades rurais (5); Sindicato dos trabalhadores rurais (1); Representante da associação de estudantes (1); Representante da associação de ervateiros (1).	SMS (1); SME (1); SMAS (1); Prestador (1).	COREN (3); CRO (1)
CMS C	8 titulares e 8 suplentes	Clube de mães (1); Clube de Damas (1); EMATER (1); Igreja (1).	Gestor (1); Prestador (1).	SMS (2).

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

A composição dos conselhos retrata um significativo nível de representatividade no segmento de usuários, ao encontro do preconizado em CMS. Do mesmo modo o segmento gestor apresenta uma composição intersetorial na maioria dos conselhos. Na figura 4 apresentamos a organização dos conselhos por percentual de representação.

Figura 4 - Segmentos representados em cada conselho municipal de saúde



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Importa notar que em todos conselhos há paridade, com 50 % de usuários de acordo com o previsto na Resolução Nº 453, de 2012, do CNS (BRASIL, 2012b). Observa-se reduzido número de prestadores, quando presentes. Isso se deve aos territórios dos municípios contarem somente com farmácias e laboratórios como instituições prestadoras de serviços diretamente ligadas à saúde.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu a partir de fontes primárias e secundárias. Os instrumentos para coleta de dados foram: entrevistas semiestruturadas, realizadas com representantes de usuários, profissionais de saúde e gestores, seguindo critérios de paridade; observação não participante de uma reunião em cada conselho e a análise documental, por meio de consulta à legislação, regimentos internos, resoluções, bem como às atas de reuniões realizadas no período de janeiro a dezembro de 2022.

Assim, com intuito de alcançar os objetivos da pesquisa e reduzir os riscos de viés, utilizamos a triangulação de dados, permitindo o uso de diferentes fontes e evidências para observar o objeto, visando identificar linhas convergentes de investigação, convergência de evidências e verificar repetições (STAKE, 1994).

3.4.1 Entrevistas

A entrevista, considerada instrumento de excelência na pesquisa social, consiste no encontro entre duas pessoas para a coleta de dados, por meio de uma conversação profissional, (MARCONI; LANKATOS, 2006). Assim, foi utilizado um roteiro-guia para sua condução (apêndice A), construído a partir do modelo proposto por Rocha *et al.* (2019), método *Spidergram*, bem como, com base nos demais referenciais teóricos descritos neste estudo. O roteiro abordou questões referentes às dimensões organização, envolvimento comunitário, representatividade, influência política, além da caracterização do entrevistado.

Cabe destacar que, tanto o pesquisador como os entrevistados não tiveram restrições de manifestações, além das descritas no roteiro. O emprego de um roteiro teve como intuito facilitar a abordagem e assegurar aos pesquisadores que suas hipóteses fossem contempladas durante o diálogo (MINAYO, 2010).

Em relação a definição dos sujeitos entrevistados, foram convidados a participar dois usuários, um gestor e um profissional de saúde. Assim foram entrevistados doze conselheiros,

onze titulares e um suplente, todos assíduos nas reuniões dos conselhos e que se dispuseram a participar.

As entrevistas foram realizadas presencialmente com oito conselheiros e online com quatro conselheiros, por meio de WhatsApp. No quadro abaixo está a codificação dos entrevistados, de modo a garantir o anonimato, com a identificação do segmento e o tempo de atuação no respectivo CMS.

Quadro 4 - Codificação dos entrevistados

CMS	Entrevistados	Segmento	Entidade	Tempo no CMS
CMS A	Usuário 1	Usuário (Presidente do Conselho)	ACI	1 ano
	Usuário 2	Usuário (suplente)	ACI	1 ano
	Gestor 1	Gestor	SMS	10 anos
	Profissional 1	Profissional de Saúde	SMS	1 ano
CMS B	Usuário 3	Usuário (Presidente do Conselho)	Comunidade rural	12 anos
	Usuário 4	Usuário	Comunidade rural	4 anos
	Gestor 2	Gestor	SMS	4 anos
	Profissional 2	Profissional de Saúde	SMS	10 anos
CMS C	Usuário 5	Usuário	Clube de mães	6 anos
	Usuário 6	Usuário	Igreja	3 anos
	Gestor 3	Gestor	SMS	6 anos
	Profissional 3	Profissional de Saúde	SMS	8 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Os entrevistados dos segmentos de gestores e profissionais atuam nas secretarias municipais de saúde, enquanto as representações de usuários são de diferentes entidades e coletivos comunitários. A maioria com mais de três anos na função de conselheiro e apenas três entrevistados com um ano de atuação, todos no CMS A, reorganizado há um ano.

No que tange as características dos entrevistados, apresentamos o quadro a seguir, com informações acerca do sexo, faixa etária, escolaridade, atividade profissional e renda bruta mensal.

Quadro 5- Caracterização dos entrevistados

Variável	Característica	Número de Sujeitos
Sexo	F	6
	M	6
Faixa Etária	18 a 30	0
	31 a 40	2
	41 a 50	7
	51 a 60	2
	60 ou mais	1

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Quadro 5- Caracterização dos entrevistados

		Conclusão
Variável	Característica	Número de Sujeitos
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	4
	Ensino fundamental completo	0
	Ensino médio	3
	Ensino superior	4
	Pós- Graduação	1
Atividade Profissional	Estudante	0
	Trabalhador formal/setor público	8
	Autônomo	4
	Desempregado	0
	Aposentado	0
Renda	Sem renda	0
	Até 1 salário mínimo	0
	De 2 a 3 salários mínimos	8
	De 4 a 5 salários mínimos	2
	6 salários mínimos ou mais	2
Filiação partidária	Sim	2
	Não	10

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

No quadro 5 verifica-se que foram entrevistados o mesmo quantitativo de homens e mulheres, a maioria entre 41 e 50 anos. No que tange à escolaridade verifica-se diferentes níveis, com distribuição semelhante.

Importa mencionar que entre os 12 entrevistados 8 ocupam cargos públicos. Além dos gestores e dos profissionais, 2 usuários também são servidores municipais, um lotado na SME e outro na SMS.

Em relação à renda bruta mensal, a maioria situa-se entre 2 a 3 salários mínimos. Do mesmo modo, a maior parte dos entrevistados não possui filiação partidária, incluindo uma representante da gestão.

As falas foram gravadas, para posterior transcrição e leitura exaustiva, codificação e categorização, de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1979). Para participação no estudo, os entrevistados leram e assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C).

3.4.2 Pesquisa documental

No que concerne a pesquisa documental, Sá-Silva (2009) a explica como um procedimento que utiliza métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de

documentos dos mais variados tipos. Entende-se que o uso de documentos na pesquisa amplia a riqueza de informações a partir de uma contextualização histórica e sociocultural, de forma a permitir acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social (SÁ-SILVA, 2009).

Para a realização da análise documental foi necessário o envolvimento de diferentes procedimentos de análise e de interpretação de dados, com a leitura exaustiva de documentos e registros relevantes para a realização do estudo (SCHWANDT, 1997). Neste estudo foi utilizado o roteiro adaptado do modelo de Rocha, *et al.* (2019), método *Spidergram*, com as dimensões autonomia, organização, representatividade, envolvimento comunitário e influência política (apêndice B).

Foram analisados documentos como: atas das reuniões no período de janeiro a dezembro de 2022, regimentos internos, leis municipais que instituíram os CMS, decretos de nomeação de conselheiros, resoluções e outros documentos pertinentes disponibilizados para o estudo.

Para análise de documentos o pesquisador interpreta e sintetiza as informações, na busca de encontrar tendências e fazer inferências (SÁ-SILVA, 2009). Assim, com intuito de sintetizar as informações e simplificar a posterior análise de conteúdo, foi elaborado o quadro 6, com a sistematização das principais informações das atas das reuniões realizadas de janeiro a dezembro de 2022, bem como o quadro 7, organizado por dimensões, de acordo com o roteiro para observação não participante e análise documental.

As atas de cada CMS foram codificadas de acordo com a ordem cronológica, com a identificação do respectivo conselho; reunião avaliada, com data, horário e local (quando descritos); pautas da reunião; considerações relevantes em conformidade com as dimensões de análise e referencial teórico, e por fim, o número de intervenções/falas registradas de acordo com o segmento, conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 6 - Registros das reuniões dos conselhos municipais de saúde a partir das atas

Continua

CMS	Reunião	Quórum	Pautas das Reuniões:	Considerações relevantes	Intervenções
CMS A	1ª reunião 15/02/2022 16:30 h Local: Posto de saúde	6- Quórum	Relatório de Gestão; aprovação de resoluções já homologadas (de aprovação do relatório de gestão anterior e de convocação da 1ª Conferência de Saúde Mental, realizada em 10/02/2022, data anterior a essa reunião); projeto de um AMENT tipo 1.	Não consta em ata quem relata a pauta e não há manifestações de conselheiros; também não constam indicadores de saúde discutidos. Descritos valores em conta e aprovação por unanimidade para todas as proposições realizadas, incluindo resoluções previamente homologadas.	1 gestor
	2ª reunião 02/03/2022- 14 h Local: Posto de Saúde	5- Sem quórum	Relatórios de gestão.	Não consta quem relata a pauta e não há manifestações de conselheiros; também não constam indicadores de saúde discutidos. Descritos valores em conta e aprovação por unanimidade para todas as proposições realizadas.	1 gestor
	3ª reunião 19/05/2022- 16:30 Local: Câmara de Vereadores	12- Quórum	Nomeação de novos conselheiros; eleição da mesa diretora; relatório de gestão; Programação Anual de Saúde (PAS); Pactuação Interfederativa; resolução já homologada (aprova o plano de contingência da dengue); definição de calendário de reuniões do CMS; fluxos do serviço.	Não consta quem relata a pauta; menciona que profissional de saúde comunica fluxos, sem relato de discussão posterior; não há manifestações de conselheiros; também não constam indicadores de saúde discutidos; são descritos valores em conta e aprovação por unanimidade para todas as proposições realizadas, incluindo resoluções previamente homologadas.	2 gestores e 1 profissional
	4ª reunião 16/09/2022- 08:30 h Local: Prefeitura	8- Quórum	Inclusão de uma família em programa de leite; resoluções já homologadas (resolução de 20/06/2022 que aprovou ajustes no Plano Municipal de Saúde (PMS) e aprovação de metas estaduais pactuadas para 2022/2023; resolução de 22/06/2022 que aprovou prestação de contas da nota fiscal gaúcha; resolução de 19/06/2022 que aprovou a contrapartida de recursos para aquisição de veículos por emenda parlamentar); relatório de gestão; comunicado aos CMS a licitação para contratação de pediatra; dispensa de licitação para contratação de empresa para curso de primeiros socorros; andamento da obra da unidade de saúde.	Não consta quem relata a pauta e não há manifestações de conselheiro; também não constam indicadores de saúde discutidos. Descritos valores em conta e aprovação por unanimidade para todas as proposições realizadas, incluindo resoluções previamente homologadas.	1 gestor
	5ª reunião 25/11/2022- 15 h Local: Prefeitura	Data: 11- Quórum	Aquisição de veículo por emenda parlamentar.	Não consta quem relata a pauta e não há manifestações de conselheiros. Somente aprovação por unanimidade.	1 gestor

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Quadro 6 - Registros das reuniões dos conselhos municipais de saúde a partir das atas

Continua

CMS	Reunião	Quórum	Pautas das Reuniões:	Considerações relevantes	Intervenções
CMS B	1ª reunião 15/02/2022- 14 h Local: CRAS	11- Quórum	Relatório de Gestão; plano de aplicações; produção irregular de alimentos; reuniões descentralizadas no território; problemas de atendimentos de usuários.	O Presidente coordena a reunião; planos apresentados serão enviados posteriormente e no caso de dúvidas será chamada nova reunião; sobre a produção irregular de alimentos proposta por um usuário, o presidente menciona que o papel do conselho é fiscalizar a gestão e não o cidadão, não sendo essa uma questão a ser debatida no conselho; gestor propõe reuniões descentralizadas nos territórios.	3 usuários e 3 gestores
	2ª reunião 12/04/2022- 14 h- Local: CRAS	9- Quórum	Projeto de ampliação da UBS; Reuniões descentralizadas; plano de aplicações.	Participação de gestores e usuários na proposição de reuniões.	1 gestor e 1 usuário
	3ª reunião 06/05/2022- 14h, Local: Linha Coxilha	Não consta	Explanação para comunidade acerca do papel do CMS e apresentação de membros; resposta às dúvidas e reclamações de usuários.	Reunião descentralizada; mesa diretora e conselheiros mencionam o papel do CMS; mencionada a solicitação da Prefeita para reuniões descentralizadas; mencionado a importância da participação de jovens no Conselho; presença de vereadora da comunidade; usuários realizam questionamentos sobre serviços; usuária propõe auxílio da comunidade para retomada de grupo.	4 usuários 1 gestor 3 cidadãos externos ao CMS
	4ª reunião 27/06/2022- 08:30 h Local: CRAS	14- Quórum	Inclusão de metas estaduais no PMS; PAS e relatório de gestão.	Pautas apresentadas por empresa de assessoria, sem descrição de discussões do coletivo.	1 usuário 1 gestor
	5ª reunião ordinária do CMS Data: 13/10/2022- 14 h Local: CRAS	10- Quórum	Plano de aplicação; reuniões junto aos grupos de hipertensos; realização de contato com conselheiros para participação nas reuniões.	Secretário sugere a participação dos conselheiros na elaboração dos planos de aplicações; conselheiro menciona a necessidade de um bom planejamento para 2023.	2 usuários 1 gestor
	6ª reunião 20/10/2022- 14 h Local: CRAS	5- Sem Quórum	Relatório de gestão; plano de aplicação; pagamento de exame para determinado usuário.	O Secretário coordena a reunião; profissional refere a importância de multiplicar dados para comunidade. Não há relatos de discussão de indicadores específicos.	2 gestores 1 profissional
	7ª reunião 30/10/2022- 10 h Local: Câmara de Vereadores	9- Quórum	Relatórios de gestão.	O Secretário coordena a reunião; mencionado na ata dados financeiros, demográficos, organizacionais, epidemiológicos e indicadores de saúde. Não foi descrita participação de usuários ou dados mais relevantes.	2 gestores
	8ª reunião 16/12/2022- 14:00 Local: CRAS	7- Quórum	Plano de aplicação; demora no atendimento médico; contratação de um novo médico; falta de medicamentos na ESF; cumprimento do regimento do conselho.	Gestor relatou a pauta; mesa diretora mencionou função e importância dos CMS, solicitando maior participação; conselheiro cobra melhoria no atendimento e secretário orienta o fluxo e medidas adotadas; reunião dialogada, com maior participação dos usuários.	1 gestor 3 usuários

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Quadro 6- Registros das reuniões dos conselhos municipais de saúde a partir das atas

CMS	Reunião	Quórum	Pautas das Reuniões:	Considerações relevantes	Conclusão Intervenções
	1ª reunião 10/03/2022- Local: SMS	7- Quórum	Relatórios de gestão.	Pauta apresentada pelo gestor; mencionado a leitura e análise de indicadores de saúde e relatórios financeiros, sem detalhar pontos mais relevantes de debate. Não há registro de falas dos demais presentes.	1 gestor
	2ª reunião 17/05/2022- Local: SMS	Não consta	Prestação de contas do programa Nota Fiscal Gaúcha.	Pauta apresentada pelo gestor; não há registro de falas dos demais presentes.	1 gestor
CMS C	3ª reunião 20/06/2022- 9 h Local: SMS	7- Quórum	Inclusão de metas estaduais no PMS; relatórios de gestão; PAS.	O presidente do conselho abre reunião e após, só consta em ata registro de apresentação da pauta por empresa de assessoria.	2 gestores
	4ª reunião 07/07/2022- 14:00 Local: CRAS	6- Quórum	Apresentação de novo programa- AMENT.	O presidente do conselho abre reunião e após consta em ata o registro de apresentação da pauta por profissional de saúde e gestor, sem registro de interações dos presentes.	1 gestor e 1 profissional
	5ª reunião 20/10/2022- 08:30 h Local: Câmara de Vereadores	6- Quórum	Relatórios de gestão; execução da PAS.	O presidente do conselho abre reunião e após somente a apresentação da pauta, sem registro de interações dos presentes.	1 gestor
	6ª reunião 26/10/2022- 08:30 h Local: Câmara de Vereadores	Sem registro	Prestação de contas do Programa Nota Fiscal Gaúcha.	Apresentação da pauta pelo gestor, sem registro de interações dos presentes.	1 gestor e 1 profissional

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

As atas das reuniões apresentam fatores limitadores para análise dos dados. Dentre eles a restrição de informações, visto que nos conselhos A e C há uma descrição sucinta, somente dos temas pautados pela gestão, em sua maioria, relacionados a relatórios e planos obrigatórios, exigidos pelos órgãos de controle para gestão municipal. Poucas vezes são descritas interações, questionamentos ou proposições dos conselheiros.

No conselho A não há registros sobre quem é o relator das pautas, somente cita os assuntos tratados, valores relacionados a receitas e despesas e a aprovação por unanimidade, exceto em uma única ata em que a profissional comunica novo fluxo do serviço. No conselho B consta na ata interação dos conselheiros e comunidade, questionamentos acerca dos serviços de saúde e repostas da gestão, além dos temas obrigatórios como relatórios de gestão, prestação de contas e planos de aplicações. Outro fator limitador para análise dos dados é a assinatura de atas com rubricas, sem identificação do conselheiro presente. Não são todas as reuniões que contam com lista de presenças.

Em continuidade apresentamos o quadro 7, organizado por dimensões, elaborado a partir dos conteúdos das atas (quadro 6), somados a outros documentos pertinentes disponibilizados (lista de presenças, edital de eleição para mesa diretora, portarias de nomeação de conselheiros, regimento interno, leis municipais, dentre outros). Neste quadro foram identificadas as dimensões, os indicadores, as variáveis e classificação de cada conselho municipal de saúde, com base no modelo de avaliação de desempenho proposto por Rocha *et al.* (2019).

Quadro 7 - Dimensões, indicadores, variáveis e classificação a partir da técnica análise documental

Continua

Dimensão	Indicadores	Variáveis	Classificação		
			CMS A	CMS B	CMS C
Autonomia	Recursos financeiros	Orçamento próprio	Ausente	Ausente	Ausente
	Coordenação do conselho	Eleição para presidência/mesa diretora	Presente	Presente	Presente
Organização	Plenário	Periodicidade das reuniões plenárias	Restrita	Restrita	Restrita
	Comissões	Existência de comissões	Ausente	Ausente	Ausente
Representatividade	Composição do conselho	Paridade do plenário	Paritário	Paritário	Paritário
	Escolha dos representantes	Mecanismo de escolha dos representantes	Não eleitoral	Eleitoral	Não eleitoral

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Quadro 7 - Dimensões, indicadores, variáveis e classificação a partir da técnica análise documental

					Conclusão
Dimensão	Indicadores	Variáveis		Classificação	
Envolvimento comunitário	Presença de conselheiros	Frequência de conselheiros às reuniões	Avançada	Avançada	Avançada
	Presença de não conselheiros	Frequência de não conselheiros	Ausente	Baixa	Ausente
	Participação de não conselheiros	Fala de não conselheiros nas reuniões	Não se aplica	intermediária	Não se aplica
	Prática participativa de conselheiros	Perfil de atuação dos representantes sociais/ função desempenhada	Votante/ fiscalizadora	Avaliativo, propositivo, reivindicativo e votante/ Fiscalizadora, mobilizadora, deliberativa e consultiva	Votante/ fiscalizadora
Influência política	Poder de agenda	Possibilidade de inserção de temas pelos representantes sociais	Sem registros em atas	Amplio	Sem registros em atas
	Temas pautados	Conteúdo dos temas pautados	Relatório de gestão, com prestação de contas e indicadores; funcionamento dos serviços de saúde	Relatório de gestão, com prestação de contas e indicadores; funcionamento dos serviços de saúde	Relatório de gestão, com prestação de contas e indicadores; funcionamento dos serviços de saúde
	Conteúdo das deliberações	Tipo de deliberação	Organização das atividades do conselho nos territórios	Organização das atividades do conselho nos territórios	Sem deliberações
	Homologação e cumprimento das deliberações	Homologação e cumprimento das deliberações	Regular	Regular	Não se aplica

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Na tabela anterior, em relação à dimensão autonomia, verifica-se que os conselhos estudados não contam com orçamento próprio para custeio de suas atividades. Para viagens, como no caso de participação em conferências ou cursos, é necessário solicitar à secretaria de saúde. Todos os conselhos contam com mesa diretora, todavia somente o conselho B realiza processo eleitoral. Nos demais (CMS A e C) a escolha é por consenso entre os conselheiros.

Na dimensão organização, não há em nenhum dos conselhos comissões em atividade. No conselho C há uma previsão em regimento, mas não é operacionalizada. Em relação a representatividade, todos os conselhos seguem o critério de paridade.

No conselho C a Lei Municipal que institui o CMS, promulgada em 2022, prevê 2 gestores, 2 profissionais, 2 prestadores de serviços e 2 usuários, todavia na prática os prestadores de serviços são entidades da sociedade civil, como Clube de Mães e Clube de Damas. O Gestor refere que foi um erro na elaboração da lei, o qual será corrigido.

No que tange a eleição para atuação enquanto conselheiro, somente no conselho B há um processo eleitoral, nos demais, todos os representantes são indicados pelas entidades ou pela gestão. Em todas as reuniões há quórum, o que pode estar relacionada à busca por assinaturas, realizada posteriormente à reunião, como observado nas visitas em reuniões a dois conselhos (CMS A e B). Em relação à presença de não conselheiros, com exceção de uma reunião descentralizada, realizada na comunidade pelo conselho B, em todas as outras, somente houve registros da presença de gestores, profissionais ou empresas de assessoria, com intuito de relato de pautas.

É importante destacar que neste estudo, na classificação do indicador “Prática participativa de conselheiros” somadas ao perfil do conselheiro propostas por Rocha, *et al.* (2019), como avaliativo/propositivo, reivindicativo ou votante, foram acrescidas as funções desempenhadas pelos conselheiros, propostas pela Controladoria Geral da União (CGU, 2012), que representam a atuação final do conselho e incluem as funções fiscalizadora, mobilizadora, deliberativa e/ou consultiva.

Segundo a CGU (2012), os conselheiros, no exercício do controle social, podem desempenhar as funções de fiscalização, de mobilização, de deliberação e/ou de consultoria. A função fiscalizadora está relacionada ao acompanhamento e o controle dos atos praticados pelos governantes. A função mobilizadora refere-se ao estímulo à participação popular na gestão pública, bem como a contribuição na formulação e disseminação de estratégias de comunicação para a sociedade acerca das políticas públicas. A função deliberativa diz respeito ao espaço que os conselhos possuem para decidir sobre as estratégias utilizadas nas políticas públicas. Por fim, a função consultiva, relacionada à emissão de opiniões e sugestões (CGU, 2012).

Em relação ao perfil de atuação dos representantes sociais, observa-se na maioria o perfil votante, bem como a principal função desempenhada, a fiscalizadora, essa restrita a escuta, análise individual e voto, principalmente nos conselhos A e C. No conselho B observa-se além do perfil votante, alguns posicionamentos de caráter avaliativo/propositivo e reivindicativo, bem como as funções fiscalizadora, mobilizadora, deliberativa e consultiva, expressas em algumas falas.

Em dois conselhos (CMS A e C) não há registros de diálogo entre conselheiros. No CMS B está descrito posicionamentos, interpelações, questionamentos e respostas da gestão.

Dentre os temas pautados, destacam-se relatórios de gestão com prestação de contas e indicadores de saúde, planos de aplicação de recursos e funcionamento dos serviços. Não se observam deliberações, exceto as relacionadas ao próprio funcionamento do CMS e não há registro de homologações.

3.4.3 Observação não participante

A observação não participante foi utilizada complementarmente à realização de entrevistas e à pesquisa documental, durante as visitas realizadas aos conselhos municipais de saúde nos meses de fevereiro e março de 2023. Inicialmente foi proposta a observação em duas reuniões em cada conselho, todavia, frente a organização de reuniões conforme demanda e recesso de atividades ao fim e início do ano, não foi possível cumprir o planejado, com a participação em uma única reunião em cada CMS. Importante mencionar que, seguindo prerrogativas de ética em pesquisa, a presença do pesquisador no campo foi informada a cada presidente de CMS e gestor, e estes informaram ao plenário do conselho.

Para Godoy (1995) a observação, juntamente com a entrevista, perfaz uma técnica fundamental e tem papel importante na realização de estudos de caso. Nessa observação, o pesquisador busca captar aparências, eventos e comportamentos, bem como, atua como espectador, baseando-se em um roteiro de observação e nos objetivos da pesquisa, a fim de registrar o máximo de ocorrências (GODOY, 1995).

Esse método permite estabelecer importantes correlações entre o material teórico e documental explorado e o discurso e práticas dos atores entrevistados, ao encontro dos objetivos deste estudo. Com intuito de nortear a observação foi utilizado o modelo de Rocha, *et al.* (2019), com as variáveis autonomia, organização, representatividade, envolvimento comunitário e influência política (apêndice B), expresso no quadro 8.

Quadro 8- Dimensões, indicadores, variáveis e classificação avaliados a partir da técnica observação não participante.

Dimensão	Indicadores	Variáveis	Classificação		
			CMS A	CMS B	CMS C
Autonomia	Estrutura física	Sede própria	Ausente	Ausente	Ausente
		Linha telefônica própria	Ausente	Ausente	Ausente
		Computador próprio	Ausente	Ausente	Ausente
		Acesso à Internet	Presente	Presente	Presente
Apoio técnico	Secretaria executiva ou equivalente	Ausente	Ausente	Ausente	
Organização	Comissões	Existência de comissões	Ausente	Ausente	Ausente

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Quadro 8- Dimensões, indicadores, variáveis e classificação avaliados a partir da técnica observação não participante.

Dimensão	Indicadores	Variáveis	Classificação			Conclusão
			CMS A	CMS B	CMS C	
Representatividade	Composição do conselho	Paridade do plenário nesta reunião	Paritário	Paritário	Paritário	
	Presença de conselheiros	Frequência de conselheiros	Restrita	Restrita	Ampla	
Envolvimento comunitário	Presença de não conselheiros	Frequência de não conselheiros	Ausente	Ausente	Ausente	
	Participação de não conselheiros	Fala de não conselheiros	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	
	Prática participativa de conselheiros	Perfil de atuação dos representantes sociais/ função desempenhada	votante/ fiscalizadora	votante/ fiscalizadora	votante/ fiscalizadora	
	Poder de agenda	Possibilidade de inserção de temas pelos representantes sociais	Ampla	Ampla	Ampla	
Influência política	Temas pautados	Conteúdo dos temas pautados	Prestação de contas, relatório de gestão, organização e funcionamento dos serviços de saúde.	Prestação de contas, relatório de gestão, organização e funcionamento dos serviços de saúde.	Prestação de contas, relatório de gestão, organização e funcionamento dos serviços de saúde.	
	Conteúdo das deliberações	Tipo de deliberação	Sem deliberações.	Sem deliberações.	Sem deliberações.	
	Homologação e cumprimento das deliberações		Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado	

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Importa destacar que no conselho A as pautas e documentos foram encaminhados previamente por WhatsApp e foram homologadas por resolução em data anterior à reunião. A ata da reunião já estava previamente redigida e os indicadores e dados foram citados superficialmente, em conjunto, sem a análise e discussão de cada um.

No conselho B a reunião foi dialogada, com descrição detalhada de indicadores por empresa de assessoria, com posicionamento de conselheiros de diferentes segmentos. No conselho C, a ata também estava previamente redigida, porém, com uma descrição mais detalhada dos indicadores, mas igualmente ao conselho A, sem debate entre os presentes.

Cabe mencionar que nos conselhos A e B a reunião não contou com o quórum mínimo e a gestão ficou encarregada de buscar as assinaturas necessárias. Nos conselhos B e C os conselheiros não tiveram acesso aos relatórios apresentados previamente à reunião.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Para interpretação dos dados foi empregada a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1979). Essa técnica divide-se três fases: pré-análise, com a escolha dos documentos, formulação de hipóteses e preparação do material para análise; exploração do material, que envolve escolha das unidades, enumeração e classificação, tratamento, inferência; e, por último, interpretação de resultados (BARDIN, 1979).

Para Bardin (1979) a primeira fase engloba à organização propriamente dita, a fim de sistematizar as ideias iniciais e torná-las operacionais, de forma a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Nesse ponto, procedeu-se à escolha dos documentos analisados que embasaram a interpretação final, conexos às dimensões e aos indicadores preestabelecidos, com base no modelo de Rocha *et al.* (2019).

Segundo Campos (2004) as dimensões de análise podem ser apriorísticas, isto é, definidas antecipadamente ou não apriorísticas, que insurgem no contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa. Optamos neste estudo por categorias apriorísticas, definidas no modelo de Rocha *et al.* (2019), com as dimensões autonomia, organização, representatividade, envolvimento comunitário e influência política.

A segunda fase contou com a exploração do material. Foram realizadas as operações de codificação, decomposição e enumeração, em função dos procedimentos realizados na primeira fase, de forma a realizar um aprofundamento na análise do material reunido, orientado pelo referencial teórico, o que resultou na síntese das ideias. Na terceira e última fase os resultados ganharam significação e validade (BARDIN, 1979).

As dimensões analisadas, ancoradas no método utilizado e sob a luz de evidências científicas, permitiram alcançar o objetivo central deste estudo, “Analisar e descrever o modelo de organização dos conselhos municipais de saúde, sob a ótica da governança pública no exercício do controle social no SUS”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A luz da *New Public Governance*, governança pública é relação entre governantes e governados, conexas à coprodução do desenvolvimento e à construção de uma democracia inclusiva, que permita ao cidadão realizar, coordenar e avaliar as políticas públicas. Essa envolve processos deliberativos, que buscam soluções inovadoras para os problemas sociais. (PEREIRA E CKAGNAZAROFF, 2021). Neste contexto, com intuito de compreender e descrever o controle social no Sistema Único de Saúde sob a ótica da governança pública, serão apresentados os resultados e discussão do presente estudo.

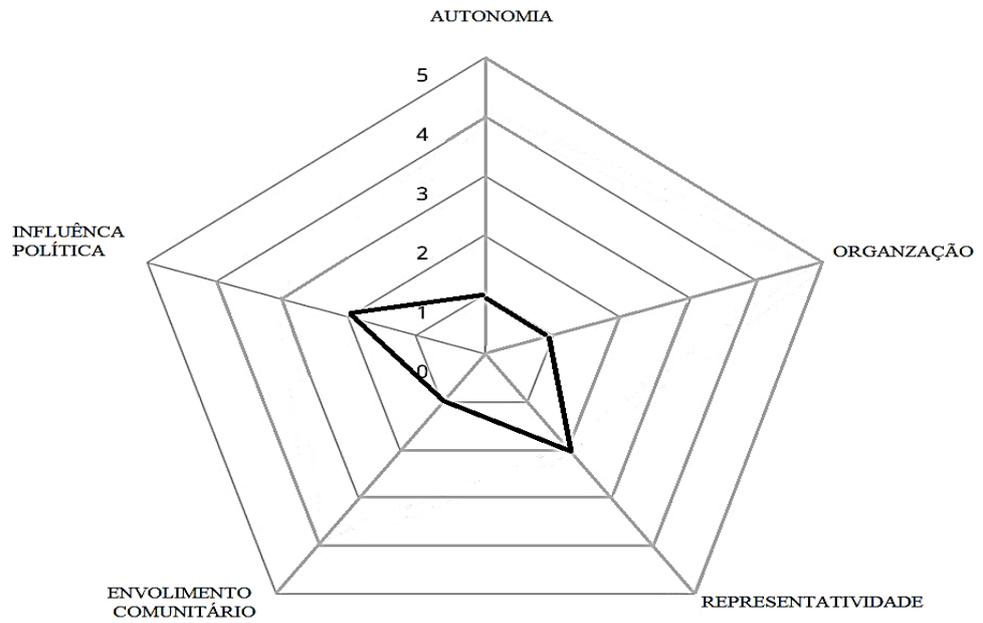
Os dados foram extraídos a partir das dimensões de análise que exercem influência na participação em conselhos municipais de saúde, propostas no modelo de Rocha *et al.* (2019), e demais referenciais que sustentam o estudo. Assim, apresentaremos inicialmente o nível de participação social segundo as dimensões analisadas, expressos no *Spidergram* e posteriormente os aspectos relacionados às dimensões autonomia, organização, representatividade, envolvimento comunitário e influência política, tecendo interfaces com os pressupostos da governança pública.

4.1 NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL SEGUNDO DIMENSÕES ANALISADAS

Com base no método *Spidergram*, desenvolvido por Rifkin *et al.*, (1988) e adaptado por Rocha *et al.* (2019), a partir da análise das variáveis e indicadores, foi estimado o valor de desempenho de cada dimensão, posteriormente localizados no gráfico com cinco eixos. Assim, o nível de desempenho e participação social nos três conselhos municipais de saúde estudados nos levam a duas representações gráficas díspares. A primeira, referente aos conselhos A e C, com níveis idênticos em todas as dimensões avaliadas, e a segunda, no conselho B, o qual diverge dos primeiros somente nas dimensões representatividade e envolvimento comunitário, conforme apresentado a seguir.

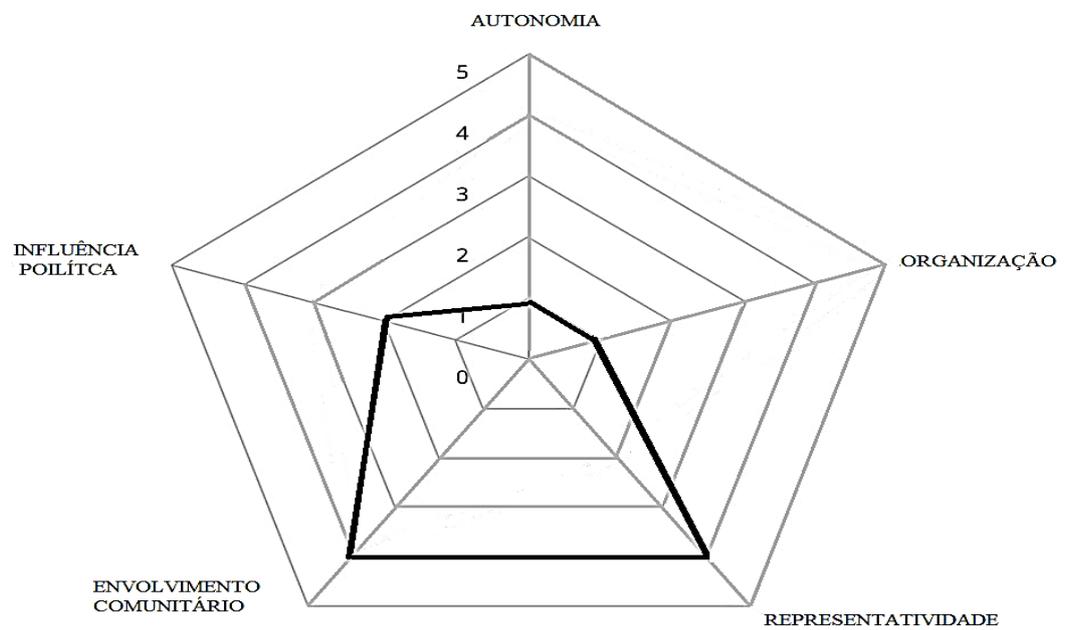
As dimensões autonomia e organização apresentaram nível incipiente nos três conselhos, enquanto a representatividade apresentou nível restrito nos conselhos A e C e nível avançado no conselho B. Do mesmo modo, a dimensão envolvimento comunitário apresentou nível incipiente nos conselhos A e C e nível avançado no conselho B. Já a influência política, apresentou desempenho restrito em todos os conselhos analisados.

Figura 5- Nível de participação social segundo dimensões nos CMS A e C



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Figura 6- Nível de participação social segundo dimensões no CMS B



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

O modelo multidimensional *Spidergram*, utilizado na análise de pequenos municípios, mostrou-se eficiente para identificar as potencialidades e fragilidades, com uma representação

gráfica clara e de fácil entendimento. Deste modo, tendo em vista que a governança pública impõe como desafio à compreensão das relações institucionais, cooperativas e interativas entre o governo e a sociedade civil (TAVARES; ROMÃO, 2021), iniciaremos com a análise da dimensão autonomia dos CMS.

4.1.1 Autonomia

A dimensão autonomia, de acordo com o modelo de análise proposto por Rocha *et al.* (2019), refere-se às condições de funcionamento do CMS e ao nível de independência em relação à gestão da saúde. Essa dimensão baliza-se por indicadores: estrutura física; secretaria executiva ou equivalente; orçamento próprio; e eleição para a mesa diretora. Nessa, os três conselhos apresentaram autonomia incipiente, nível 1 do *Spidergram* (figura 5 e 6).

Os dados revelaram que entre os quatro indicadores, os três primeiros não foram contemplados. As reuniões ocorrem em espaços cedidos por outros órgãos, os quais, ao longo do período analisado foram alternados em todos os conselhos. Os conselhos não contam com secretaria executiva ou equivalente. As atas e documentos são redigidos e arquivados por representantes da gestão na secretaria municipal de saúde. Do mesmo modo, não há no orçamento recursos próprios para os conselhos.

No que concerne à mesa diretora, todos conselhos as têm formalizadas, em atas. A escolha da mesa diretora nos conselhos A e C ocorre por consenso e no CMS B por processo eleitoral. Todavia, nos primeiros as reuniões são coordenadas pelo gestor de saúde e somente no último, pelo Presidente.

No conselho A, durante a observação não participante, o gestor coordenou a reunião, dando início ao relato da pauta sem o necessário quórum e sem a presença da Presidente. Tais achados apontam para importantes limitações de dois conselhos (CMS A e C), a gestão exercendo uma função de manipulação e controle sobre o colegiado, descumprindo o regimento interno e a legislação que orienta o seu funcionamento.

Diante do exposto, é perceptível a necessidade de instrumentalizar gestores e cidadãos para identificar tais limitações e fomentar a organização e o funcionamento dos CMS, garantindo autonomia, na busca da sua plena efetividade. (FUNG 2015; ALLEBRANDT, 2016; FONTES *et al.*, 2021). Assim, para aprofundar esta reflexão, passaremos a explicar a dimensão organização.

4.1.2 Organização

Para Bronstein *et al.*, (2017), uma estrutura de governança adequada em conselhos deve estimular a participação dos cidadãos, direta ou indiretamente, com organização de espaços que promovam a inclusão de grupos excluídos do processo democrático, todavia, não basta existir espaços constituídos formalmente para que haja a participação efetiva da sociedade no governo. Beilin (2016) afirma que o modo como são construídos os espaços de governança é relevante para a qualidade da democracia que se segue.

A dimensão organização joga luz aos processos cotidianos do CMS. Refere-se à periodicidade e organização do plenário, bem como à existência e funcionamento de comissões temáticas. O presente estudo incluiu nessa dimensão, além dos indicadores propostos no modelo de Rocha, *et al.* (2019), o indicador qualificação/educação permanente de conselheiros.

Na análise dessa dimensão, nos três conselhos em estudo o desempenho mostrou-se incipiente, nível 1 do *Spidergram* (figuras 5 e 6). Nos conselhos A e C as reuniões plenárias são restritas, realizadas quando solicitadas pela gestão, na maioria das vezes, no período de apresentação de relatórios obrigatórios ou quando há ajustes financeiros a serem realizados, ou seja, não há calendário regular de reuniões. O conselho B conta com agenda fixa de reuniões, a cada 45 dias, o que permite o acompanhamento e avaliação das políticas de saúde continuamente, embora em desacordo com o preconizado.

A Resolução N° 453, do CNS, estabelece que as reuniões do CMS deverão ser realizadas mensalmente e extraordinariamente conforme definido em regimento interno, bem como, serão, obrigatoriamente, abertas ao público. Silva e Passador (2018) afirmam que a regularidade de reuniões possibilita a continuidade das discussões, além de indicarem diretamente o caráter ativo do conselho.

Importa notar a rotatividade dos locais de realização das reuniões e os horários alternados, o que dificulta a ampla participação da comunidade e a participação dos próprios conselheiros. Do mesmo modo, ainda que houvesse datas, locais e horários fixos para as reuniões, observou-se nas visitas às reuniões que os espaços utilizados são pequenos, o que impossibilita a ampla participação da comunidade.

No conselho A, observa-se na leitura das atas a prática recorrente de encaminhar documentos via grupo de WhatsApp e aprová-los por resolução, para posterior apresentação ao plenário do conselho, já com o processo que demandou a apreciação encaminhado ou concluído. Como exemplo, a 1ª reunião do CMS A, realizada em 15/02/2022, em que consta a

aprovação da resolução de convocação da 1ª Conferência de Saúde Mental, já realizada em 10/02/2022. É possível verificar essa prática na fala do Usuário 2:

As reuniões do conselho, é feita quando necessário, né?! Que é solicitado. Até por causa da pandemia. Agora, foi feito que é mandado. Nós temos WhatsApp, e ali mandam o que tem para definir né?! E a gente lê e dá um okayzinho. E daí quando precisa a gente vem aqui e se reúne, mas não é uma coisa assim, mensalmente ou a cada 2 meses. (...) Quando é pelo WhatsApp, todo mundo quando confirma, deu, leu e confirmou.

Deste modo, ainda que haja discordância, não implica em impedimento ou reorientação de decisões ou ações. Tal fato pode representar uma estratégia de coerção, inviabilizando debates profícuos, com claras barreiras ao processo democrático e deliberativo. Característica de coerção e restrição de debates também identificada no estudo de Magalhães e Xavier (2019).

Ribas e De Meza (2018) ao realizarem um paralelo entre funções e disfunções dos conselhos gestores, apontam como função a descentralização do poder sobre decisões públicas e como disfunção o observado neste caso, a subordinação ao poder executivo, o qual desenvolve a legislação pertinente e detém o *status* de sufrágio universal. Neste contexto, destaca-se a fala do Usuário 4:

Nós conselheiros trabalhamos como conselheiros, né?! Numa concordância com a administração e com a secretaria, né?! Confiando no trabalho. Eles que têm acesso, né?! Então nós assinamos um cheque em branco. Trabalhamos somente na confiança com eles.

Outro ponto a destacar, observado nos conselhos A e C, é a apresentação de relatórios e planos de modo protocolar, com o relato do título e breve descrição do conteúdo, utilização de siglas e abreviaturas, sem citar, esclarecer e discutir cada dado e informação apresentada. Como menciona Sullivan (2018), é observado um ritual vazio, que impossibilita aos indivíduos intervir de fato sobre os processos que governam as suas vidas.

A participação popular e o controle social no SUS, destacam-se com relevância social e política por garantirem que a população participe diretamente do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013; ALLEBRANDT, 2016). O estudo de Zermiani *et al.* (2019) mostrou que os CMS participam somente parcialmente na problematização das proposições e no acompanhamento das metas e negociações para a saúde. Para os autores, essa prática fragiliza a instituição no fortalecimento das políticas de saúde, haja vista que o controle social diz respeito ao vínculo da sociedade com os processos decisórios, concepção e implementação das políticas públicas.

No que concerne ao acesso antecipado pelos membros do conselho à pauta e documentos para a leitura e análise detalhada, em todos os conselhos os profissionais e usuários relataram que nem sempre é possível, conforme verificado nas falas a seguir: “Quando eles

traziam alguma coisa para apresentar eles traziam na hora, antes não” (Usuário 1); “Uma ou duas vezes nos passaram antes, geralmente é na reunião que eles levam e é discutido e aprovado” (Profissional 2); “Geralmente sim, geralmente vem no mesmo dia, antes da reunião” (Usuário 6).

Em uma ata, no CMS B, consta que os documentos seriam enviados posteriormente e, se necessário, seria realizada reunião extraordinária para discussão. Para Rocha, *et al.* (2019) o acesso antecipado aos relatórios contábeis e a outros documentos relativos às prestações de contas favorece a maior capacidade de controle das finanças por parte dos conselheiros.

Em relação às comissões, nenhum conselho estudado possui em atividade, embora no CMS C esteja previsto no regimento a organização de três comissões. Segundo o gestor desse município (Gestor 3), o regimento existe, mas não é seguido: “O conselho pelo que eu percebi, ele foi instituído e copiado um regimento né?! Esse regimento, tem ele impresso lá, mas na prática não se segue”. Cabe mencionar que a mesa diretora e gestão desconheciam a localização e conteúdo do regimento interno de seu CMS, o qual foi encontrado pelos pesquisadores no SIACS.

Quanto à qualificação, somente um conselheiro (Profissional 3), com 8 anos de participação, refere que realizou capacitações sobre CMS, já há algum tempo. Os demais afirmam que não participaram. Dentre as falas neste sentido destacam-se:

Não, há princípio faz alguns anos que não há treinamento para conselheiro. Normalmente o Estado sempre fazia, mas agora faz um tempão que o Estado não faz. Na primeira reunião a gente explica qual a função do conselheiro e o que eles vão estar fazendo durante o mandato deles. A gente tenta passar pra eles qual é a função e o que eles podem e não podem fazer dentro da área do conselho. A gente sabe que o conselho normalmente tem mais poder que o próprio secretário e o prefeito porque tem muitas coisas que somente podem ser feitas com a aprovação no conselho. Então até acho que seria importante uma qualificação com profissionais qualificados, mas infelizmente já faz um bom tempo que não é fornecido (Gestor 1).

Temos que buscar aperfeiçoar. Eu sempre defendo e disse aqui hoje na reunião que a gente tem que buscar formação. Porque a gente só consegue fazer um trabalho bem bacana quando tem conhecimento. E para ter conhecimento alguém tem que passar o conhecimento para ti e para você passar pra frente (Usuário 4).

No estudo realizado por Silva, Novais e Zucchi (2020) com base nos dados do SIACS, 40% dos conselhos não realizam educação permanente, apesar de ser uma determinação da Resolução 453/2012 e fundamental para o pleno exercício de suas funções. Os autores afirmam que é necessário fortalecer o papel dos conselhos de saúde na organização de ações educativas, o que inclui destinação de recursos financeiros para ampliar acesso e participação, com impacto no fortalecimento do controle social no SUS. Além disso, destacam que a falta de qualificação

compromete a eficácia no monitoramento e deliberação dos conselhos sobre a política pública de saúde.

4.1.3 Representatividade

Para Ishii (2017) questões como quem participa e se os participantes representam toda a comunidade são centrais na governança participativa. De modo geral, a dimensão representatividade analisa a composição do plenário; a escolha dos representantes pelas entidades; a relação entre representante e entidade; bem como, os tipos de interesses representados pelos conselheiros. (ROCHA *et al.*, 2019). Ao analisar a dimensão representatividade, obtivemos um escore restrito, nível 2 do *Spidergram*, (figura 5) nos conselhos A e C e no conselho B, um escore avançado, nível 4 (figura 6).

Observa-se que os conselhos têm formação paritária e a composição privilegia a representação de diferentes segmentos sociais e populares. Em todos os conselhos 50 % são usuários, 25 % ou mais são trabalhadores, com a menor representação de gestores e prestadores. Para Rezende e Cordeiro (2019) a diversidade na composição do CMS e a integridade na representação são fatores essenciais para conferir robustez à participação da sociedade.

No que concerne aos indicadores escolha dos representantes e relação representante-entidade, vimos fragilidades e potencialidades no desempenho. Os conselhos A e C seguem critérios não eleitorais, com definição de representações por consenso ou indicação. No conselho A, os Usuários 1 e 2 referem, respectivamente, que “a escolha é por indicação” e “é escolha a dedo”. No conselho C o Usuário 6 menciona “Teve uma reunião na câmara de vereadores e foi por indicação. Como o município é pequeno eles pegam as pessoas”. No conselho B a escolha se dá por processo eleitoral, elegendo representações em assembleias nas comunidades.

É importante destacar que entre os 12 entrevistados, 8 ocupam cargos públicos, sendo que, além dos gestores e dos profissionais de saúde, 2 usuários também são servidores municipais (CMS B e C). Do mesmo modo, dois usuários entrevistados (CMS A) poderiam ser considerados profissionais de saúde ou prestadores de serviços, visto que atuam em farmácias privadas do município.

A maior representação de usuários nos conselhos, 50 %, se deve a necessidade de incluir efetivamente a comunidade na construção de políticas públicas, atores sociais sem vieses ou passíveis de manipulação. Neste sentido, Ribas e de Mesa (2018) argumentam que os conselhos gestores devem representar interesses coletivos, na busca de espaço de classes no cenário

político, sendo uma disfunção destes órgãos, detentores de cargos públicos ocuparem vagas de representantes da sociedade civil.

Em relação a espaços de troca com a base de representação sobre os temas discutidos nas reuniões, em nenhum conselho estudado há encontros organizados com esse propósito. Segundo mencionado pelos entrevistados: “Na verdade, não se faz” (Usuário 1); “Às vezes converso entre a gente, colegas, mas não tem um dia específico” (Profissional 2); “Da minha entidade não. Deveria ter?” (Usuário 6). É perceptível na fala dos sujeitos o desconhecimento sobre sua função enquanto conselheiro de saúde no que tange a representatividade, contrariando princípios da democracia indireta, em uma atuação desconexa de suas bases.

Em cenário semelhante, Rezende e Cordeiro (2019) citam a desconexão presente entre representante e representado, no que tange aos assuntos debatidos nos conselhos de saúde, principalmente no segmento de usuários, perfazendo uma limitação, associada à configuração do processo eleitoral.

Fontes *et al.* (2021) aludem como obstáculos para efetiva atuação do CMS, a falta de divulgação das atividades e da tomada de decisões dos conselhos para sua base de representação e para a sociedade. Para o autor, essas limitações fazem com que parcela da população desconheça os objetivos, as funções e a atuação dos conselhos, refletindo na baixa adesão da população no processo decisório local.

No CMS B, em que a representação de usuários é, em maioria, de territórios comunitários, os conselheiros realizam informes por grupo de WhatsApp ou em encontros eventuais em igrejas, jogos e festas comunitárias. Esse conselho realizou no ano de 2022 um encontro em uma das comunidades representadas.

Nas palavras do Usuário 3: “Vai numa missa, nos grupos do WhatsApp. Até coloquei que algumas ações coloquem no grupo para a gente passar para o pessoal”. O Usuário 4 destaca: “Não marca uma reunião. Leva as informações, o esporte, bolãozinho, no piquete, na igreja, sempre junto à comunidade fazendo a divulgação”. Embora não possuam espaços organizados para trocas e *feedback* à sua base, é possível observar que representações mais próximas da comunidade compreendem a necessidade de ouvir as demandas e comunicar aos seus pares, bem como são provocadas pela própria comunidade.

No indicador representação de interesses, todos relatam defender os interesses da comunidade, conquanto sem discussões profícuas com as bases de representação. O Usuário 4, ao ser questionado sobre o papel do CMS, destaca a representatividade e a defesa de interesses coletivos:

O conselho, ele é um grupo de pessoas que têm essa responsabilidade de representar os demais, né?! Toda a sua população. Um conselho bem atuante vai dar um respaldo maior para sua comunidade, porque aqui se discute, cada um é convidado a ter a sua ideia, cada um é convidado a trazer aquilo que pensa, né?! Então se o conselho estiver bem unido, bem forte, quem vai ganhar vai ser a população. Você vê que somos os grandes guardiões da comunidade.

Nesta fala vimos a percepção deste conselheiro sobre um importante papel do CMS, de representar os interesses da coletividade. Rezende e Cordeiro (2019) afirmam que estes devem propor e avaliar a partir das necessidades, da viabilidade e das prioridades, sob a ótica do interesse coletivo.

A análise da dimensão representatividade revela que a forma de escolha dos representantes pode comprometer ou potencializar a efetiva participação da comunidade, com impacto na qualidade das ações do CMS e no pleno exercício do controle social. A precariedade nas relações com as entidades pode tornar a representação alheia ao interesse coletivo, ao passo que uma representação legítima e próxima à comunidade fortalece a atuação e responsabilização do conselheiro no exercício de suas funções.

Em municípios de pequeno porte, a dinâmica das comunidades, com diferentes espaços de convivência, pode ser um fator positivo para envolvimento e engajamento de partes interessadas, mas demanda o interesse e articulação de lideranças para incluí-los no processo de governança participativa e empoderá-los, em uma perspectiva emancipatória e de promoção da autonomia.

4.1.4 Envolvimento Comunitário

Na dimensão envolvimento comunitário, de acordo com o modelo de Rocha, *et al.* (2019) são avaliados o engajamento e participação das representações sociais no conselho, o que inclui os conselheiros ou a população em geral. Os indicadores analisados referem-se à frequência dos conselheiros representantes sociais às reuniões; frequência de não conselheiros; fala de não conselheiros nas reuniões; e perfil de atuação dos representantes sociais. Nos conselhos A e C observa-se um escore incipiente, nível 1 do *Spidergram* (figura 5). No conselho B verifica-se um escore avançado, nível 4 (figura 6).

Ao longo deste estudo está evidente que a governança pública preconiza a participação ampla da sociedade nos processos deliberativos em espaços públicos, com eficiência e legitimidade democrática da gestão. Na avaliação do indicador frequência dos conselheiros, de acordo os registros em ata, observa-se quórum na maioria das reuniões, em todos os conselhos;

todavia, nas visitas nos conselhos A e B, as reuniões não contaram com o quórum mínimo e seguiram sem impedimentos.

A gestão, sem demonstrar constrangimento ou contrariedade, ficou com a incumbência de buscar as assinaturas junto aos faltosos. Assim, a efetiva participação constatada em atas e lista de presenças pode não refletir a realidade das reuniões, o que compromete sua legitimidade, tanto no sentido jurídico, como na esfera política.

A falta de quórum prejudica a atuação e o funcionamento do CMS, bem como a tomada de decisões (BRONSTEIN, *et al.*, 2017; FONTES *et al.*, 2021). Segundo a legislação vigente, as decisões do CMS somente serão válidas atendendo a quórum mínimo de metade mais um de seus conselheiros, exceto em casos regimentais nos quais se exija quórum especial ou maioria qualificada de votos (BRASIL, 2013).

Quanto aos indicadores relacionados à presença de não conselheiros e participação de não conselheiros, aqui considerados representantes da sociedade civil, somente no conselho B, em uma única reunião descentralizada, ocorreu participação da comunidade. Nos demais conselhos verificou-se participação externa somente de profissionais e gestores ou de empresa de assessoria, com intuito de explanação de pautas.

No que tange ao perfil avaliativo dos conselheiros, nos conselhos A e C, identifica-se o predomínio do perfil votante, bem como da função desempenhada fiscalizadora. No conselho B foi possível evidenciar também em alguns momentos o perfil avaliativo/propositivo, reivindicativo ou votante e o cumprimento de função mobilizadora, deliberativa e consultiva, de modo incipiente, mais relacionadas à organização das atividades do próprio conselho e não das políticas públicas.

Ao serem questionados sobre o conhecimento dos demais membros do conselho acerca do papel do CMS, os entrevistados destacam limitações, como podemos evidenciar em algumas falas a seguir:

Bem sinceramente, eu acho que tem alguns que conhecem o papel, são participativos, sabem o que é que eles estão fazendo e o que estão representando, enfim, qual a importância, mas infelizmente alguns são conselheiros por indicação. A gente sabe, às vezes uma entidade, não são da área e acabam não se aprofundando, não tem muito esse conhecimento (Gestor 1).

É, vamos deixar 50 % que eles entendem bem, se saem bem sabe, os outros 50 % ficam meio que, meio que inibidos, meio de lado. Sempre tem os que falam mais, expõem mais, perguntam mais (Profissional 3).

Nesta perspectiva, em todos os conselhos os conselheiros reforçam que o desconhecimento acerca da função do CMS está relacionado à falta de capacitações: “Eu acho

que não. A gente tem dificuldade porque como a gente não fez capacitação, a gente não sabe, a maioria não sabe qual é o papel deles nessa função” (Profissional 1);

Eu não sei se eles sabem a importância que eles têm, o que podiam fazer mais. Eu acho que precisaria de um treinamento, para saber realmente o dever deles, o que eles podem ou não podem, né?! (Usuário 6).

Ao serem questionados sobre a sua compreensão do papel do CMS, os gestores reforçam a relevância do conselho na gestão em saúde, com ênfase na função de fiscalização:

Perante a secretaria da saúde e conselho municipal de saúde, ele é representante daquele povo que representa aquela entidade e também acho que o conselheiro, ele é um dos principais fiscalizadores do que é feito, né?! Então ele é o representante do povo e automaticamente ele tá fiscalizando o que é feito e também é quem pode dar ou não o aval para a SMS para poder realizar ou fazer algumas coisas (Gestor 1).

Ele é um agente fiscalizador do negócio né?! Onde que ele, ele é soberano, ele pode simplesmente aprovar ou não, né?! Se ele dizer que não está certo e daqui a pouco ele dizer que não vai aprovar as contas, ele não aprova e as contas não são aprovadas. Teria que passar por uma análise (Gestor 3).

O Gestor 3 menciona em sua fala, o que também é evidenciado nos registros em ata neste conselho, no que tange a preocupação da gestão municipal em envolver a comunidade por meio do CMS, na definição de políticas públicas.

Daqui deve sair todas as normativas para que ande bem a saúde no município. E justamente no momento não é o que tá acontecendo, os conselheiros não estão entendendo qual é o seu papel. E é um sonho que a gente realiza de fomentar essa participação dos conselheiros, para que saia daqui os projetos, saia daqui as ações, saia daqui as discussões, seja aqui aprovado ou aqui comentado que não tá legal para a gente mudar, né?! Para gente colocar a mão na massa (Gestor 2).

No que se refere ao entendimento dos entrevistados, sobre o conselho cumprir ou não o seu papel, as falas foram no mesmo sentido: “Nem sempre. Às vezes até por certa falta de conhecimento” (Usuário 1); “Acredito que eles não têm qualificação técnica para fazer isso” (Gestor 3).

Característica semelhante foi encontrada na pesquisa de Gomes *et al.* (2018), em que se evidenciou que os conselheiros desconhecem seu papel e sentem a necessidade de compreensão mais clara de suas atribuições. Os autores salientam que esse desconhecimento das funções a serem exercidas pode colaborar para o desinteresse em participar.

Ao serem questionados acerca do acompanhamento das políticas de saúde do município, conselheiros destacam que se torna viável diante da proximidade da população com as ações desenvolvidas, por tratar-se de município pequeno:

Nosso município é pequeno. O pessoal consegue saber o que passa no município. É assim, o pessoal conversa no município. Um vai na saúde, vê um probleminha, se não tá uma coisa, chega lá e fala no conselho. Município pequeno todo mundo sabe o que acontece né?! Então é muito fácil o secretário e do conselho trabalhar junto. (Usuário 3)

Já o Usuário 4, destaca que o conselho trabalha em total confiança com a administração e a fiscalização de investimentos compete ao legislativo.

Fiscalizar é mais difícil. Como te falei, a gente trabalha em uma total confiança com quem administra, né?! Porque o conselho somente delibera, autoriza o gasto em saúde. O conselho não consegue ter em mãos o controle dos gastos. Gastei tanto aqui. O conselho não tem esse poder. Fiscalizar mesmo acho que não. Talvez em uma conversa com o pessoal vereadores. Então eles que fazem esse papel de fiscalizar. O pessoal apresenta ali a prestação de contas, não tem muito o que contestar. Você tem que trabalhar com confiança com quem está fazendo o manuseio do dinheiro (Usuário 4)

Sobre o controle social na perspectiva da *accountability*, observamos que são repassadas superficialmente informações acerca dos recursos recebidos e investidos. Não há informações, participação e controle social efetivo sobre a execução dos investimentos. Pinto *et al.* (2019) salientam o desconhecimento de conselheiros sobre o processo de prestação de contas e ressaltam importância desta análise e controle, com intuito de fortalecer a iniciativa participativa e o controle social.

A Lei Complementar Nº 141, de 2012, dispõe que os conselhos de saúde têm como responsabilidade avaliar a gestão do sistema a cada quadrimestre e emitir parecer conclusivo acerca da execução dos dispositivos sobre os gastos anuais encaminhados pelo respectivo gestor. Essa normativa atribui ao conselho o papel de controle social, com a garantia de direitos ao acesso e solicitação de quaisquer informações necessárias (BRASIL, 2012a).

Ishii (2017) corrobora ao destacar algumas questões relevantes acerca da governança participativa em nível local, o que envolve conscientizar a comunidade e gestores sobre a importância da participação popular. O autor menciona que sem este entendimento os espaços de participação perdem a sua essência e se distanciam da população, o que leva ao descrédito acerca da governança local.

4.1.5 Influência Política

A dimensão influência política está relacionada tanto às relações de poder estabelecidas entre os conselheiros, como com a capacidade do conselho em acompanhar a implantação das políticas de saúde. Os indicadores avaliados referem-se ao poder de agenda dos representantes sociais, conteúdo dos temas pautados e deliberados, e por último, o acompanhamento da implantação das políticas.

Ao analisar essa dimensão, obtivemos um escore restrito, nível 2 do *Spidergram* (figuras 5 e 6) em todos os conselhos. Somente na avaliação do indicador poder de agenda obteve-se um nível moderado. Nas entrevistas, todos os conselheiros referem que é permitido

questionamentos e intervenções, o que também foi verificado durante a observação das reuniões. Nos conselhos A e C não há registro de falas nas atas estudadas, porém nas reuniões observou-se manifestações relacionadas ao acesso a serviços e adequações estruturais, ao término das pautas “oficiais” da gestão.

Em ambos os conselhos o gestor e relator das pautas questionaram se haviam dúvidas ou questionamentos acerca das informações apresentadas, mas todos os presentes mantiveram-se em silêncio. Um conselheiro (Usuário 2) relata que as poucas intervenções se devem à falta de conhecimento sobre os temas. No conselho B, observa-se em ata, interações, principalmente de usuários, o que também foi constatado na visita ao conselho. O Usuário 4 explana a esse respeito:

Tu tá ali, não pra defender a tua ideia, mas pra defender todo um processo que existe. As pessoas que vem aqui não levantam uma ideia qualquer. Levantam uma ideia da comunidade, uma necessidade, seja no atendimento básico, seja na prevenção. (...) Às vezes pode ser um diálogo bem acirrado né?! Porque tem pessoas que pensam diferente, mas tudo que acontece é pro bem da comunidade.

Para Magalhães e Xavier (2019), a pouca interação ou vocalização de representantes sociais preocupam, à medida que indicam a possibilidade de utilização do CMS como objeto de legitimação para o discurso governamental, em desacordo com os seus ideais.

Importa notar que não consta em atas, ou no relato dos entrevistados, registro de reuniões solicitadas por demanda de representantes de usuários ou profissionais. No CMS B há o registro de uma reunião descentralizada em uma comunidade rural, proposta pelo gestor, em que há discussões de pautas da comunidade.

Lopes, Silva e Martins (2016) jogam luz à baixa capacidade propositiva do CMS, atuando predominantemente sob pautas oriundas de meios externos, o que compromete ou impossibilita a discussão de pautas mais complexas nas plenárias e a tomada de decisões. Kleba, Zampirom e Comerlato (2015) corroboram ao afirmarem que muitas vezes o conselho centraliza suas ações na discussão e aprovação de demandas pontuais e fragmentadas, deixando de lado debates e deliberações que envolvam o acompanhamento, avaliação e implementação de políticas públicas de interesse da comunidade.

No que concerne a deliberações acerca das políticas de saúde municipais, não há registros. Verifica-se somente resoluções de aprovação de relatórios de gestão e planos de trabalho, ou relacionadas à própria organização dos conselhos. Por conseguinte, como não há deliberações, também não se observa homologação de deliberações pela gestão.

O acompanhamento das políticas públicas está restrito a fiscalização das ações realizadas, por meio da apreciação superficial de relatórios e participação por meio do voto.

Nas atas analisadas há registros de aprovação por unanimidade de todas as pautas apresentadas pela gestão. Não há registros de relatórios ou planos reprovados ou questionados. Ao ser questionado acerca da influência do conselho nas políticas públicas, um conselheiro menciona:

A princípio, assim, não, não! Só mesmo eu sou conselheiro e participo das reuniões de conselho, só. Mas assim, se tem alguma coisa para aprovar, vem mais de cima, da prefeitura, prefeito, essas coisas né?! Daí eles não procuram o conselho para determinar, eles procuram o conselho para algumas coisas que precisam ser aprovadas dentro da secretaria de saúde (Profissional 3).

O Profissional 3 reconhece que são aprovadas as determinações da gestão municipal, de modo vertical. Vimos aqui que os conselhos exercem, na maioria das vezes, uma função passiva, de legitimação das proposições de gestores, sem debates profícuos ou construção coletiva.

Os temas pautados são principalmente relatórios de gestão, prestação de contas, planos de investimentos em saúde, em maioria, documentos de apreciação obrigatória para garantir o financiamento da saúde e para dar seguimento aos processos, sendo a convocação das reuniões para discussão desses. Como assuntos gerais são comunicadas questões relacionadas a fluxos da rede de saúde municipal. No conselho B verificou-se uma reunião convocada para tratar questões da comunidade, bem como registros de discussões na maioria das reuniões sobre demandas de usuários.

O Usuário 4 lembra que o CMS é uma instituição autônoma e que já vivenciou a politização do colegiado, o que neste momento está superado:

O conselho, ele é autônomo, o conselho caminha com as próprias pernas, fala com sua própria boca. Respeitamos a secretaria, mas nós somos nós, independente de qualquer coisa, com respeito e parceria. (...) Eu já trabalhei aqui no conselho quando eu entrei que era bem politizado. A política é muito forte e nós conseguimos tirar isso de dentro do conselho. Eu digo assim, lá fora eu posso ser colorado, gremista, são paulino, flamenguista, mas aqui eu sou o povo, a comunidade e aqui eu tenho que defender o interesse da comunidade.

Todos entrevistados referem que há uma boa relação entre CMS e gestão municipal. No que tange a segmentos com maior influência dentro do conselho, foram mencionados os profissionais e os gestores:

Sim. Eu acredito que principalmente os profissionais de saúde por saberem tudo que se passa, as dificuldades que tem hoje, principalmente na área da saúde, principalmente financeira para conseguir manter a questão de referências (Gestor 1).

Na verdade, seria o gestor né?! O gestor que mais coloca e claro, os demais participantes sempre têm o seu momento de pergunta e de resposta. A partir deles (os gestores) que o conselheiro aprova as coisas, nunca o conselheiro tem uma iniciativa, dizer, nós vamos mudar isso aqui no posto. Sempre alguém faz isso e passa para os conselheiros e os conselheiros aprovam (Profissional 3)

As falas anteriores reforçam o observado nas atas e reuniões, com hegemonia principalmente de gestores e algumas ponderações de profissionais de saúde, permanecendo os usuários como ouvintes e votantes. Quando havia manifestações desses, eram mais relacionadas a dúvidas de fluxos e estrutura, sem conexão com os relatórios ou planos apresentados.

Ribas e de Meza (2018), descrevem como função do conselho a governança democrática de políticas públicas. Os autores destacam como uma disfunção o caráter deliberativo ausente ou limitado, focado mais na fiscalização de políticas públicas implementadas.

Os resultados expressam a fragilidade dos conselhos estudados, principalmente relacionados às dimensões autonomia, organização e influência política. O conselho B apresenta melhores níveis nas dimensões representatividade e envolvimento comunitário, o que, com base nos achados do estudo, acreditamos estar relacionado ao modo de eleição de seus representantes sociais, com processo eleitoral realizado com as comunidades.

Esse método de eleição privilegia a escolha de lideranças, amplia o engajamento e o compromisso dos representantes com os representados que os elegeram e aproxima conselho e comunidades. Os conselhos com a escolha de representantes por indicação, enfrentam limitações também nas dimensões envolvimento comunitário e representatividade.

Nada obstante, importa notar que, mesmo no conselho B, com envolvimento comunitário e representatividade avançada, não se observam melhores resultados em influência política. A falta de autonomia dos conselhos e fragilidades na organização dos processos, com ênfase na baixa frequência de reuniões e ausência de educação permanente para os conselheiros, tornam a participação limitada, e assim fragilizam a efetiva atuação do CMS.

A influência política dos conselhos administrativos é preponderante na perspectiva de governança em rede. Nessa, espera-se decisões tomadas no coletivo, com envolvimento de atores públicos e privados, de modo transparente e voluntário (BORZEL; PANKE, 2007).

Os conselhos administrativos, assim como a governança, nascem inspirados em teorias democráticas, conexas à aptidão do Estado em desenvolver políticas públicas que atendam aos interesses da coletividade, fortalecendo os modos de interlocução com a sociedade, com fomento ao empoderamento e ao protagonismo dos cidadãos e à responsabilização do agente público (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006; OLIVEIRA; PIZA, 2015; LYNN; MALINOWSKA, 2018).

Está posto que os conselheiros não compreendem integralmente o seu papel, definido pela Lei 8.142/90, enquanto colegiados deliberativos e permanentes, responsáveis pela formulação de estratégias, controle e execução da política de saúde. Ao desconhecerem suas

funções, e sem condições institucionais para qualificação, é desafiador transpor o atual modelo de gestão, tradicional, vertical e, em muitos casos, ineficiente.

Vimos que o Estado, embora cumpra o dever de manter o CMS instituído, apresenta fragilidades no desempenho do seu papel de ativador e coordenador de redes e práticas colaborativas de gestão, para mudança no modo de articulação das relações institucionais entre setor público e sociedade e para coprodução do bem público, de encontro ao que preconiza a *New Public Governance* (OSBORNE, 2006; KLIJN; KOPPENJAN, 2012; KOPPENJAN; KOLIBA, 2013; PEREIRA; CKAGNAZAROFF, 2021).

Os conselhos estudados contam com muitas lideranças com desejo e disponibilidade para participar, porém, é preciso instrumentalizá-los para uma atuação com eficiência, eficácia e efetividade. Limitações semelhantes são descritas em estudos recentes com CMS do Brasil (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017; BISPO JÚNIOR, 2018; ZERMIANI *et al.*, 2019; MAGALHÃES; XAVIER, 2019; ROCHA *et al.*, 2019).

Aqui cabe questionar: a quem compete promover a mudança de paradigma, com o cumprimento pleno dos atributos da governança pública e dos princípios e diretrizes do SUS? Gestores, principalmente de pequenos municípios, também sofrem com pouco apoio técnico e com desconhecimento de conceitos essenciais para uma gestão qualificada. Vimos isso na presença de empresas de assessoria em todos os municípios estudados, inclusive para realizar e apresentar aos conselheiros relatórios e planos de gestão. Os gestores municipais, quando despreparados, replicam práticas que aprenderam com seus antecessores, desconexas da realidade e das necessidades da população, e por conseguinte, das evidências científicas construídas no campo de públicas.

É necessário problematizar os desafios para efetivação dos atributos da governança pública e potencializar a construção, qualificação e transformação da práxis cotidiana dos CMS, o que passa pela educação permanente, com qualificação de gestores, conselheiros e lideranças locais. Esse movimento precisa partir dos detentores de conhecimento, o que inclui órgãos de controle, conselhos estaduais e nacional de saúde, dentre outros, com competência para tanto.

Os conselhos estão constituídos e com funções administrativas aderentes aos atributos da governança pública. Possuem potencial para atuação colaborativa e cooperativa, com a presença de diferentes atores da sociedade e do governo, constituindo, em tese, arenas deliberativas legítimas no âmbito do SUS. O desafio não está em criar espaços de governança participativa para construção de políticas de saúde, mas sim garantir a qualidade e a efetividade da participação, com impacto na eficiência administrativa e em melhores resultados entregues à população (SERAPIONI, 2014; ALLEBRANDT, 2016; FONTES *et al.*, 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CMS são espaços privilegiados de governança compartilhada, que permitem, em tese, a interlocução do Estado com a sociedade, para coprodução do bem público, aderentes aos atributos da *New Public Governance*. Do mesmo modo, trata-se de espaço público que aproxima a população da política, para, em tese, deliberar sobre suas necessidades e futuro.

Não obstante, a realidade observada neste estudo, está muito aquém dos pressupostos originários e do potencial de atuação dos conselhos. Os achados mostram o distanciamento entre teoria e prática, entre os pilares democráticos que norteiam e sustentam o SUS e a execução da política pública, do mesmo modo, entre as perspectivas da NPG e a realidade da gestão pública de saúde no Brasil, em teoria, protagonista na quebra de paradigmas e superação de modelos tradicionais de gestão.

O presente estudo evidenciou, em um contexto geral, limitações significativas no que tange à governança participativa nos CMS de municípios de pequeno porte. O conhecimento dos atores envolvidos acerca de suas funções e responsabilidades é, em maioria, restrito, o que compromete o empoderamento, a autonomia e o protagonismo desses, prevalecendo a hierarquia e verticalidade na tomada de decisões e definição das políticas públicas, com a soberania do agente público.

Entre os gestores, observa-se maior conhecimento teórico, reconhecimento das fragilidades, porém, com pouca percepção, empenho ou com a transferência de responsabilidade para superar as limitações e potencializar estes espaços de gestão compartilhada.

Vimos que a legislação, embora imponha sanções à não existência formal destes órgãos, por si só, não deu conta de torná-los plenos e efetivos, ao encontro de seus objetivos e da trajetória de luta social que motivou a sua concepção, bem como a criação do SUS.

Neste contexto, acreditamos que a mudança efetiva de modelo, com a consolidação de um projeto democrático, em tempos de ameaça à democracia no cenário mundial, perpassa principalmente pela valorização dos espaços de governança participativa e qualificação e empoderamento dos atores sociais. É preponderante a instrumentalização dos conselheiros para o exercício de suas responsabilidades; o incentivo à gestão para potencializar estes colegiados em estrutura e processos, com indicadores de qualidade, monitoramento e avaliação, e principalmente apoio.

É relevante discutir a garantia da autonomia financeira dos conselhos, com criação de dotação orçamentária própria e plano de ação para investimentos no fortalecimento desses

espaços de controle social, do mesmo modo, a organização de espaços fixos, com datas, horários e estrutura física adequada que favoreça a participação social.

Sugere-se também educação permanente para gestores, conselheiros e lideranças comunitárias para o empoderamento e para qualificação das ações. Também incentivo para o engajamento das bases de representação social. No caso de municípios de pequeno porte, há grande potencial na representação direta de lideranças de territórios comunitários, mais próximos e envolvidos com as necessidades de saúde da população.

Outra ação necessária é a promoção de ações para maior visibilidade e compreensão pela comunidade sobre as ações dos conselhos de saúde; por fim, o fomento de deliberações pelos conselheiros, ancoradas no plano municipal de saúde e nas proposições de conferências de saúde, com rotina para homologação e divulgação para comunidade.

Os objetivos deste estudo foram alcançados, ao analisarmos e descrevermos o modelo de organização dos CMS, sob a ótica da governança pública no exercício do controle social no SUS, identificando funções e disfunções, limitações e potencialidades. Assim, a presente dissertação, tece contribuições relevantes ao campo de estudo da administração pública.

Cabe destacar que este estudo já embasou a reorganização do CMS de Palmeira das Missões, bem como a criação de um plano de educação permanente para este conselho, situado no município sede de um campus descentralizado da UFSM e que acolhe esse mestrado profissional. Com ações desenvolvidas em conjunto com a universidade, gestão e CMS já se obteve importantes resultados, culminando em premiação em 2023 na “Mostra Brasil, aqui tem SUS”, realizada no Congresso Nacional do CONASEMS. Diante do exposto, vimos a importância da interiorização de cursos de mestrado e doutorado no Brasil e o incentivo à qualificação de agentes públicos.

Como limitações deste estudo identifica-se a subjetividade presente na análise dos dados da pesquisa qualitativa, pois, embora ancorada em referencial teórico vasto, possibilita interpretações e decodificações pessoais por parte dos pesquisadores. Do mesmo modo, a amostra de três conselhos, pode ser considerada limitada, tendo em vista que se trata de conselhos existentes em todos os municípios do Brasil.

A fim de aprimoramento, sugere-se que estudos semelhantes, sejam realizados em mais municípios, em diferentes regiões, a fim de compreender a governança pública em CMS, o que pode revelar diferentes problemáticas e potencialidades que impactam no desempenho dos conselhos, do controle social e, por conseguinte, na efetividade das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- ALLEBRANDT, Sérgio Luís; CJ FILHO, M.; CERATTI, L. L. Gestão social e deliberação em espaços públicos: categorias e indicadores para monitoramento e análise. **Cidadania, território e atores sociais**, v. 4, p. 19-60, 2016
- ANDION, Carolina. Por uma nova interpretação das mudanças de paradigma na administração pública. **Cadernos Ebape. BR**, v. 10, p. 01-19, 2012.
- ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS TAB NET**. Disponível em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_02.def. Acesso em 15 de janeiro. 2022.
- ANSELL, Christopher; SØRENSEN, Eva; TORFING, Jacob. Improving policy implementation through collaborative policymaking. **Policy & Politics**, v. 45, n. 3, p. 467-486, 2017.
- BAATIEMA, Leonard *et al.* Assessing participation in a community-based health planning and services programme in Ghana. **BMC health services research**, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2013.
- BARBOSA, Aldenísia *et al.* O enfrentamento à pandemia de covid-19 no Rio Grande do Norte: a participação do controle social. **Revista Diálogos em Saúde Pública**, v. 1, n. 1, p. e000016-e000016, 2022.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. Lisboa. 1979.
- BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC**, v. 2, n. 1, p. 3, 2005.
- BORRALHO, António; FIALHO, Isabel; CID, Marília. A triangulação sustentada de dados como condição fundamental para a investigação qualitativa. 2014.
- BÖRZEL, Tanja A.; PANKE, Diana. Network governance: Effective and legitimate?. In: **Theories of democratic network governance**. London: Palgrave Macmillan UK, 2007. p. 153-166.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 25 novembro. 2021
- BRASIL. **Decreto nº 9.203 de 22 de novembro de 2017**. Disponível em: https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/41841/8/decreto_%20n_9203_22_novembro_2017.pdf, Acesso em janeiro.2023.

BRASIL, **Guia de Governança Pública**. Casa Civil da Presidência da República – Brasília: 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/centrais-de-conteudo/downloads/guia-da-politica-de-governanca-publica>>, acesso em janeiro. 2023.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**: Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Brasília, 2012a.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990b

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 333, de 4 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília, 2012b.

BRASIL. Decreto 9.203, de 22 de novembro de 2017. **Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, 2017**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9203.htm. Acesso em: 12 nov. 2021

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 554 de 15 de setembro de 2017**. Aprova as diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. 10 setembro de 2017.

BRAVO, MIS; CORREIA, MVC. Desafios do Controle Social na Atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, n. 109. 2012.

BRONSTEIN, Michelle Muniz; FONTES, Joaquim Rubens; PIMENTA, Gabriel Alves. Organização dos Conselhos Municipais: governança e participação da sociedade civil. **Interações (Campo Grande)**, v. 18, p. 89-102, 2017.

BUTA, Bernardo Oliveira; TEIXEIRA, Marco Antonio Carvalho. Governança pública em três dimensões: conceitual, mensural e democrática. **Organizações & Sociedade**, v. 27, p. 370-395, 2020.

CANÇADO, Airton Cardoso; TENÓRIO, Fernando Guilherme; Fundamentos Teóricos da Gestão Social/ Fundamentos de la gestión social: una aproximación teórica/Theoretical foundations of the social management. **Desenvolvimento Regional em debate: DRd**, v. 5, n. 1, p. 4-19, 2015.

CARLISLE, Karen *et al.* Evaluating community participation: A comparison of participatory approaches in the planning and implementation of new primary health-care services in northern

Australia. **The International journal of health planning and management**, v. 33, n. 3, p. 704-722, 2018.

COZZOLINO, Luiz Felipe Freire; DE AZEVEDO IRVING, Marta. Por uma concepção democrática de governança para a esfera pública. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 2, p. 497-508, 2015.

CGU. Controladoria Geral da União. **Controle Social: Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social**. Brasília: Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas, 2012.

CONASEMS. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Painéis de apoio. Disponível em: <https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio>. Acesso em 10 de fevereiro. 2023

DAGNINO, Evelina; OLVERA, Alberto; PANFICHI, Aldo. Introducción: Para otra lectura de la disputa por la construcción democrática en América Latina. **La disputa por la construcción democrática en América Latina**, p. 15-99, 2006.

DENHARDT, Janet V.; DENHARDT, Robert B. The new public service: Serving, not steering (Expanded edition). **New York: ME Sharpe**, 2007.

FONTES, Francisco Lucas de Lima; *et al.* Novas pautas de reivindicação do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. **International Journal of Health Management Review**, v. 6, n. 2, p. 1-17, 2020.

FONTES, Francisco Lucas de Lima; *et al.* Desafios enfrentados por conselhos de saúde no Brasil: uma revisão ancorada na biblioteca virtual Scielo (2015-2020). **International Journal of Health Management Review**, v. 7, n. 1, 2021.

FUNG, Archon. Putting the public back into governance: The challenges of citizen participation and its future. **Public administration review**, v. 75, n. 4, p. 513-522, 2015.

GIL, Antônio Carlos; *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos; *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de empresas**, v. 35, p. 20-29, 1995.

GOMES, Ângela Maria *et al.* Reflexões e produção coletiva sobre o “ser” conselheiro municipal de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 496-504, 2018.

HUFTY, Marc. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. **Revista de Salud pública**, v. 12, p. 39-61, 2010.

IBGE. (2021). **Cidades@**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>. Acesso em: 15 de fevereiro. 2023.

ISHII, Risako. Community participation in local governance—An empirical analysis of urbanized local governments in the Philippines and Uganda. **International Journal of Public Administration**, v. 40, n. 11, p. 907-917, 2017.

JÚNIOR, José Patrício Bispo. Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de saúde do Brasil. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 117, p. 99-122, 2018.

JÚNIOR, David Gomes Araújo *et al.* Controle social como estratégia e efetivação da boa administração pública frente à COVID-19. **Sanare-Revista De Políticas Públicas**, V. 20, 2021.

KLEBA, Maria Elisabeth; ZAMPIROM, Keila; COMERLATTO, Dunia. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 556-567, 2015.

KLIJN, Erik-Hans; KOPPENJAN, Joop. Governance network theory: past, present and future. **Policy & Politics**, v. 40, n. 4, p. 587-606, 2012.

KOPPENJAN, Joop; KOLIBA, Christopher. Transformations towards new public governance: Can the new paradigm handle complexity?. **International Review of Public Administration**, v. 18, n. 2, p. 1-8, 2013.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos da metodologia científica. In: **Fundamentos da metodologia científica**. 2010. p. 320-320.

LYNN JR, Laurence E.; MALINOWSKA, Aleksandra. How are Patterns of Public Governance Changing in the US and the EU? It's Complicated. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, v. 20, n. 1, p. 36-55, 2018.

LOPES, Bruno de Jesus; SILVA, Edson Arlindo; MARTINS, Simone. Conselho Municipal de Saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. **Interações (Campo Grande)**, v. 17, p. 163-172, 2016.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; ALMEIDA, Carla; GIMENES, Éder Rodrigo. Gênero e representação política nos conselhos gestores no Brasil. **Dados**, v. 59, p. 789-822, 2016.

MAGALHÃES, Fernanda Gabriela Gandra Pimenta; XAVIER, Wescley Silva. Processo participativo no controle social: um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG). **REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 25, p. 179-212, 2019.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, Gilberto Andrade. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisa no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 2, n. 2, p. 9-18, 2008.

MENDES, Rosilda. A emergência e o protagonismo dos sujeitos. **Botazzo C, Oliveira M A. Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: A pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIWA, Marcela Jussara; SERAPIONI, Mauro; VENTURA, Carla Aparecida Arena. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 411-423, 2017.

OLIVEIRA, Antonio Gonçalves de; PISA, Beatriz Jackiu. IGovP: índice de avaliação da governança pública-instrumento de planejamento do Estado e de controle social pelo cidadão. **Revista de Administração Pública**, v. 49, p. 1263-1290, 2015.

PINTO, José Reginaldo *et al.* (Dis) connections between health councils and audit: advancements and challenges in the democratization of public health management. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 39-44, 2019.

OSBORNE, Stephen P. The New Public Governance? **Public Management Review**, v. 8, n 3, p. 377 – 387, 2006.

PEREIRA, Breno Augusto Diniz; CKAGNAZAROFF, Ivan Beck. Contribuições para a consolidação da New Public Governance: identificação das dimensões para sua análise. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 19, p. 111-122, 2021.

REZENDE, Aline Costa; CORDEIRO, Benedito Carlos. Reflexão do papel da educação permanente sobre os desafios dos conselhos de saúde: revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 2, p. 123-141, 2019.

RIBAS, João André Nascimento; DE MEZA, Maria Lucia Figueiredo Gomes. Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas: espaços de consolidação da administração pública societal?. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 10, n. 1, p. 45-54, 2018.

Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1985.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. -3º ed.-13. reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.

RIFKIN, Susan B.; MULLER, Frits; BICHMANN, Wolfgang. Primary health care: on measuring participation. **Social science & medicine**, v. 26, n. 9, p. 931-940, 1988.

ROCHA, Maricélia Braga; MOREIRA, Diane Costa; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Health councils and participatory effectiveness: a performance assessment study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2019.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria Estadual da Saúde**. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/15-crs-palmeira-das-missoes>. acesso em 27 de fevereiro. 2022.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, p. 139-147, 2013.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SCHWANDT, Thomas A. **Qualitative inquiry: A dictionary of terms**. Sage Publications, Inc, 1997.

SERAPIONI, Mauro. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4829-4839, 2014.

SILVA, Edson Arlindo; PASSADOR, Cláudia Souza. Gestão da saúde pública em Minas Gerais sob a ótica dos conselhos gestores municipais. **REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 24, p. 50-82, 2018.

SILVA, Rita de Cássia Costa da; DE NOVAIS, Maykon Anderson Pires; ZUCCHI, Paola. Permanent education as an inalienable responsibility of health councils: the current scenario in the Unified Health System. **Clinics**, v. 75, 2020.

SIQUEIRA, Renata Lopes de; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; SOARES, Jeferson Boechat. **Participação social na saúde: saber para promover**. Editora UFV, Universidade Federal de Viçosa, 2015.

STAKE, Robert E. Case studies. In: DEZIN, N.K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research**. London: Sage, Cap 14, p. 236-247, 1994.

SULLIVAN, Leeann. Conservation in context: toward a systems framing of decentralized governance and public participation in wildlife management. **Review of Policy Research**, v. 36, n. 2, p. 242-261, 2019.

TAVARES, Paulino Varela; ROMÃO, Ana Lúcia. Transparência, Accountability e Corrupção: Uma Percepção Qualitativa da Governança Pública no Brasil e na África do Sul. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 23596-23633, 2021.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Governança Pública: referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública e ações indutoras de melhoria**. Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014. 96 p.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Referencial básico de governança aplicável a organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU** /Edição 3 - Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Administração do Estado – Secex. Administração, 2020.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Dez passos para a boa governança / Tribunal de Contas da União**. Edição 2 – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Administração do Estado, 2021.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1º ed. 20 reimpr. São Paulo – SP: Atlas, 2011.

YIN, Robert K. **Estudo de caso, planejamento e métodos**. 2.ed. São Paulo: Bookman, 2001.

ZERMIANI, T. C.; *et al.* A participação dos conselhos locais de saúde na contratualização de metas na atenção primária à saúde: a experiência de Curitiba, PR. **Interações (Campo Grande)**, v. 20, p. 1115-1126, 2019.

APÊNDICES

Apêndice A– Roteiro da Entrevista

Roteiro da Entrevista com Conselheiros Municipais de Saúde

Prezado respondente,

Somos do Programa de Pós Graduação em Gestão de Organizações Públicas da Universidade Federal de Santa Maria e estamos realizando uma pesquisa sobre os conselhos municipais de saúde de municípios de pequeno porte.

Sua participação é de grande importância para nosso estudo e por esta razão gostaríamos de contar com sua participação, respondendo a algumas questões. Reiteramos o já descrito no termo de consentimento livre e esclarecido, sobre a preservação da identidade dos respondentes e que as informações coletadas por meio destas perguntas serão utilizadas somente para fins deste estudo.

Título do estudo: Controle social no Sistema Único de Saúde sob a ótica da governança pública: Um estudo multicaseos.

Objetivo geral: Desenvolver um instrumento orientador para os conselhos municipais de saúde, a partir da análise da governança participativa no exercício do controle social no SUS.

Objetivos específicos:

- a) Identificar características relacionadas à participação e aos processos de funcionamento dos conselhos municipais de saúde em municípios de pequeno porte;
- b) Conhecer e descrever as condições institucionais para a operacionalização dos conselhos municipais de saúde;

Dimensão 1 – Organização

1	Como são as reuniões do CMS?
2	Você participa de comissões? Você sabe com qual periodicidade que estas se reúnem?
3	Você recebeu alguma qualificação ou treinamento? Antes de entrar ou depois que já estava no conselho? Qual o conteúdo desse treinamento?
4	Você tem acesso aos relatórios e planos apresentados ao conselho previamente as reuniões? Quanto tempo antes? O que você pensa em relação a isso?

Dimensão 3 – Envolvimento Comunitário

5	O que você entende como função do conselho municipal de saúde? Você acha que o conselho consegue cumprir essa função? (Se não, o que falta?)
6	Você participa nas proposições e decisões?
7	Como você avalia a participação dos conselheiros? Você acha que eles conhecem a sua função e importância?
8	Você acha que o conselho consegue, de alguma forma, fiscalizar as ações de saúde? Como?

Dimensão 4-Representatividade

9	Você representa alguma entidade aqui no conselho (Igreja, associação moradores...)? Qual entidade?
---	--

10	Com que frequência você se troca informações com sua base de representação (usuários, trabalhador...)? Como o você comunica a eles o que é discutido aqui?
----	--

11	Como foi o processo da sua escolha para estar no conselho?
----	--

Dimensão 5- Influência política

12	Você acha que o conselho tem voz e poder de decisão? O que é discutido e decidido aqui é atendido? Como as decisões são tomadas dentro do conselho?
----	---

13	Você tem a possibilidade de propor pautas?
----	--

14	Você acha que o conselho tem capacidade de influenciar, controlar ou decidir sobre as políticas públicas implementadas no município?
----	--

15	Na sua opinião, como é a relação entre o conselho e o poder público (prefeito, secretário de saúde...)
----	--

16	Você acredita que as decisões tomadas no conselho atendem os interesses da comunidade?
----	--

17	Você acredita que há conselheiros com maior influência dentro do conselho? Qual o segmento?
----	---

18	Você é filiado a algum partido político?
----	--

Dimensão 6 – Caracterização do entrevistado

19	Segmento que representa do CMS	Usuário do SUS	Trabalhador de saúde	Gestor/governo	Prestador de serviços
----	---------------------------------------	----------------	----------------------	----------------	-----------------------

20	Há quanto tempo você é conselheiro?
----	-------------------------------------

21	Sexo	Feminino	Masculino
----	-------------	----------	-----------

22	Faixa etária	Até 18 anos	de 18 a 30	de 31 a 40	de 41 a 50	de 51 a 60	acima de 60
----	---------------------	-------------	------------	------------	------------	------------	-------------

23	Grau de escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	Ensino Fundamental completo	Ensino Médio completo	Ensino Superior completo	Pós-graduação completa
----	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------

24	Atividade profissional	Estudante	Trabalhador formal (público ou empresa)	Autônomo	Desempregado	Aposentado	Do Lar
----	-------------------------------	-----------	---	----------	--------------	------------	--------

25	Renda	Sem renda	Até 1 salário mínimo	De 2 a 3 salários mínimos	De 4 a 5 salários mínimos	6 salários mínimos ou mais
----	--------------	-----------	----------------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------

Fonte: Rocha *et al.* (2020)

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para esclarecer qualquer dúvida

Apêndice B – Roteiro para observação não participante e análise documental

Dimensão	Indicadores	Variável	Classificação
Autonomia	Estrutura física	Sede própria	Presentes ou ausentes
		Linha telefônica	
		Computador	
		Acesso à Internet	
	Apoio técnico	Secretaria executiva ou equivalente	
	Recursos financeiros	Orçamento próprio	
Coordenação do conselho	Eleição para presidência/mesa diretora		
Organização	Plenário	Periodicidade das reuniões plenárias	Ampla, moderada, restrita ou insuficiente
	Comissões	Existência de comissões	Presente ou ausente
		Periodicidade de reuniões das comissões	Ampla, avançada, moderada ou insuficiente
Representatividade	Composição do conselho	Paridade do plenário	Paritário ou não paritário
	Escolha dos representantes	Mecanismo de escolha dos representantes	Eleitoral ou não eleitoral
Envolvimento comunitário	Presença de conselheiros	Frequência de conselheiros às reuniões	Ampla, avançada, restrita ou insuficiente
	Presença de não conselheiros	Frequência de não conselheiros às reuniões	Elevada, regular ou baixa
	Participação de não conselheiros	Fala de não conselheiros nas reuniões	Frequente, intermediária ou baixa
	Prática participativa de conselheiros	Perfil de atuação dos representantes sociais	fiscalizadora, mobilizadora, deliberativa e/ou consultiva
Influência política	Poder de agenda	Possibilidade de inserção de temas pelos representantes sociais	Amplo, moderado, restrito ou insuficiente
	Temas pautados	Conteúdo dos temas pautados	Prestação de contas, aprovação de relatórios; participação social; organização e funcionamento dos serviços de saúde; saúde da população e políticas públicas abrangentes
	Conteúdo das deliberações	Tipo de deliberação	
	Homologação e cumprimento das deliberações	Homologação e cumprimento das deliberações	Elevado, intermediário ou baixo

Fonte: Rocha *et al.* (2019)

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**
Universidade Federal de Santa Maria
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidada (o) a responder às perguntas deste questionário/desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

O objetivo da pesquisa é “Desenvolver um instrumento orientador para os conselhos municipais de saúde, a partir da análise da governança participativa no exercício do controle social no SUS”. Como principal benefício, espera-se que os resultados dessa pesquisa ajudem a contribuir para qualificação dos conselhos municipais de saúde, principalmente em municípios de pequeno porte.

É possível que você tenha algum desconforto ao responder as perguntas. Caso sinta-se incomodado ou constrangido com as perguntas, poderá não responder a algumas questões ou desistir de participar a qualquer momento. Além disso, as informações fornecidas terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados forem divulgados.

ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA ()

PREFIRO NÃO PARTICIPAR ()

Nome do entrevistado: _____

Data: ___/___/2023

Assinatura: _____