

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL,
EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

EDMAR OLIVEIRA DA SILVA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E GESTÃO SOCIAL: O CASO DE
TEÓFILO OTONI - MG**

**SÃO MATEUS - ES
2018**

EDMAR OLIVEIRA DA SILVA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E GESTÃO SOCIAL: O CASO DE
TEÓFILO OTONI - MG

Dissertação apresentada à Faculdade Vale do Cricaré – FVC, como requisito para obtenção do título de mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Área de Concentração: Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Douglas Cerqueira Gonçalves

SÃO MATEUS - ES
2018

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

S586p

Silva, Edmar Oliveira da.

Políticas públicas de saúde e gestão social: o caso de Teófilo Otoni – MG / Edmar Oliveira da Silva – São Mateus - ES, 2018.

79 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2018.

Orientação: prof. Dr. Douglas Cerqueira Gonçalves.

1. Políticas públicas. 2. Saúde. 3. Controle social. 4. Gestão social. 5. Teófilo Otoni – MG. I. Gonçalves, Douglas Cerqueira. II. Título.

CDD: 361.6

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

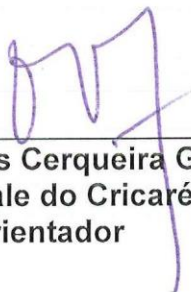
EDMAR OLIVEIRA DA SILVA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E GESTÃO SOCIAL: O CASO
DE TEÓFILO OTONI - MG**

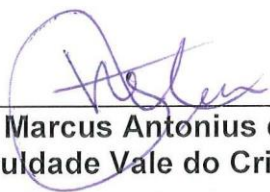
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional, na área de concentração Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Aprovado em 07 de julho de 2018.

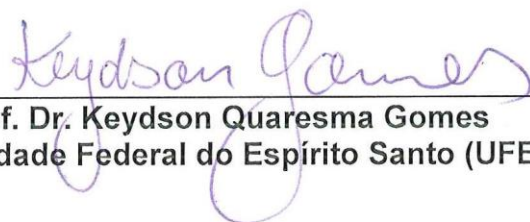
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Douglas Cerqueira Gonçalves
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientador



Prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dr. Keydson Quaresma Gomes
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

À minha esposa Aline, companheira de todas as horas
e aos meus filhos Henrique e Arthur, heranças de
Deus. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, condutor dos meus passos, criador de tudo. É Ele quem me ilumina e me concede forças para todos os dias seguir a caminhada.

Agradeço à minha família pelo apoio incondicional e ao prof. Dr. Douglas por compartilhar de maneira tão generosa o seu conhecimento.

“Na vereda da justiça está a vida, e no
caminho da sua carreira não há morte”
(Provérbios 12.28)

RESUMO

SILVA, Edmar Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde e Gestão Social: O caso de Teófilo Otoni - MG**. Dissertação (Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus/ES.

A participação social é fator que legitima a confecção, implementação e avaliação das políticas públicas. Nesse desiderato, o autor aborda nesta dissertação, de maneira objetiva, as principais questões que envolvem a matéria, com especial ênfase ao município de Teófilo Otoni – MG. Busca-se estabelecer as bases conceituais da política e da política pública, diferenciando-as para melhor compreensão da temática abordada. Analisa-se a participação social voltada para as políticas públicas em saúde, onde se busca verificar os principais instrumentos que a efetivam no município. Pretende-se averiguar o início e evolução desses mecanismos para o fortalecimento das ações em saúde. A participação da sociedade nas políticas públicas é denominada de controle social, conforme previsto em lei especial, e nessa órbita pretende-se estabelecer um diálogo entre esse controle e as premissas da gestão social. A tônica da pesquisa se direciona a entender o nível e qualidade da participação social que ocorre no contexto da gestão social.

Palavras-Chave: Políticas Públicas. Saúde. Controle Social. Gestão Social.

ABSTRACT

SILVA, Edmar Oliveira. **Public Health Policies and Social Management: The case of Teófilo Otoni - MG**. Dissertation (Master in Social Management, Education and Regional Development) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus / ES.

The social participation is a factor that legitimizes the confection, implementation and evaluation of public policies. In this desideratum, the author objectively approaches in the dissertation the main questions involving the matter, with special emphasis to the city of Teófilo Otoni – MG. It seeks to establish the conceptual basis of politics and public policies, discerning them for better comprehension of the subject matter. It analyzes the social participation focused on public policies in health, where it tries to verify the main instruments that make it effective in the city. It is intended to ascertain the beginning and evolution of these mechanisms for the strengthening of the actions in health. The participation of society in public policies is called social control, as fixed by law, and in this scope is intended to establish a dialogue between this control and the premises of social management. The motif of the dissertation is pointed to understanding the level of social participation that occurs in the context of social management..

Keywords: Public Policies. Health. Social Control. Social Management.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 2 - POLITICA PUBLICA EM SAUDE E GESTÃO SOCIAL	18
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	18
2.1.1 Políticas Públicas e Participação Social	19
2.1.2 A Participação Social nas Políticas Públicas de Saúde	24
2.2 A GESTÃO SOCIAL NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.....	25
CAPÍTULO 3 - REGIONALIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA	30
3.1- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	32
CAPÍTULO 4 - CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI – MG	36
4.1 - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEÓFILO OTONI	36
4.2 - CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE	45
CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES PARA INTERVENÇÃO	47
5.1 - CONSIDERAÇÕES PARA O PROJETO DE LEI MUNICIPAL.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BILIOGRÁFICAS	66
ANEXO 1 – Texto consolidado da proposta para o projeto de lei	71

CAPITULO 1: - INTRODUÇÃO

A gestão pública no Brasil vem passando por profundas transformações intencionando atender ao clamor que emerge das ruas. Porém, a falta de preparo dos gestores em geral, aliada a uma cultura clientelista e até mesmo pelas “amarras” que a legislação da área do direito público impõem, acabam por criar obstáculos quase intransponíveis à formulação de políticas públicas que possam dar resposta satisfatória ao anseio social.

Para um real atendimento ao interesse público, os gestores públicos e aqueles que possuem competência para o manejo das políticas públicas, devem lançar mão de instrumentos capazes de efetivar a participação dos destinatários finais dessa ação, como a gestão social.

Esses destinatários finais são, na concepção de SECCHI (2016, p. 115), os *indivíduos, grupos e organizações para os quais a política pública foi elaborada. Também conhecidos como policytakers*. Segundo o mesmo autor, normalmente esses atores da política são tidos como uma categoria passiva, que tem maior propensão a aceitar e receber influência externa do que provocar a atuação pública.

Neste contexto, políticas públicas e gestão social são termos que, normalmente, encontram-se dissociados. No cotidiano da atuação dos representantes políticos são poucas as iniciativas voltadas a possibilitar uma maior participação popular na atividade estatal.

Esses agentes, escolhidos através do voto, acabam, na maioria das vezes, apresentando propostas e trabalhando com políticas públicas que atendem às suas próprias agendas governamentais e não à agenda da sociedade, o que pode ocasionar uma inversão dos fatores. A sociedade deixa de ser protagonista do processo em que é a principal interessada. Nesta conjuntura, a discussão acerca da participação da população no âmbito da gestão pública ganha vultosa importância.

Esses cidadãos que permanecem à frente da gestão estatal por um período determinado de tempo, traço marcante da democracia, mesmo cientes do seu compromisso em gerir a atividade pública em favor da coletividade, sem discriminações, também possuem seus próprios interesses particulares que, muitas vezes, colidem com os interesses ligados à satisfação do bem comum. (DIAS e MATOS, 2012)

Nesse diapasão, importante frisar que o conceito de política pública é bastante abrangente e está ligado a uma série de fatores e situações que nortearão desde a sua discussão inicial, passando pelo seu processo de construção, até a sua efetiva execução.

Essa conjugação de fatores torna o processo um tanto complexo e, portanto, passível de ingerências, o que pode trazer consequências variadas, desde respostas inadequadas aos problemas sociais, até a execução de propostas que impliquem em prejuízos de ordem financeira e social. Daí a necessidade de abandonar o modelo de confecção e condução de políticas públicas a “portas fechadas”. (PALUDO, 2013)

Na determinação da agenda governamental, a participação social é essencial pois é ela quem poderá garantir maior acerto e sustentabilidade nas políticas públicas propostas.

É cada vez mais presente na legislação brasileira novos arranjos de governança e de gestão pública focados na participação da sociedade, diversificando assim os atores do processo de formação, implementação, execução e controle das políticas. *A democracia brasileira vai, assim, deixando de ser uma democracia de elites para se transformar em uma democracia de opinião pública.* (PALUDO, 2013, p. 325)

Neste cenário, os conselhos compostos por diversos segmentos sociais possuem um papel determinante para a evolução desse processo. Os conselhos de políticas públicas funcionam como uma espécie de fórum para negociação e captação de demandas de grupos sociais, possibilitando a participação pública de segmentos menos representativos.

As principais dificuldades enfrentadas pelos conselhos são: a desigualdade de condições entre seus participantes; a ausência de garantia de que suas decisões sejam efetivamente implementadas; e ausência de instrumentos jurídicos que imponham ao Poder Executivo o cumprimento das decisões emanadas dos conselhos. (PALUDO, 2013, p. 324)

A criação e utilização desses conselhos estão cada vez mais presentes no dia-a-dia da gestão pública brasileira, mas foi um longo caminho até a verificação dessa realidade.

Após o processo de redemocratização do país na década de 80, houve uma significativa transformação da relação Estado-sociedade, principalmente, sob a perspectiva da população, que passou a compreender o seu papel dentro da conjuntura política.

Nos anos 90 uma onda descentralizadora e de reformas governamentais abriu espaço para novas formas de participação das políticas públicas e levantou questões sobre como envolver os cidadãos nesse processo (GAVENTA, 2004, p. 7 apud DIAS e MATOS, 2012, p. 173). A promulgação da Constituição Federal de 88 atuou positivamente nessa seara, tendo em vista já trazer explicitamente em suas disposições instrumentos para a participação da população nas discussões políticas.

A participação ganhou um novo *status* e passou a compor as legislações dos diversos entes federados, com muito mais vigor nos municípios, onde de fato, há o contato direto dos gestores com os cidadãos.

Neste contexto um termo que vem sendo utilizado com muita frequência, seja nas legislações que envolvem a participação popular na esfera pública, seja nos espaços de debates políticos é o chamado controle social.

O controle social envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade. Conseqüentemente, implica o controle social sobre o gasto público. (CORREIA, 2000, p. 53)

Assim, a participação direta do cidadão na esfera decisória das políticas públicas se dá através desse controle social. SILVA *et al* (2007, pág. 25) destaca:

O controle social se define pela capacidade que uma sociedade organizada possui de influenciar nas políticas públicas, indicando caminhos, propondo idéias, definindo prioridades, elaborando planos de ações e fiscalizando as atividades do governo federal dos governos estaduais e municipais.

É através dos instrumentos inerentes ao controle social que a população alcança o patamar de uma real democracia direta, em que é possível discutir diretamente as demandas ligadas às políticas públicas.

Para COTTA *et al.* apud FERRETTI *et al.* (2016, p.53), o controle social:

Deve ser concebido como resultado da participação direta da população no processo de gestão pública, resultando na apropriação pela sociedade de meios e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços de saúde.

Tratar acerca do controle social passa também pela discussão da nova dimensão que se pretende para a Administração Pública. Essa nova linha de pensamento começa a se expandir pela doutrina, é o chamado 'Estado em Rede' que nas palavras de MAZZA (2015, p. 44) foi criado para expandir e aperfeiçoar o modelo gerencial de Administração.

A novidade central é buscar integração de toda a comunidade, através de instrumentos que fomentem a gestão regionalizada e participativa. Uma forma de gerir ainda mais transparente e mais alinhada com os anseios da sociedade em geral.

Diante dessa conjuntura que envolve a participação direta da sociedade no processo decisório das políticas públicas, sobretudo na área da saúde, buscou-se reunir dados e informações com o propósito de responder ao seguinte problema de pesquisa: Como se dá o controle social das políticas públicas de saúde no município de Teófilo Otoni no contexto da gestão social?

O objetivo geral do trabalho é avaliar os instrumentos de controle social das políticas públicas de saúde no município de Teófilo Otoni em cotejo com os preceitos da gestão social.

Para a eficácia na resposta ao problema levantado, serão perseguidos quatro objetivos específicos: primeiro, verificar historicamente como se dá o controle social das políticas públicas de saúde no município de Teófilo Otoni - MG; segundo, identificar os instrumentos de controle social institucionalizados no município; terceiro, especificar a importância dos instrumentos de controle social para efetivação da gestão social no município; e, quarto, apresentar proposta de intervenção (projeto de lei atualizado) com a finalidade de propiciar alternativa para efetiva aplicação dos preceitos da gestão social no campo do controle social, com enfoque na legislação aplicável à área. Este último contribuirá para o amadurecimento propositivo em torno das questões ligadas às políticas de saúde no município, o que beneficiará toda a comunidade.

O estudo se atrela ao campo das pesquisas sociais aplicadas, que tem como característica fundamental o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas dos conhecimentos apreendidos durante o processo. (GIL, 2008).

O presente estudo visa a desenvolver uma pesquisa aplicada no âmbito do controle social no município de Teófilo Otoni – MG, visando, conforme destacado, esclarecer como se dá esse controle e apresentar propostas para a devida aplicação dos preceitos da gestão social em sua estrutura.

Ao avaliar os instrumentos reguladores dessa participação social, será possível verificar a sua compatibilidade e capacidade para responder aos anseios de uma verdadeira demanda social.

A pesquisa se justifica à medida em que dentre as esferas de atuação estatal, destaca-se a área da saúde, pela sua essencialidade, afinal, a vida é o bem mais

precioso que o cidadão ostenta. Não é tarefa difícil apontar algum problema, provavelmente ligado à má atuação do poder público, nas políticas públicas que envolvem a saúde. Para isso, a leitura de qualquer jornal, revista ou website de informações, é suficiente para a explicitação destes problemas.

Entender o processo que envolve a participação social através do controle social das políticas públicas de saúde é o grande desafio do trabalho, que pretende ainda verificar historicamente como esse controle evoluiu; identificar os instrumentos institucionalizados, ou seja, aqueles que já estão implantados no município de Teófilo Otoni e especificar a importância de cada um deles.

A escolha do Município de Teófilo para realização da pesquisa se deu em virtude da complexa situação que o envolve. Uma cidade com quase 150.000 habitantes é referência em saúde para uma população, aproximadamente, seis vezes maior, o que torna a atuação pública cheia de percalços e amplifica a necessidade de participação da população nos rumos a serem tomados pelas ações nessa área.

Ademais, as legislações do município que tratam acerca do assunto datam do início da década de 90, o que impõe a verificação da sua adequação à realidade atualmente vivenciada. Não só no âmbito das discussões regionais, mas também no contexto nacional. Afinal, a evolução desse conceito de participação social em âmbito regional e federal acaba contribuindo, ainda que de maneira verticalizada, ao aperfeiçoamento desses instrumentos no âmbito local.

Os municípios, de uma maneira geral, devem buscar a efetivação dessa participação para que seja otimizada a gestão dos recursos que estão a sua disposição. Como não é possível atender a todas as demandas sociais, privilegiar a participação dos cidadãos na escolha das prioridades eleva a sociedade à condição de corresponsável nessa empreitada.

SECCHI (2016, p. 47), citando o discurso de um político brasileiro muito bem elucida: “a maior dificuldade para o político não é estabelecer quais serão as prioridades. A maior dificuldade é ordenar as prioridades”. Como dito anteriormente, os recursos são finitos e as necessidades são ilimitadas, o que aumenta a relevância da discussão em torno do controle social.

Para apresentar resposta à questão-problema posta e visando alcançar o objetivo geral e específicos apresentados, a pesquisa percorrerá quatro etapas metodológicas, a seguir delineadas.

Na primeira etapa será feita a contextualização das políticas públicas em saúde de Teófilo Otoni – MG, abrangendo informações acerca do município, dos principais serviços em saúde, entre outras. Para tanto, será necessário levantar junto aos órgãos gestor e de controle social da saúde no município os dados históricos e epidemiológicos capazes de dar uma visão geral acerca da situação vivenciada.

Deverá ser realizada reunião com o secretário municipal de saúde para apresentação do escopo da pesquisa, visando à sua autorização para acesso às dependências da instituição e documentos necessários.

No órgão ligado ao controle social, os documentos que darão base à pesquisa devem ser solicitados junto às esferas administrativas que dão suporte à sua atuação, através de reuniões e de correspondências.

Quanto à legislação que regulamenta as atividades do controle social no município, o Poder Legislativo municipal deve ser consultado com a finalidade de verificar os estatutos jurídicos que norteiam as atividades da saúde, mais especificamente, aqueles ligados à participação e controle social.

Na segunda etapa serão identificadas as ferramentas do controle social que se encontram institucionalizadas no município. A partir da pesquisa documental será possível a verificação de todas as nuances que as envolvem.

Novamente, mister a pesquisa junto à secretaria municipal de saúde, órgãos do controle social e Poder Legislativo, a fim de evidenciar na legislação essas ferramentas que estão devidamente institucionalizadas.

Na terceira etapa será necessário conhecer o contexto histórico do controle social no município de Teófilo Otoni - MG para entender a sua evolução e *status* atual, sendo possível traçar, a partir daí um paralelo entre a legislação e o exercício dessa participação da população.

Deverá ser utilizado como instrumento da coleta desses dados, a pesquisa documental, através da verificação de atas de reuniões, listas de presença, legislações municipais atinentes à área, entre outros registros que sejam relevantes à pesquisa. Nessa etapa será explicitada a forma estabelecida para o funcionamento desses órgãos de controle e ainda o marco jurídico que os regem.

Ressalte-se que a pesquisa documental se vale de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (GIL, 2002, p.45). Para tanto, será realizado

contato com os representantes do município para a devida autorização de acesso aos dados e informações, objeto da pesquisa.

As reuniões com a equipe que dá suporte administrativo aos órgãos do controle é fundamental para acesso aos arquivos, bem como para sua análise.

Na quarta etapa, ainda utilizando-se da pesquisa documental, será verificada como se dá a atuação do controle social no âmbito das políticas públicas em saúde municipais e regionalizadas, ou seja, aquelas firmadas no município pesquisado, mas que possuem abrangência que extravasa seus limites territoriais.

Será especificada a importância destes instrumentos para efetivação da gestão social, a partir da análise de todas as informações apreendidas e analisadas à luz dos conceitos firmados no decorrer da pesquisa e, se for o caso, será elaborada proposta de intervenção visando contribuir para maior efetividade do controle social.

Durante todas as fases do presente, a pesquisa bibliográfica será utilizada para não se perder de vista as bases teóricas em que se firma o trabalho.

E, por fim, após concluído o percurso metodológico apresentado, se desenvolverá o capítulo 5 que versará sobre proposta para intervenção visando a apresentar alternativas para a efetivação dos preceitos da gestão social no controle social das políticas públicas em saúde, com enfoque na legislação que regulamenta as atividades desenvolvidas. E, posteriormente, as considerações finais apresentará uma análise conclusiva acerca de como as políticas públicas se desenvolvem no município no contexto da participação social e lançará bases para o aprimoramento desses instrumentos visando ao planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde capazes de atender o anseio social.

Para desenvolvimento da pesquisa e estudos propostos, o trabalho está estruturado da seguinte forma:

No CAPÍTULO 1, apresenta-se a introdução, onde se abordará a problemática que envolve a pesquisa, os objetivos perseguidos, a justificativa da pesquisa, o percurso metodológico, bem como se apresentará a estrutura do trabalho.

O CAPÍTULO 2, onde se desenvolverá os principais conceitos que nortearão a pesquisa, estabelecendo-se o referencial teórico que servirá de base para a compreensão do tema.

O CAPÍTULO 3, discorrerá acerca da contextualização da política, onde serão tecidas considerações acerca do município onde a pesquisa será realizada,

envolvendo informações de cunho histórico, econômico e ligado aos serviços e equipamentos em saúde disponibilizados à população.

O CAPÍTULO 4, abordará especificamente o controle social das políticas públicas em saúde, objeto principal da pesquisa. Neste tópico será discutido o papel do controle social na confecção, execução e controle das políticas públicas em saúde, realizadas em nível municipal quanto aquelas de nível regional.

No CAPÍTULO 5 e nas Considerações Finais serão apresentadas as premissas firmadas na pesquisa, de forma a verificar o alcance dos objetivos propostos e a resposta ao problema enfrentado, com a apresentação de alternativa ou alternativas para melhor aplicação ou real aplicação dos preceitos da gestão social.

Em sendo assim, o estudo pretende contribuir com o desenvolvimento regional e local para o aprimoramento das políticas públicas em saúde e suas gestões em prol de melhor eficácia em favor da população.

CAPÍTULO 2 - POLITICA PUBLICA EM SAUDE E GESTÃO SOCIAL

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

Discutir políticas públicas ao mesmo tempo que aguça a curiosidade e atenção de alguns, causa grande aversão a muitos, sobretudo, quando a discussão envereda para questões partidárias, corrupção, entre outras.

Tal comportamento se deve à deturpação do conceito de política pública que, na maioria das vezes, está ligado ao conceito amplo de políticas, políticos, entre outros.

PALUDO ensina que o conceito de política pública comporta diferentes expressões. Inicialmente, chama a atenção para o fato de que política é diferente de política pública. A política é ampla, envolve um conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos. (RUA, 2009 *apud* PALUDO, 2013).

Por outro lado, a política pública é mais específica, e envolve soluções e ações. PALUDO (2013, pág. 309), em uma síntese das diversas acepções do termo que a literatura apresenta, conceitua política pública:

Conjunto de meios, decisões e ações, que congregam diferentes atores e concentram esforços, utilizados pelos governos com vistas a mudar uma realidade, efetivar direitos e atender necessidades público-sociais.

Noutra linha de pensamento, PENNA (2011) faz importante observação quanto a ideia que, de maneira geral, se tem acerca do significado da expressão “políticas públicas”. Entende que havia uma concepção antiga, que até nos dias atuais prevalece em regiões do país, onde as políticas públicas se confundiam com favores, benesses ou dádivas concedidas por agentes políticos, investidos em cargos eletivos, dotados de sensibilidade e altruísmo voltados à população.

Esse conceito mítico de política pública encontra-se ultrapassado e defasado pela ordem constitucional estabelecida e pela forma de governo adotada pelo Brasil.

Atrair política pública, seja sua elaboração ou sua implementação, à vontade pura de quem representa o governo e, portanto, está à frente das ações estatais significa desconsiderar os anseios de quem realmente detém o poder, o povo.

Não é outra a acepção da Constituição Federal de 88 que em seu artigo 1^a, parágrafo único, destaca: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”.

Nesse sentido FREIRE Júnior (2005, p. 47) *apud* PENNA (2011, p. 212) ensina:

No plano democrático constitucionalizado, as políticas públicas aparecem como exigência do cidadão à efetivação dos direitos fundamentalizados constitucionalmente, não como mera “medida isolada praticada pelo Estado com o desiderato de dar efetividade aos direitos fundamentais ou ao Estado Democrático de Direito”

Assim, em se tratando de políticas públicas, o cidadão não deve ser tido como mero espectador, pelo contrário, é o personagem principal da sua confecção e implementação.

DIAS e MATOS (2012, p. 12) conceituam o termo políticas públicas da seguinte forma:

São as ações empreendidas ou não pelos governos que deveriam estabelecer condições de equidade no convívio social, tendo por objetivo dar condições para que todos possam atingir uma melhoria da qualidade de vida compatível com a dignidade humana.

Independentemente do conceito de políticas públicas que se adote, o interesse público está sempre presente, e é sua linha norteadora. Não há que se falar em políticas públicas, sem fundamentá-la no atendimento à vontade que é de todos.

A política pública implica, portanto, no estabelecimento de estratégias e a execução de ações voltadas à solução de problemas comuns aos cidadãos ou, pelo menos, à melhoria dos indicadores sociais. Ela deve derivar das decisões tomadas pelo governo, mas com ampla participação da sociedade civil. (DIAS e MATOS, 2012)

2.1.1 Políticas Públicas e Participação Social

Participar, etimologicamente, *significa tomar parte e geralmente refere-se à pretensão dos atores sociais de ter uma quota de poder nos processos sociais que lhes dizem respeito.* (PALMA, 1985 *apud* COHEN e FRANCO, 2007, p.75)

A participação social nas políticas públicas significa propiciar que a sociedade opine e decida desde o planejamento, passando pela confecção, até a execução de determinada estratégia, ação ou programa estatal.

Essa participação social é visível em todas as esferas decisórias no tocante à formulação e implementação das políticas públicas no Brasil, contudo, essa

participação, na maioria das vezes, acaba ocorrendo de maneira indireta. A vontade do povo é refletida, ou pelo menos deveria ser, nas ações dos seus representantes.

Destarte, as decisões tomadas pelo governo e na esfera legislativa possuem legitimidade outorgada pelos cidadãos que, democraticamente, elegeram seus mandatários para ali atuarem. Assim se faz por conta da chamada democracia indireta, adotada no Brasil, em que o povo se vê representado na esfera política por cidadãos que escolheram para exercerem um mandato.

De um ponto de vista meramente formal, distinguem-se, na história das instituições políticas, “a democracia não representativa ou direta, e a democracia representativa — indireta ou semidireta —, que é a democracia dos tempos modernos”. (BONAVIDES, 2000, p. 346)

BOBBIO (2009) apresenta a base para compreensão dessas espécies de democracia. Para ele, a democracia direta estaria configurada, literalmente, a partir da participação de todos os cidadãos em todas as decisões a eles pertinentes. O que na própria visão do renomado pensador italiano, seria uma proposta insensata. A justificativa para essa insensatez por ele apregoada, não diz respeito à participação popular em si, mas sim, de que nos moldes dos Estados da atualidade seria bastante complexo, porque não dizer impossível, reunir todos os cidadãos para a tomada de todas as decisões que lhes afetem.

Esta democracia direta, apesar de tentadora aos olhos dos cidadãos cientes do seu papel político e transformador na sociedade, idealizada por Rousseau, apenas teria efetiva possibilidade de “sair do papel”, em uma pequena comunidade, como era a do modelo clássico por excelência, a Atenas do V e IV séculos. (BOBBIO, 2009)

Noutro lado, a democracia representativa, significa, genericamente, que as deliberações que dizem respeito a toda a comunidade, isto é, à sociedade em geral, são tomadas não diretamente por aqueles que dela fazem parte mas por seus representantes eleitos para esta finalidade. (BOBBIO, 2009)

Esta seria, em primeira análise, a forma comum, mais adotada pelos Estados democráticos e, talvez, a que melhor se adeque aos imperativos da justiça e do atendimento aos anseios da população. Entretanto, algo deve ser levado em conta, ao outorgar o mandato, ou seja, o poder de representação a determinada pessoa, a população que o elegeu deixa de assumir diretamente o papel de gestor dos seus próprios interesses. Assim, caso o eleito, tome atitudes que desagradem a população por ele representada, ainda assim, a legitimidade da sua atuação estaria assegurada.

É por esta razão que existem mecanismos para que a sociedade, mesmo no seio de uma democracia representativa, participe diretamente nas decisões governamentais. Esta participação distinguirá a democracia indireta da semidireta, esta última permite em alguns aspectos a participação direta do povo.

Logicamente, como dito anteriormente, esta participação não se dá em todas as esferas decisórias, mas apenas naquelas de maior relevância.

O que importa frisar é que as hipóteses de participação direta do cidadão não transformam a democracia representativa em direta, afinal, os mandatários continuariam tomando decisões sob o manto da representação.

BOBBIO (2009, pág. 52) alerta para o fato de que entre a forma extremada de democracia representativa e a forma extremada de democracia direta existe um *continuum* de formas intermediárias. Em uma democracia sólida o “meio-termo” é sempre bem-vindo, afinal um sistema de democracia integral pode conter todas as formas, cada uma delas em conformidade com as diversas situações e as diversas exigências, pois existe perfeitamente compatibilidade entre si e afirma:

Democracia representativa e democracia direta não são dois sistemas alternativos (no sentido de que onde existe uma não pode existir a outra), mas são dois sistemas que se podem integrar reciprocamente. Com uma fórmula sintética, pode-se dizer que num sistema de democracia integral as duas formas de democracia são ambas necessárias, mas não são, consideradas em si mesmas, suficientes.

No plano da discussão proposta por Bobbio é possível compreender a existência de várias formas de democracia, cada uma com suas peculiaridades e características. Mas em um ponto todas elas convergem, a participação do povo. Participação que pode se dar em maior ou menor intensidade, seja na simples escolha direta dos seus representantes políticos, seja pela atuação direta nas decisões tomadas.

PATEMAN (1992) dá especial atenção a esta participação do cidadão ao comentar a teoria política de Rousseau, afirmando que o referido filósofo apoiava a sua ideia na participação individual de cada cidadão no processo político de tomada de decisões. Em sua teoria, a participação provoca um efeito psicológico relevante sobre os que participam, garantindo uma vinculação contínua entre o funcionamento das instituições e as qualidades e atitudes dos indivíduos que interagem dentro delas.

O referido autor aprofunda na proposição de uma democracia participativa, cujos contornos possuem especial importância para o presente trabalho. Essa forma

de democracia seria uma saída para a democracia representativa, que encontra-se, a cada dia que se passa, menos representativa dos interesses da sociedade.

A teoria da democracia participativa “é construída em torno da afirmação central de que os indivíduos e suas instituições não podem ser considerados isoladamente” (PATEMAN: 1992, pág. 61). Não basta a existência de instituições que representem, em âmbito nacional, a população, para que a democracia esteja efetivamente presente. O máximo de participação das pessoas, a socialização ou “treinamento social” deve ocorrer também em outras esferas.

Nesse ideal, uma sociedade participativa é pressuposto fundamental para a existência de uma forma de governo realmente democrática. Esta seria a sociedade em que todos os sistemas políticos estariam democratizados, sendo possível a socialização, por meio da participação, em todas as áreas. (PATEMAN, 1992).

Assim, a participação da sociedade elevaria a democracia representativa a um outro patamar. Elevaria a um nível em que os valores insculpidos no espírito da Constituição Federal de 1988 poderiam ganhar corpo e mudar a realidade em que estivessem inseridas.

Ilustrando a ideia de Pateman, BONAVIDES (2001, pág. 44) bem elucida:

Na clássica democracia representativa o povo simplesmente adjetivava a soberania, sendo soberano apenas na exterioridade e na aparência, na forma e na designação; já com a democracia participativa, aqui evangelizada, tudo muda de figura: o povo passa a ser substantivo, e o é por significar a encarnação da soberania mesma em sua essência e eficácia, em sua titularidade e exercício, em sua materialidade e conteúdo, e, acima de tudo, em sua intangibilidade e inalienabilidade; soberania da qual o povo, agora, não conhece senão o nome, a falsa representatividade, o falso testemunho, a falsa valorização.

Nota-se o quanto ganha força a discussão acerca da democracia participativa e o quanto ela é importante para a sociedade em geral, que poderá, através dela, em certa medida, participar efetivamente das decisões governamentais. Em certa medida, vez que, conforme já discutido, a democracia direta pura é algo utópico para o atual nível de complexidade que se encontram os Estados.

Interessante discutir que a democracia participativa não está afastada do ordenamento jurídico regente do Brasil. A Constituição Federal de 1988 traz diversos instrumentos para efetivação dessa socialização das decisões de governo. Esta participação vem consagrada no princípio da soberania popular, art. 14 da Constituição.

Os instrumentos de participação previstos no referido artigo são o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular. Além desses há vários outros, permeados por todo o arcabouço constitucional, por exemplo: o princípio da gestão democrática da seguridade social (previsto no art. 194, parágrafo único, inciso VII da CF/88); o princípio da gestão democrática do ensino público (previsto no art. 206, VI da CF/88), entre outros.

A legislação infraconstitucional, de maneira geral, também aborda o tema, como forma de dar vazão aos preceitos constitucionais da democracia participativa. Destaca-se o Estatuto das Cidades (Lei 10.257/2001), que traz em seu bojo capítulo especial que trata acerca da “gestão democrática da cidade”; a Lei 11.445/2007 (política federal de saneamento básico), que traça o conceito de controle social em seu art. 3º, inciso IV, definindo-o como sendo o mecanismo que garante à sociedade participação na formulação, planejamento e avaliação dos serviços de saneamento básico; entre outras. (CARVALHO FILHO, 2014).

DIAS E MATOS (2012, p. 160) tratam acerca de uma forma de participação social bastante comum nos dias atuais, o orçamento participativo:

Como decorrência desses debates, no âmbito das casas legislativas de todo o país, a democracia se consolidou e novos mecanismos de participação política começaram a aflorar como as experiências de orçamento participativo. Hoje, participação e deliberação estão no centro de um grande debate sobre a renovação da democracia (...)

A Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000), em seu art. 48, parágrafo primeiro, inciso I estabelece que o orçamento participativo, isto é, aquele em que a população é chamada a decidir os rumos das ações estatais, deve ser utilizado como forma de garantir a transparência na gestão pública.

Essa ideia de participação nas políticas públicas está ligada à universalização dos direitos, à expansão dos conceitos de cidadania, levando a uma nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado. Outrossim, a participação social aumenta os canais de expressão para a sociedade e é essencial na condução do Estado. (DIAS e MATOS, 2012)

Dentre essas manifestações de democracia participativa previstos na Constituição e na legislação esparsa, destaca-se e tem especial relevância para o presente, a participação social nas políticas públicas de saúde.

2.1.2 A Participação Social nas Políticas Públicas de Saúde

Como explicitado, a representação popular nem sempre é autêntica e, por vezes, as decisões tomadas não objetivam, no plano prático, o atendimento ao real interesse público. Daí a imperiosa necessidade de cada vez mais buscar-se o aperfeiçoamento de mecanismos capazes de assegurar a participação social de modo direto.

A premissa básica no tocante à saúde, é compreendê-la *como direito de todos e dever do Estado*. Esse mandamento principiológico está grafado no art. 196 da Constituição Federal de 88 que ainda determina sua garantia *mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*.

O destaque que a saúde obteve na Constituição Federal de 88, em meio a outras ações estatais voltadas à seguridade social, só foi possível devido ao movimento de reforma sanitária, que surgiu em meados da década de 1970, desencadeada pelos trabalhadores de saúde que lutaram e se mobilizaram junto a movimentos populares com a firme intenção de reversão do sistema perverso de saúde então vigente. (BRAVO, 2012)

A busca por uma saúde pautada na universalidade e integralidade, aberta à participação social, só foi possível, ao menos do ponto de vista estritamente legal, com a promulgação da Constituição Federal de 88.

A Constituição Federal de 88 em seu art. 198 assegura, enquanto diretriz básica das ações e serviços públicos de saúde, a participação da comunidade, nos seguintes termos:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

(...)

III - participação da comunidade.

Outras duas legislações, no tocante à saúde, abordam aspectos importantes acerca dessa participação: a Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei nº 8.142, de 1990. Esta última trata objetivamente acerca da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as linhas guias e meios para execução deste controle. Interessante aclarar que as políticas públicas em saúde no

Brasil, por determinação constitucional, se desenvolvem no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A partir da publicação dessas duas legislações, conforme o manual “Para entender o controle social na saúde”, elaborado pelo Ministério da Saúde, a atuação da sociedade no sistema de saúde ganhou uma nova dimensão. Segundo o referido manual, a participação social foi expandida, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social”.

2.2 A GESTÃO SOCIAL NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

A participação da população na formulação, implementação e controle da agenda governamental passa necessariamente pela discussão em torno da gestão social. Afinal, é ela quem oferece os subsídios necessários para consolidação dessa união entre o gestor público e o cidadão.

Salutar a definição de gestão social para um melhor entendimento acerca da sua aplicação na seara das políticas públicas em saúde.

Gestão social é o conjunto de processos sociais na qual a ação gerencial se desenvolve por meio de uma ação negociada entre seus atores, perdendo o caráter burocrático em função da relação direta entre o processo administrativo e a múltipla participação social e política. (TENÓRIO, 2000 p.7)

Na gestão social o processo gerencial é participativo, pois a autoridade decisória é compartilhada entre todos aqueles que participam da discussão. Todos têm direito à voz. (TENÓRIO e KRONENBERGER, 2016).

Esse compartilhamento das atribuições decisórias encontra no diálogo o instrumento primordial para o alcance de deliberação voltada ao interesse comum e que obtenha a concordância dos partícipes.

TENÓRIO (1998), com muita propriedade, expõe que a gestão social é um processo que deve ser realizado de maneira dialógica, ou seja, através da comunicação entre os participantes da discussão. Diferenciando-a da gestão estratégica, à medida em que esta é uma ação utilitarista, implementada através da interação entre duas ou mais pessoas, mas que na relação uma delas possui autoridade sobre as demais, seria ainda fundada no cálculo de meios e fins.

A gestão social estaria em contraposição à gestão estratégica, uma vez que tenta substituir a gestão tecnoburocrática, monológica, por um gerenciamento

participativo, de interação entre os sujeitos, no qual o processo decisório é exercido por meio de diferentes sujeitos sociais (TENÓRIO, 1998).

Desta forma, no seio da gestão social os atores buscam a efetivação das propostas a partir da discussão, em consenso. Não há a imposição de uma ou outra ideia, na verdade o que existe, é um processo em que todos podem expor a sua argumentação e, ao final, a última decisão será baseada na vontade coletiva.

TENÓRIO (1998) faz um importante paralelo entre a gestão social e a cidadania deliberativa, expondo que na relação Sociedade-Estado, a gestão social e a cidadania deliberativa sugerem que o cidadão, ao compreender a importância do seu papel na organização da sociedade, deve agir não somente como contribuinte, eleitor, mas sim como “ator principal”. Deve ter presença ativa e solidária nos destinos de sua comunidade.

Percebe-se claramente que os conceitos de democracia participativa e gestão social, à luz do que expõe Tenório, se entrelaçam. A democracia participativa, para ser plena, deve utilizar-se da gestão social para empreender discussão e deliberação racional e dialógica. Nesse agir comunicativo, a decisão no contexto da interação entre os cidadãos aufere a legitimidade necessária para sua execução.

É possível vislumbrar indícios de aplicação dos conceitos básicos da gestão social às políticas públicas em saúde ao verificar-se a participação social prevista formalmente pelo ordenamento jurídico brasileiro. A própria Constituição Federal de 1988 possui mecanismos neste sentido.

Essa participação social nos rumos da saúde, garantida constitucionalmente, é primordial, já que se trata de um direito fundamental ou, nas palavras de NOVELINO (2013, pág. 902):

Por ser indissociável do direito à vida e da dignidade da pessoa humana, o direito à saúde possui um caráter de fundamentalidade que o inclui, não apenas dentre os direitos fundamentais sociais (CF, art. 6.º), mas também no seletor grupo de direitos que compõem o *mínimo existencial*.

A efetiva participação da sociedade nas deliberações e, sobretudo, na fiscalização das atividades desenvolvidas pelo Estado, como visto, é realizada através do chamado controle social.

CARVALHO FILHO (2014, p. 962) elucida de maneira bastante objetiva e clara os contornos do controle social:

Modernamente as normas jurídicas, tanto constitucionais como legais, têm contemplado a possibilidade de ser exercido controle do Poder Público, em qualquer de suas funções, por segmentos oriundos da sociedade. É o que se configura como controle social, assim denominado justamente por ser uma forma de controle exógeno do Poder Público nascido das diversas demandas dos grupos sociais.

O que o autor traz com bastante propriedade é o ponto crucial para entendimento acerca do controle social. Nota-se, no recorte em destaque, que o controle é voltado à atividade do poder público e origina-se no bojo da sociedade.

Discutir acerca do controle social, significa, portanto, discutir as demandas da sociedade, no caso, voltadas à atividade exercida pelo Poder Público. É através deste instrumento, que se permite a efetiva participação dos cidadãos em geral no processo de exercício do poder, o que se constitui, indubitavelmente, em poderosa ferramenta para a democracia. (CARVALO FILHO, 2014).

O controle social, portanto, deve primar pela utilização dos instrumentos da gestão social para que tenha êxito no seu intento e, por outro lado, encontra seu fundamento na própria democracia. Não seria possível cogitar em governo que se abre à participação popular em países que se vinculem a ditaduras e outras formas de governo despóticas ou autocráticas.

Destaca-se que a finalidade maior do controle é a de garantir que o poder público atue em conformidade com os princípios que lhe são impostos pela Constituição, como os da legalidade, moralidade, finalidade pública, publicidade, motivação, impessoalidade. Em determinadas circunstâncias, vincula até mesmo o controle chamado de mérito e que diz respeito aos aspectos discricionários da atuação administrativa. (DI PIETRO, 2014)

Seguindo esse pensamento, BRAVO (2012, p.52):

Concebe-se o controle social não somente como uma luta legal por um direito adquirido, mas como a potencialidade e a criatividade dos usuários na elaboração de política, já que são estes os que realmente sabem, por perceberem no cotidiano como deve ser uma política pública de saúde e quais as falhas atuais dos serviços de saúde.

A Lei 8.142/1990, trata especificamente acerca do controle social e, com a firme intenção de materializar as disposições atinentes ao Sistema Único de Saúde de participação da comunidade, estabelece, em seu art. 1º, duas instâncias colegiadas: as conferências de saúde e os conselhos de saúde.

A criação dessas instâncias guarda lógica com pelo menos três ideias principais. NORONHA *et al* (2012, pág. 380):

1) a necessidade de concretização do controle social, que expressa o objetivo de controle da sociedade sobre o poder público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa); 2) o esforço de construção de uma gestão participativa, que pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhado com a sociedade; 3) a necessidade de propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo)

Assim, é através das conferências de saúde e dos conselhos de saúde que, em tese, a gestão social se efetiva no seio das políticas públicas de saúde, através do chamado controle social.

As conferências de saúde possuem como objetivo fundamental a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, devendo ser realizadas nacionalmente a cada quatro anos e contar com ampla participação da sociedade, com representação dos usuários paritária à dos demais segmentos (representantes do poder público, dos profissionais da saúde, dos prestadores - de serviços), conforme art. 1º, §§1º e 4º da Lei 8.142/99.

Já os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, conforme art. 1º, §§2º e 4º da Lei 8.142/99.

Na formulação de políticas, os conselhos devem atuar de maneira propositiva. Buscando a constante interação com o gestor do SUS naquela esfera (que tem assento no Conselho de Saúde – o gestor no âmbito municipal: secretário municipal de saúde; em âmbito estadual: secretário de estado de saúde; e em âmbito federal: ministro da saúde) e com o poder legislativo. Já em relação ao controle da execução das políticas, deve ser realizado através do acompanhamento permanente das ações implementadas e sua coerência com os princípios do SUS e as necessidades de saúde da população. (NORONHA *et all*, 2012).

As conferências e os conselhos de saúde deverão se organizar segundo um regimento próprio, onde estarão estabelecidas as normas gerais de funcionamento, aprovadas pelo respectivo conselho.

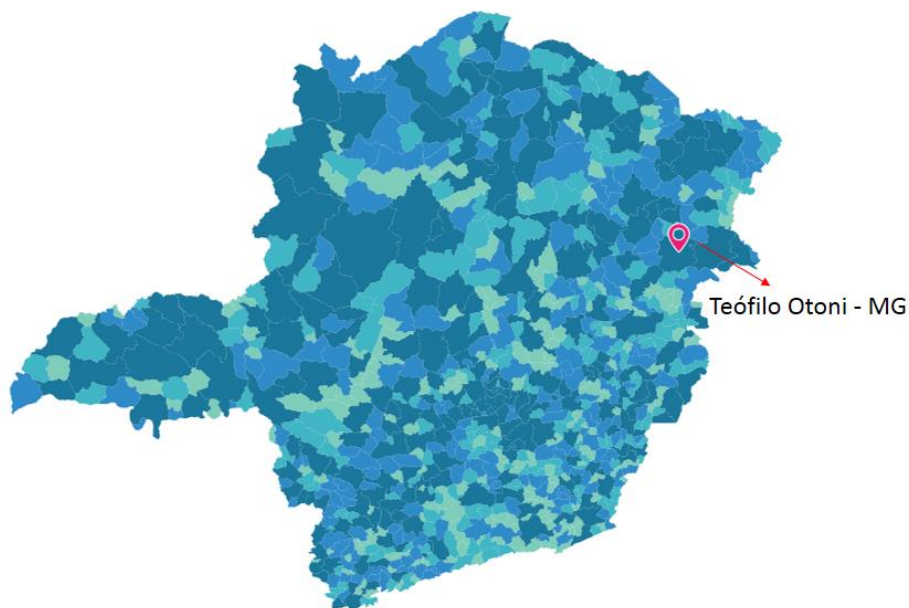
Na seara do controle social, ratifica-se a lição de CARVALHO FILHO (2014), quando aponta para a necessidade de que o Poder Público reduza cada vez mais sua postura de imposição vertical. Afinal, não há espaço para o controle social exercido dentro dos preceitos da gestão social, nos locais em que o poder público impõe as decisões e os limites para a discussão.

CAPÍTULO 3 - REGIONALIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA

O presente trabalho busca apresentar uma reflexão acerca da atuação da população no tocante às políticas de saúde, com enfoque específico, no município de Teófilo Otoni que possui posição geográfica e serviços que o coloca como referência, sobretudo na área da saúde, para várias cidades do vale do Mucuri e Jequitinhonha.

O município de Teófilo Otoni – MG, foi fundado em 07 de setembro de 1853 e localiza-se na mesorregião do Vale do Mucuri (figura nº 01), do Estado de Minas Gerais. Sua emancipação se deu em 09 de novembro de 1878, tendo uma área de 3.242,27 km².

Figura nº01 – Localização do Município de Teófilo Otoni no estado de Minas Gerais.



Fonte: IBGE¹ (adaptado pelo autor) 10/04/2018

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)², a população do município em 2010 (último censo) era de 134.745 habitantes, sendo 81,69% residentes em área urbana. A população estimada em 2017 já é de 141.934 (cento e quarenta e um mil, novecentos e trinta e quatro) habitantes. Apresenta IDH (índice de

¹ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/teofilo-otoni/panorama>. Acesso em 10/04/2018.

² Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/teofilo-otoni/panorama>. Acesso em 10/04/2018.

desenvolvimento humano) de 0,701. Ainda não há dados atualizados para o ano de 2018.

Para o município, em busca de serviços de saúde, converge uma população oriunda de outras cidades que não possuem serviços de saúde com a complexidade necessária para atendimento à sua população.

O município está habilitado para realizar a gestão das Unidades Prestadoras de Serviços do seu território. Pertence à região de saúde de Teófilo Otoni / Malacacheta / Itambacuri e é polo da região ampliada de saúde Nordeste. Essa região ampliada possui uma população estimada de 917.594 habitantes (MALACHIAS *et al*, 2010). A publicação leva em conta a estimativa da população em 2009. Atualizando esses números para a estimativa da população no ano de 2017, conforme dados do IBGE³, alcança-se a população estimada de 937.274 habitantes.

Segundo o plano diretor de regionalização do Estado de Minas Gerais, Teófilo Otoni é polo dessa região que engloba 63 municípios, os quais organizados em oito regiões de saúde, a saber: Águas Formosas, Almenara, Araçuaí, Itaobim, Nanuque, Padre Paraíso, Pedra Azul, Teófilo Otoni / Malacacheta / Itambacuri. (MALACHIAS *et al*, 2010)

Os estabelecimentos em saúde existentes no município são muitos. Em levantamento feito junto ao cadastro nacional de estabelecimentos em saúde (CNES)⁴ foram verificados os seguintes: trinta e três PSF's (Programa Saúde da Família), quatro unidades básicas de referência e as seguintes unidades que oferecem atendimento em média e alta complexidade: quatro unidades hospitalares (Hospital Bom Samaritano, Hospital Santa Rosália, Hospital Filadélfia e Hospital Municipal Dr. Raimundo Gobira), uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas – UPA, nove laboratórios de análises clínicas, um laboratório de patologia clínica, um laboratório macrorregional (gestão estadual), uma policlínica municipal, uma clínica de oncologia, um centro de especialidade odontológicas, um centro de atenção psicossocial – álcool e drogas (CAPS-AD), um centro de atenção psicossocial tipo II (CAPS II), uma clínica de serviços audiológicos, duas clínicas de fisioterapia, duas clínicas de diagnóstico por imagem, uma unidade de serviços especializados, uma farmácia popular, um centro de especialidades (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE), um centro de referência integrado Viva Vida e HiperDia Minas, uma central de

³ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 15/09/2017.

⁴ Disponível em: <http://cnes.saude.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em 20/09/2017

regulação médica das urgências (que gerencia o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU) e uma central de regulação do acesso/internação hospitalar (gestão estadual). Encontra-se em construção o Hospital Regional de Teófilo Otoni, obra realizada pelo Estado de Minas Gerais.

Todo esse aparato está à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS), com gestão municipal, para atendimento não só à população local, mas também a toda região referenciada, dentro das normas do PDR (Plano Diretor de Regionalização).

Como as políticas públicas em saúde definidas no município alcançam uma população que extravasa os seus limites territoriais, a definição acerca da agenda governamental, bem como a referente à implementação e avaliação está sujeita a complexas discussões.

Daí a necessidade de se abrir o campo da participação popular ou, pelo menos, otimizar esses instrumentos no intuito de propiciar políticas públicas em saúde capazes de atender com maior efetividade ao interesse público.

Um dos principais instrumentos norteadores das políticas em saúde do município, além do PPA (Plano Plurianual), LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) e LOA (Lei Orçamentária Anual), é o Plano Municipal de Saúde.

3.1 - PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Para a Administração Pública em geral, o plano plurianual, a lei de diretrizes orçamentárias e a lei orçamentária anual, como citado anteriormente, são os principais instrumentos de planejamento. Porém, no que tange à área de saúde, há outros importantes instrumentos que devem ser utilizados.

Assim, o Plano de Saúde, juntamente com a programação anual e o Relatório de Gestão são os principais instrumentos de planejamento no SUS. *Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.* (BRASIL, 2016, P. 102)

Dos instrumentos citados, o plano de saúde deve ser enfatizado e aprofundado com maior propriedade, tendo em vista, que sua análise guarda estrita compatibilidade com o objeto do presente estudo.

Tal importância fica ainda mais evidente quando verificado o que dispõe o art. 36, §1º da Lei 8.080/90: “Os planos de saúde serão a base das atividades e

programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”.

Nesse sentido, o plano de saúde:

É o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. É o plano de saúde que norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde. (BRASIL, 2016, P. 105)

Todo esse destaque demanda que o gestor em saúde envide esforços no sentido de possibilitar a construção de um plano de saúde que abarque as reais necessidades dos cidadãos que serão diretamente e indiretamente afetados pela sua execução.

Não há uma legislação específica que trata da questão, mas é possível citar vários estatutos legais que abordam a matéria como a Lei 8.080/90, a Lei Complementar 141/2012, o Decreto Federal 7.508/2011, Portaria 2.135/2013 do Ministério da Saúde, entre outros.

Assim como o Plano Plurianual, o plano de saúde deve ser construído no primeiro ano do mandato e vigorará por 04 (quatro) anos, alcançando, portanto, o primeiro ano do mandato subsequente, é o que determina o preceito contido no art. 3º da Portaria 2.135/2013 do Ministério da Saúde.

O §3º do art. 3º da Portaria acima citada discorre acerca dos demais parâmetros que devem ser levados em consideração na construção do plano:

Art. 3º (...)

§ 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:

- a) estrutura do sistema de saúde;
 - b) redes de atenção à saúde;
 - c) condições socio sanitárias;
 - d) fluxos de acesso;
 - e) recursos financeiros;
 - f) gestão do trabalho e da educação na saúde;
 - g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;
- II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e
- III - o processo de monitoramento e avaliação.

Todo esse processo de levantamento de dados e confecção do plano deve revestir-se de ampla publicidade e participação da comunidade. O art. 31, parágrafo único, da Lei Complementar 141/2012 ratifica tal questão.

De acordo com a Portaria nº 2.135, de 2013, a elaboração do Plano de Saúde deve conter minimamente a seguinte estrutura: período de vigência; identificação do município; ato do conselho de saúde que avalia o plano; análise da situação de saúde com base no mapa da saúde; diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e monitoramento e avaliação.

Cada ente federado deve confeccionar seu próprio plano de saúde. Há, portanto, o Plano Nacional de Saúde, o Plano Estadual de Saúde e o Plano Municipal de Saúde. Este último merece um aprofundamento maior no que tange ao Município pesquisado.

O plano de saúde em vigência no município de Teófilo Otoni – MG foi aprovado no ano de 2017, para vigorar de 2018 até 2021. Ele traça uma análise situacional da saúde no município envolvendo diversos eixos, desde a atenção primária até o nível da gestão.

No capítulo 1, o Plano Municipal de Saúde aponta as características gerais do município, como a localização, limites, distritos e um pouco da história de sua fundação. No capítulo 2 é feita uma breve apresentação da secretaria municipal de saúde, onde foram explicitadas questões atinentes à sua criação, que se deu em 16 de maio de 1974, através da lei municipal 1.512/1974.

No capítulo 2 foi estabelecida ainda a missão da secretaria municipal de saúde, enquanto órgão gestor do SUS:

Planejar, executar e gerir os serviços de saúde em consonância com os princípios do SUS, buscando excelência nas ações direcionadas a integralidade na saúde e qualidade de vida dos cidadãos. Promover saúde para todos com qualidade.

O capítulo 3 apresenta a análise da situação em saúde, onde são destacados os determinantes e condicionantes da saúde na região, além dos aspectos econômicos, demográficos e hábitos que influenciam nas condições dos serviços e da saúde da população.

Os dados epidemiológicos são também referenciados nesse capítulo, que se encerra com a taxa de mortalidade do município. Neste ponto, verifica-se que, conforme aludido pelo plano de saúde, o município amarga a pior taxa de mortalidade infantil do estado de Minas Gerais, qual seja, 16 óbitos por mil nascidos vivos. O que aponta para a necessidade de medidas estruturantes para fazer frente a tal demanda.

O acesso às ações e serviços de saúde é evidenciado no capítulo 4, enquanto os demais capítulos abarcam as demais áreas de atuação do SUS local, tais como a saúde do trabalhador, vigilância sanitária, ouvidoria, entre outras.

O capítulo 8 trata especificamente do controle social, porém, não tece detalhes acerca do conselho municipal de saúde e da conferência municipal de saúde capazes de elucidar a esfera e forma de atuação desses órgãos. Nesse capítulo, são discriminadas competências do conselho que não se coadunam com aquelas estabelecidas pela legislação que regulamenta a sua atuação, a lei municipal 3.406/91.

O capítulo 15 tratou de estabelecer as diretrizes, objetivos, estratégias e ações necessárias ao aperfeiçoamento dos serviços de saúde e à criação de outros necessários à população, além de prever a organização de vários setores do SUS.

Dentro do planejamento estabelecido no Plano, possui maior relevo para o presente trabalho, o objetivo dez da diretriz um, que dispõe acerca dos mecanismos de participação social no SUS. O plano de saúde assim estabelece:

Objetivo 10: Aperfeiçoar os mecanismos de participação social no SUS.
Estratégias: Estimular a criação e o funcionamento dos conselhos locais de saúde em 100% das unidades de saúde; fortalecer o Planejamento Local, com a participação efetiva do Conselho Municipal de Saúde, como Política da SMS.

O objetivo 10 possui outras estratégias e cada estratégia possui um número variável de ações necessárias à concretização da proposta. Contudo, as duas estratégias acima elencadas fortalecem a ideia central apresentada no presente trabalho.

Aperfeiçoar os mecanismos de participação social é objetivo que deve estar presente na gestão do SUS, tendo em vista ser essa sua *pedra angular*. Mas para a eficácia dessa proposição é necessário lançar mão do diálogo e da participação horizontalizada da sociedade, o que é possível mediante a aplicação dos princípios da gestão social.

CAPÍTULO 4 - CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI – MG

No município de Teófilo Otoni-MG a legislação que implementou o controle social das políticas públicas em saúde é da década de 90. A lei municipal 3.406 de 1991 instituiu o Conselho Municipal de Saúde, a Conferência Municipal de Saúde e os Conselhos Distritais de Saúde.

Tal legislação trouxe significativo avanço na sistemática do planejamento e execução das ações de saúde, pois significou a transição entre um modelo centralizador de tomada de decisões, focado unicamente na vontade dos gestores públicos para um modelo mais aberto e inclusivo.

Essa lei municipal estabeleceu ainda os contornos gerais nos quais deveriam assentar a atuação desses órgãos, visando propiciar a efetiva participação da população no planejamento, implementação, execução e avaliação das políticas em saúde do município.

4.1 - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEÓFILO OTONI

O Conselho Municipal de Saúde é o órgão de referência no controle social das políticas em saúde. Em Teófilo Otoni ele foi instituído formalmente no ano de 1991, através da lei municipal nº 3.406/91.

Conforme o art. 2º da lei acima citada, o Conselho Municipal de Saúde de Teófilo Otoni - MG é órgão de caráter permanente e deliberativo e possui as seguintes funções:

Art. 2º (...)

I- definir as prioridades municipais de saúde;

II- estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração e aprovar o Plano Municipal de Saúde- PMS a Programação Orçamento de Saúde- PROS, o Plano de Carreira, Cargas e Salários PCCS, Planos de Aplicação e Relatórios de Gestão de Desempenho Assistencial;

III- atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde;

IV- estabelecer critérios para as programações e execuções financeiras e orçamentário do Fundo Municipal de Saúde através do acompanhamento e fiscalização da movimentação e destinação dos recursos através dos instrumentos;

a) Relatórios de Prestação de Contas.

V- definir critérios de qualidade, fiscalizar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas, integrantes do SUS municipal;

VI- colaborar com a União, Estado e outros Municípios, no planejamento e organização da rede regionalizada por níveis de atenção à saúde, bem como na execução da Vigilância Epidemiológica e Sanitária, nos âmbitos municipais e estaduais;

VII- participar da fiscalização, controle e avaliação das agressões ao meio ambiente, inclusive de trabalho, que tenha repercussão sobre a saúde humana;

VIII- definir critérios para a celebração dos contratos ou convênios entre o setor público e entidades privadas ou filantrópicas de saúde, no que tange à prestação de serviços;

IX- discutir o Sistema Municipal de Saúde, integrando e articulando recursos humanos e materiais objetivando a cobertura total da população;

X- definir necessidades e articular a formação de consórcios e intermunicipais de saúde;

XI- garantir uma ampla divulgação das deliberações e ações a serem desenvolvidas na área de saúde;

XII- outras atribuições gerais estabelecidas em leis complementares.

Pelas funções delineadas na lei é possível perceber o grau de importância do conselho municipal nas políticas públicas de saúde para o município. Afinal, todo o processo de construção, execução e avaliação das políticas em saúde passam pelo crivo desse importante órgão do controle social.

O conselho, portanto, instrumentaliza uma das formas de controle social, ou seja, possibilita a efetiva participação da sociedade na política pública em saúde do município. Isto se deve ao fato da sua diversificada composição.

Nas palavras de COSTA E VIEIRA (2012, pág. 36):

Definidos como órgãos colegiados integrantes do Poder Executivo de natureza deliberativa e fiscalizadora, os conselhos de saúde constituem mecanismos institucionalizados de participação social no interior de entes da Administração Pública Direta.

O art. 3º da lei municipal 3.406/91 trata acerca da composição do conselho. Por ela o conselho deve ser composto por 28 (vinte e oito) membros, com mandato de 02 (dois) anos, indicados pelo Prefeito Municipal, pelas entidades prestadoras de serviços na área de saúde, pelos profissionais de saúde e pelos usuários do sistema de saúde assim discriminados:

Art. 3º (...)

I - 3 (três) representantes do Governo Municipal, indicados pelo Prefeito dentre os quais, necessariamente, o Secretário Municipal de Saúde;

II- Representante do SUS no âmbito estadual;

III- Representante do SUS no âmbito federal;

IV- Representante dos hospitais filantrópicos;

V- Representante dos hospitais privados;

VI- Representante do SINDI- SAÚDE;

VII- representante dos trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde;

VIII- 01 (um) representante de cada uma das seguintes associações de classe dos profissionais de saúde legalmente constituídas no município;

– Associação dos Enfermeiras do Nordeste Mineiro;

– Associação Brasileira de Odontologia;

– Sociedade de Medicina e Cirurgia de Teófilo Otoni;

– Sociedade Regional de Medicina Veterinária do Mucuri.

IX- 01 (um) representante de cada Conselho Distrital, obedecendo os critérios de referência do Plano Municipal de Saúde.

O caput do referido artigo estabelece ainda que o Conselho deve ser, necessariamente, presidido pelo Secretário Municipal de Saúde, o que não deixa margem à atuação de outro conselheiro especificamente nesse cargo.

O parágrafo primeiro do art. 3º assegura a participação paritária dos usuários do SUS em relação ao conjunto de demais segmentos representados, de acordo com o que determina o art. 1º, §4º da Lei Federal 8.142/90.

Observa-se que, em muitos aspectos, houve uma preocupação do legislativo municipal em propiciar a participação dos usuários do SUS, por outro lado, fez-se a opção por restringi-la no tocante à direção das discussões, vez que apenas o secretário de saúde poderia ocupar a função de presidente.

Neste ponto, existe um grande entrave à idealização de uma discussão seguindo os pilares da gestão social. Afinal, a proibição de participação dos demais membros do conselho, sobretudo os que representam os usuários do SUS, ao principal cargo diretivo acaba por deturpar o ideal de controle social.

É complexa a missão de estabelecer um diálogo democrático onde a principal função é determinada pela vontade de uma pessoa e não pelo encontro de vontade de todos, o que ocorreria na hipótese de eleição.

Mesmo respeitando-se a paridade na composição do conselho, não há como negar que por força das atribuições a ele outorgadas pela lei municipal 3.406/91, as discussões e proposições realizadas no conselho sofrem a influência direta do presidente.

Ademais, esta determinação viola frontalmente a terceira diretriz da Resolução 453/2012 emanada pelo Conselho Nacional de Saúde, que assim estabelece:

(...) Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. (...)

Diante do texto destacado é possível perceber a preocupação do Conselho Nacional de Saúde com as discussões realizadas nas demais esferas federativas, principalmente no que diz respeito a determinação das funções dentro dos conselhos.

Como visto, o presidente deve ser eleito, ou seja, deve passar por um processo em que todos os conselheiros serão chamados a votar e qualquer deles poderá pleitear o cargo.

Dessa forma, haveria espaço para o diálogo e para a discussão aberta, fomentando a gestão social, enquanto técnica para efetivação do controle social.

Outros municípios do estado de Minas Gerais possuem legislações adequadas aos conceitos norteadores dessa participação, dos quais cito Belo Horizonte, capital do estado. Este município previa, originalmente em sua legislação, que o secretário municipal de saúde obrigatoriamente ocuparia a função de presidente do conselho. Esta era a dicção do art. 3º da lei municipal 5.903/91 daquele município.

Posteriormente, a lei 7.536/98 do município de Belo Horizonte alterou o art. 3º da lei acima citada, permitindo que qualquer membro do conselho pudesse candidatar-se à função de presidente.

No município de Juiz de Fora, localizado na zona da mata do Estado, a situação não foi diferente. A lei 8.076/92 desse município também previa em seu art. 4º §2º a reserva do cargo de presidente do conselho ao secretário municipal de saúde. O que foi alterado pela lei 8.855/96.

Ao contrário dos municípios citados e de tantos outros Brasil afora, o município de Teófilo Otoni mantém sua legislação estanque desde o ano de 1991, o que clama por mudanças a fim de se alcançar o ideário da gestão social.

Além da lei municipal 3.406/91, o conselho municipal de saúde possui outro importante instrumento regulador de suas atividades, o regimento interno. No mês de outubro do ano de 1992 foi aprovado o primeiro regimento interno do conselho onde foram estabelecidos detalhes acerca do seu funcionamento.

Nesse regulamento foram estabelecidas as funções das diversas comissões e funções internas como a secretaria executiva, a comissão fiscal, entre outras.

Foram estabelecidas as formalidades inerentes à realização das reuniões; os critérios para convocação de reuniões extraordinárias e especiais; a ordem e tempo para os debates; procedimentos para proposição, deliberação e votação.

Em linhas gerais, o regimento interno tratou de especificar questões práticas e operacionais não abordadas de maneira específica pela lei instituidora.

No referido instrumento ganha especial destaque as disposições referentes aos chamados *Conselhos Distritais*. Esse destaque se deve à importância dessas

instâncias deliberativas para as discussões em torno dos problemas e possíveis soluções na área da saúde.

Em tese, o conselho distrital seria a instância para deliberação no âmbito do Distrito Sanitário. Por sua vez, o Distrito Sanitário representa uma divisão interna do município, com a finalidade de melhor organizar as ações e serviços em saúde naquela área específica.

Outrossim, um município poderia ser dividido em vários distritos sanitários, organizados segundo as diretrizes organizativas do próprio ente. Como exemplo, cite-se o município de Belo Horizonte cujos distritos sanitários são divididos levando em consideração os bairros que compõem as diversas regiões da capital mineira.

Para ALMEIDA (1998, pág. 21):

A compreensão do Distrito Sanitário pode abranger duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão.

Os Conselhos Distritais possuem grande importância nas discussões ligadas à saúde, pois refletem a realidade vivenciada pelos moradores das regiões representadas. Daí a necessidade de se assegurar a eles uma *cadeira* no conselho municipal de saúde.

À época, o regime interno estabeleceu, em conformidade com o inciso IX do art. 3º da lei municipal 3.406/91, as áreas do município de Teófilo Otoni alcançadas pelos conselhos distritais, cujos representantes possuíam assento no conselho municipal, da seguinte forma:

- Conselho Distrital Central
- Conselho Distrital de Maravilha
- Conselho Distrital de Mucuri
- Conselho Distrital de Belo Oriente
- Conselho Distrital de Americaninha
- Conselho Distrital de Pedro Versiani
- Conselho Distrital de Poton
- Conselho Distrital do São Jacinto
- Conselho Distrital do Palmeiras
- Conselho Distrital da Vila Barreiros
- Conselho Distrital da Vila Verônica
- Conselho Distrital do São Critóvão
- Conselho Distrital da Vila São João
- Conselho Distrital da Bela Vista

Em 1997 o regime interno foi alterado. Entre as alterações, foram excluídos os conselhos distritais de Belo Oriente e Americaninha em virtude da emancipação política do distrito, atualmente município de Novo Oriente de Minas. Também foi excluído o conselho distrital de Pedro Versiani. Foram acrescentados os conselhos distritais de Topázio, Laginha e Brejão.

A figura nº 02 (pág. 46) representa as áreas na zona urbana do município abrangidas pelos conselhos distritais com base neste regimento.

Importante destacar que o regimento interno estabeleceu as áreas abrangidas pelos conselhos distritais, porém, o município não chegou a implantar os distritos sanitários. Desta forma, havia um conselho que representava interesse de determinado bairro específico, enquanto outros não possuíam representação, tendo em vista a lógica de organização utilizada.

Toda essa estrutura foi alterada com a vigência do regimento interno atual, aprovado em novembro de 2017. Analisando-se tal documento, verifica-se que as inovações produzidas em seu corpo demonstram avanços significativos na atuação do controle social, porém, várias das propostas ali reproduzidas trouxeram perdas à participação social plena no âmbito do conselho, conforme se verá a seguir:

Inicialmente, é de bom alvitre ressaltar que existe divergência insanável na esfera administrativa entre as disposições do regimento e da lei municipal que lhe dá fundamento a lei 3.406/91. O que se nota é uma incompatibilidade entre os dois regramentos, que carece de atenção do conselho e dos gestores municipais.

Houve, no caso concreto, uma inversão das etapas. A necessidade de readequação das normas aplicáveis às atividades do conselho municipal de saúde primeiro deveriam ser regulamentadas em lei municipal para depois passar à elaboração e aprovação do regimento interno pelos conselheiros.

O regimento vigente é bastante complexo e legítima várias diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde em sua resolução 453/2012. Cite-se, por exemplo, a supressão da exclusividade da função de presidente do Conselho ao Secretário Municipal de Saúde.

O regimento interno vigente também ampliou a participação dos usuários do SUS no conselho. Anteriormente o número de conselheiros titulares era 28, no atual regimento passou a 42.

Outra modificação interessante é a criação de conselhos locais para discussão de questões pontuais nas unidades de saúde, o que implica uma maior abrangência das atividades do Controle Social, porém, não há previsão de participação de representantes desses órgãos no Conselho Municipal de Saúde.

Por outro lado, o novo regimento modificou a forma de representação dos usuários do SUS no conselho. Anteriormente, como já visto, os usuários do SUS se faziam representar no conselho não só através de associações e movimentos, mas também através dos chamados conselhos distritais.

Desta forma, qualquer pessoa, ainda que não integrante de entidade específica poderia pleitear sua participação no conselho municipal de saúde através do conselho distrital, que à época compreendia alguns bairros da cidade. Esta forma de representação prestigiava o diálogo aberto e democrático preconizado pela gestão social.

A partir da aprovação do regimento vigente, a representação dos usuários do SUS passou a se dar, unicamente, através de associações e movimentos representativos desse segmento. Assim, para participar do conselho, o cidadão deve necessariamente integrar o quadro social de alguma dessas entidades.

Essa forma representativa acaba por restringir a participação social e, conseqüentemente, afastar a população em geral, das discussões em torno das políticas públicas em saúde.

A representação do segmento “usuários do SUS” ficou assim determinado no novo regimento:

Art. 3º - (...)

III – Representantes do segmento de Entidades de Usuários do SUS

- a) 01 (um) representante do Sindicato dos Trabalhadores da Educação – SIND-UTE;
- b) 01 (um) representante dos Movimentos Populares de Teófilo Otoni;
- c) 01 (um) representante da Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental;
- d) 01 (um) representante dos Povos Indígenas;
- e) 02 (dois) representantes das Associações de Moradores
- f) 01 (um) representante das Entidades Religiosas;
- g) 01 (um) representante das Associações de Portadores de Deficiência ADEFITO;
- h) 01 (um) representante da ADORETO
- i) 01 (um) representante da ASCANOVI
- j) 01 (um) representantes da Associação Comercial de Teófilo Otoni
- k) 01 (um) representantes da Federação das Câmaras dos Dirigentes Lojistas - CDL
- l) 01 (um) representante da Federação dos Aposentados e Pensionistas
- m) 01 (um) representante dos Quilombolas
- n) 01 (um) representante da UFVJM
- o) 01 (um) representante da CUT
- p) 01 (um) representante do Conselho do Idoso
- q) 01 (um) representante dos Trabalhadores Rurais
- r) 01 (um) representante da Associação de Prevenção e Combate ao Câncer APRECC
- s) 01 (um) representante da Pessoa Privada de Liberdade
- t) 01 (um) representante da GEPAF

Com a exclusão dos conselhos distritais retira-se das discussões no conselho os representantes que, ao menos em teoria, possuem um conhecimento maior acerca da realidade vivenciada pelos usuários do SUS em todos os cantos do município.

Destaque-se, por exemplo, as alíneas *k* e *j* do art. 3º, inciso III do regimento interno (acima citado), onde reserva-se espaço no conselho a um representante da associação comercial e da federação das câmaras de dirigentes lojistas.

Não se discute o fato de esses representantes possuírem ou não conhecimento acerca das normas que regem o SUS, o que se apresenta neste momento, é a capacidade e sensibilidade para entenderem as medidas necessárias para aperfeiçoar as políticas de saúde. O que clama, neste círculo dialógico, por pessoas que tenham conhecimento e vivência nos serviços e políticas implementadas pelo SUS, o que *a priori* não se verifica no caso.

Em síntese, não obstante carecer de fundamento jurídico, pois aprovada em dissonância com o que estabelece a lei municipal 3.406/91, as principais inovações perpetradas pelo Regimento Interno e que denotam avanços no Controle Social foram:

- Supressão da exclusividade da função de presidente do Conselho ao Secretário Municipal de Saúde e a criação de Conselhos Locais.

Em outra vertente, o Regimento Interno vigente excluiu os chamados Conselhos Distritais e determinou que a representação dos usuários do SUS deverá se dar apenas através de associações e movimentos, o que, à luz dos preceitos da gestão social acaba por representar um entrave à participação da população em geral.

4.2 - CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A lei municipal 3.406/91 estabelece em seus arts. 21 a 24 que a Conferência Municipal de Saúde, seguindo determinação do art. 1º §1º da Lei 8.142/90, será realizada a cada quatro anos para que os diversos segmentos da sociedade e governo discutam e tracem o planejamento das políticas públicas em saúde:

Art. 21- A Conferência Municipal de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da Política de Saúde do município, convocada pelo Poder Executivo, ou a qualquer tempo, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 22- A representação dos usuários na Conferência Municipal de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 23- A Conferência Municipal de saúde terá sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

A organização da conferência de saúde passa, inicialmente, pela aprovação do seu regimento pelo conselho municipal de saúde. Neste documento são estabelecidos os procedimentos para realização das reuniões, votação e encaminhamento das proposições, bem como para eleição de delegados.

Via de regra, acontecem reuniões setorializadas em todo o município, envolvendo os diversos bairros existentes, chamadas de pré-conferências.

Nestes espaços são discutidas as demandas daquela região e votadas as propostas mais relevantes que serão encaminhadas para discussão e aprovação na plenária final.

Nas pré-conferências serão eleitos cidadãos que representarão aquela região, defendendo suas propostas, na reunião final.

No ano de 2017, o município de Teófilo Otoni – MG realizou a sua décima Conferência Municipal de Saúde, tendo seu regimento aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde no dia 24 de julho de 2017.

O regimento da décima conferência de saúde, único analisado, tendo em vista a fragilidade dos arquivos do setor público municipal, envolveu apenas disposições atinentes à plenária final, ou seja, apenas as questões ligadas à última fase no processo de realização da conferência municipal de saúde.

A plenária final, conforme determina o art. 5º do regulamento da décima conferência é a instância máxima de deliberação das propostas. Assim, passadas as discussões nas pré-conferências, é a plenária final que estabelecerá as propostas aprovadas.

Essas propostas são encaminhadas ao conselho municipal de saúde e ao gestor municipal de saúde, que deverão envidar os esforços necessários para incluí-las nos instrumentos de planejamento governamental e no Plano Municipal de Saúde, bem como para efetivá-las.

CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES PARA INTERVENÇÃO

Exauridas a análise dos instrumentos normativos que regulam o controle social no município de Teófilo Otoni à luz dos preceitos da gestão social, faz-se a proposta de adequação da lei municipal que instituiu o conselho municipal de saúde, conferência municipal de saúde e conselhos distritais.

A adequação proposta tem como objetivo principal propiciar uma maior participação da população no seio do controle social, de modo a capilarizar essa participação em todos as regiões do município, promovendo-se um debate mais abrangente e dialógico em torno das questões da saúde.

É forçoso concluir ainda que a conferência de saúde carece de um regimento que estabeleça adequadamente os liames para sua realização, abarcando desde as questões inerentes à organização das pré-conferências até a elaboração do relatório final das proposições.

A falta de um regramento mais completo acaba por prejudicar o devido andamento dos trabalhos, pela falta de padronização nas discussões e encaminhamento de propostas.

5.1 - CONSIDERAÇÕES PARA O PROJETO DE LEI MUNICIPAL

Para a confecção da proposta para uma nova lei municipal foram considerados: 1- os preceitos regentes da gestão social, visando a uma participação mais efetiva da população em todos os órgãos ligados ao Controle Social; 2- a resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes para instituição e readequação dos conselhos de saúde; 3- a lei municipal de Belo Horizonte – MG, que já se encontra adaptada em vários aspectos à realidade da gestão social, e 4- outros instrumentos normativos de âmbito nacional como a Lei 8.142/90.

O projeto de lei deverá ser organizado em 04 capítulos: o primeiro abordando as disposições referentes ao Conselho Municipal de Saúde; o segundo acerca dos Conselhos Distritais; o terceiro acerca dos Conselhos Locais; e, enfim, o quarto capítulos com o regramento geral da Conferência de Saúde.

Abaixo a proposta que ora se apresenta:

- PROPOSTA PARA O ART. 1º:

Capítulo I – Do Conselho Municipal de Saúde

Art. 1º - Fica instituído o Conselho Municipal de saúde de Teófilo Otoni (CMS/TO), instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, integrante da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Único: O Conselho Municipal de Saúde (CMS/TO) tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude no âmbito dos setores público e privado.

Inicialmente, a proposta compreende o reforço à natureza jurídica do conselho municipal de saúde ao fincar e delimitar a sua área de atuação, evidenciando o seu papel primordial na formulação e controle da execução da política municipal de saúde.

- PROPOSTA PARA O ART. 2º:

Art. 2º - Ao Conselho Municipal de Saúde compete:

I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;

IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados;

VIII - proceder à revisão periódica do plano municipal de saúde;

IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;

X - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

XI - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes do Plano Municipal de Saúde;

XII - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;

XIII - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

XIV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

XV - 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, com base no que a lei disciplina;

XVI - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;

XVII - 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;

XVIII - examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;

XIX - estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

XX - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

XXII - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XXIII - incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos.

Como visto, propõe-se que sejam alargadas as competências do Conselho, conforme diretriz do Conselho Nacional de Saúde, visando alcançar as atividades em que, efetivamente, possui condições e legitimidade para exercer. Tal adaptação legislativa permite ainda o atendimento ao que determina o Plano Municipal de Saúde no que toca à competência do Conselho.

- PROPOSTA PARA O ART. 3º:

Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde (CMS/TO) será composto por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, num total de 32 (trinta e dois) membros titulares e 32 (trinta e dois) membros suplentes, e terá a seguinte composição:

I - Representação do Gestor do SUS/MG e dos Prestadores de serviços de Saúde no SUS:

a) 04 (quatro) representantes do Governo Municipal, sendo um deles o Secretário Municipal de Saúde;

b) 04 (quatro) representantes de pessoas jurídicas prestadoras de serviços em saúde.

II – Representantes do segmento de entidades de trabalhadores e profissionais de saúde no SUS

a) 04 (quatro) representantes de entidades e conselhos ligados a categorias de trabalhadores da área da saúde;

b) 04 (quatro) representantes de entidades sindicais gerais de trabalhadores na área de saúde.

III – Representantes do segmento de Entidades de Usuários do SUS

a) 14 (quatorze) representantes dos Conselhos Distritais;

b) 02 (dois) representantes de entidades e movimentos representativos dos usuários.

§1º - A representação dos usuários no conselho municipal de saúde será, no mínimo, paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§2º – O regimento interno do conselho municipal de saúde estabelecerá as entidades e movimentos a que se referem os incisos anteriores.

§3º - A indicação dos representantes do Governo Municipal será de livre escolha do chefe do Poder Executivo

§4º - O mandato do conselheiro será de 02 (dois) anos, permitida a recondução por uma única vez.

§5º - Para cada titular do Conselho corresponderá um suplente.

§6º - Perderá o mandato, sem prejuízo de outras hipóteses dispostas em regimento, o conselheiro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 05 (cinco) alternadas, no período de 1 (um) ano, convocando-se o respectivo suplente para o término do mandato.

§7º - Os representantes do Executivo indicados pelo Prefeito permanecerão no exercício da função de conselheiro quando do término do mandato do Prefeito, ou da sua substituição por qualquer motivo, até novas designações.

§ 8º - O exercício da função de conselheiro, bem como a participação nas reuniões não serão, a qualquer título ou pretexto, remuneradas.

Propõe-se a alteração do número de conselheiros, visando a garantir a paridade de representação dos usuários do SUS com relação aos demais segmentos ali representados.

O número total de conselheiros, segundo a lei municipal 3.406/91 (vigente) é vinte e oito, porém, o regimento interno vigente, preconiza o número de quarenta e dois componentes. A proposta compreende um meio termo entre esses dois regulamentos.

A ideia é estabelecer que o conselho de saúde do município será composto por trinta e dois membros. Assim, resguarda-se adequadamente a paridade entre os segmentos na forma estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde: oito

representantes do governo e prestadores de serviços (25%), oito representantes de trabalhadores em saúde (25%) e dezesseis representantes dos usuários do SUS (50%).

Num primeiro momento, 32 conselheiros podem parecer um número exagerado, entretanto, verificado o componente histórico, constata-se que desde o início da década de 90, o número de conselheiros que representam os usuários do SUS é 14. Nessa nova proposta o número sobe para 16 com o intuito de, além dos usuários indicados pelos Conselhos Distritais, eleitos pela população que os representa, fosse possível a inserção de, pelo menos, 02 representantes de entidades e movimentos sociais.

Outro ponto que se propõe seja alterado é no tocante às entidades e movimentos que representam os interesses dos segmentos mencionados. O projeto de lei entrega a determinação desses entes representativos à plenária do conselho municipal de saúde que disporá em regimento interno acerca dessa situação. O projeto limita-se a determinar o quantitativo de entidades.

Neste sentido, foi estabelecido que os conselhos distritais terão representação no conselho de saúde, objetivando trazer à *roda* deliberativa um dos principais atores na construção de um SUS capaz de atender os princípios insertos na Constituição Federal de 88, os usuários.

Tais propostas buscam contornar um dos problemas mais comuns e complexos de serem solucionados na prática pelo conselhos de saúde: aqueles ligados à representatividade. (MARTINS *et al.*, 2008).

Com frequência, a composição do conselho não respeita os princípios da paridade, e os critérios de escolha de seus membros são obscuros. Observa-se, em muitos casos, ingerências políticas na escolha de conselheiros, principalmente daqueles que representam os interesses dos usuários e, desta forma, estes acabam por não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos comuns. (MARTINS *et al.*, 2008, p. s/n).

Caberá à plenária, órgão máximo deliberativo do Conselho, estabelecer quais as entidades representarão os interesses dos segmentos que estão compreendidos na lei. Tal disposição possibilita ao Conselho se organizar melhor, uma vez que poderá alterar as entidades representadas sem necessidade de alteração da lei municipal, quando, por exemplo, algum desses entes deixar de existir ou de enviar representante. Por outro lado, assegura-se, ao menos na legislação, a efetiva participação da população.

- PROPOSTA PARA O ART. 4º:

Art. 4º - É vedada a participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público como conselheiros.

Foi estabelecida vedação à participação como conselheiros de membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público. Estes órgãos já atuam, dentro das suas funções instituídas no controle das atividades públicas, não havendo compatibilidade para atuarem no controle social.

- PROPOSTA PARA O ART. 5º:

Art. 5º- O plenário do Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á ordinariamente, uma vez por mês, e extraordinariamente, quando convocado pela Mesa Diretora ou a requerimento da maioria de seus membros.

§1º - As reuniões plenárias do conselho de saúde serão abertas ao público e acontecerão em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.

§2º- A sessão plenária instalar-se-á com a presença da maioria de seus membros.

§3º - As decisões do conselho de saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;

§4º- Cada conselheiro terá direito a 1 (um) voto, exceto o presidente, que votará apenas em caso de empate entre as propostas em deliberação.

§5º - É vedado a trabalhadores e prestadores de serviços em saúde comporem o conselho no segmento de usuários do SUS.

Ratifica-se o caráter transparente que deve revestir a atuação do Conselho ao se estabelecer a obrigatoriedade de que as reuniões sejam abertas ao público, corroborando o que dispõe o Conselho Nacional de Saúde.

Outro dispositivo que contribui positivamente nesse cenário de verdadeira representatividade no âmbito do conselho é a vedação de que trabalhadores em saúde ou prestadores de serviços atuem no conselho como representantes dos usuários do SUS, prevista no §5º do art. 5º da proposta em discussão.

A ausência dessa vedação na prática possibilita a quebra da paridade pois, com a redação atual da lei municipal 3.406/91 abre-se a possibilidade de trabalhadores em saúde e prestadores pleitearem vaga no conselho dentro do

segmento de usuários do SUS. Afinal, todas as pessoas, de alguma forma, utilizam o SUS.

Saliente-se, mais uma vez, o usuário do SUS é um dos principais atores nesse processo, e a legislação deve garantir a ele os mecanismos de fazer-se representar em meio ao controle das políticas em saúde.

- PROPOSTA PARA O ART. 6º:

Art. 6º - Os recursos financeiros necessários à manutenção das atividades do Conselho Municipal de Saúde e dos conselhos distritais serão consignados no Orçamento do Fundo Municipal de Saúde.

Parágrafo único – Cabe ao Pleno do conselho municipal de saúde decidir acerca da sua proposta de orçamento.

A independência do Conselho de Saúde, tanto institucional como financeiro-orçamentária foi garantida com a determinação de que haverá dotação orçamentária própria para a manutenção das suas atividades, cabendo a esse órgão a confecção e aprovação da sua proposta de orçamento.

- PROPOSTA PARA O ART. 7º:

Art. 7º - O Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

§1º - As resoluções serão homologadas pelo chefe do Poder Executivo municipal, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial;

§2º - Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções recorrendo à instância judicial, se for o caso.

As decisões tomadas pelo Conselho, dentro da sua esfera de competência devem ser levadas à plena execução, sob pena de esvaziar-se as atribuições desse importante órgão de Controle Social. A redação acima proposta para o art. 7º tem o intuito de fortalecer essa prerrogativa do Conselho.

- PROPOSTA PARA O ART. 8º:

Art. 8º - O Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

É necessário garantir ao Conselho uma estrutura mínima com a finalidade de possibilitar o desenvolvimento dos trabalhos da forma mais eficiente possível. Com a estrutura administrativa é possível ao conselheiros organizarem adequadamente as reuniões, pautas, convocações e arquivos do órgão.

- PROPOSTA PARA O ART. 9º:

Art. 9º - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais estabelecidas na Lei no 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias.

As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é o que determina o art. 12, parágrafo único da Lei 8.080/90.

O art. 13 da Lei 8.080/90 elenca 06 atividades para atuação dessas comissões intersetoriais, são elas: alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; recursos humanos; ciência e tecnologia; e saúde do trabalhador.

A proposta acima aludida deixa aberta a possibilitada de criação de outras comissões intersetoriais ou mesmo grupos de trabalho para ações mais específicas e transitórias.

- PROPOSTA PARA O ART. 10:

Art. 10 - O Conselho constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, através do voto direto, respeitando a paridade expressa nesta lei, composta, pelo menos de: presidente, vice-presidente e secretário geral.

Na proposta que ora é apresentada, não há mais previsão de exclusividade do secretário municipal de saúde para ocupar a presidência do conselho. Isso permitirá

um debate mais democrático, uma vez que todos os membros da mesa diretora serão eleitos por voto direto.

Tal previsão retira a característica da verticalidade nas discussões disseminadas no âmbito do controle social, pois a presidência dos trabalhos será entregue a quem legitimamente seja eleito e não mais a obrigatoriedade de o representante do governo tomar as rédeas do processo.

A isonomia entre os conselheiros passa a ser mais efetiva, uma vez que todos se encontrariam no mesmo nível não só quanto ao poder do seu voto nas deliberações, mas também quanto à possibilidade de galgar as funções diretivas do Conselho.

- PROPOSTA PARA O ART. 11:

Art. 11 - O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente.

Os conselheiros de saúde exercem uma função pública e, portanto, enquadram-se no conceito de agentes públicos, estando, portanto, sujeitos à responsabilização penal e civil, nos termos do Código Penal Brasileiro e da Lei de Improbidade Administrativa (Lei 8.142/90).

Ratificando esse entendimento, NEVES (2014, p. 47) elucida que o conceito de agentes públicos *engloba todas as pessoas físicas que exercem funções estatais*. A qualidade de agente público persiste ainda que a função exercida seja sem remuneração e transitória, como é o caso dos conselheiros de saúde.

O destaque do projeto para essa possibilidade de responsabilização do conselheiro deixa claro a importância e a responsabilidade que envolve a função.

- PROPOSTA PARA O ART. 12:

Art. 12 - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em lei e deve ser proposta pelo próprio Conselho e votada em reunião plenária, com quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor.

Mais uma disposição que enfatiza a autonomia do Conselho, vedando ingerências externas na sua organização e estrutura.

- PROPOSTA PARA O ART. 13:

Art. 13 – Ao fim de cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor municipal de saúde, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 41 da Lei Complementar Federal nº 141/2012.

Parágrafo Único – O conselho, após análise dos dados apresentados, encaminhará ao Prefeito Municipal as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas, se for o caso.

A redação acima disposta corrobora o que determina o art. 41 da Lei Complementar 141/2012 e ainda prevê a possibilidade de acionar diretamente o chefe do Executivo local para a tomada de decisões necessárias à correção de eventuais irregularidades.

- PROPOSTA PARA OS ARTS. 14 A 16:

Capítulo II – Dos Conselhos Distritais

Art. 14 – O Conselho Municipal de Saúde estabelecerá em seu regimento as áreas abrangidas pelos Conselhos Distritais, preferencialmente, coincidentes com os distritos sanitários estabelecidos no município.

Art. 15 - Compete ao Conselho Distrital de Saúde, sem prejuízo de outras estabelecidas no regimento:

- I - formular planos de ação, acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas necessárias e propostas para seu Distrito Sanitário;
- II - organizar as Comissões Locais.

Art. 16 - O Conselho Distrital de Saúde é composto por representantes de órgãos governamentais do Município, de profissionais de saúde e de usuários do sistema de saúde no Distrito Sanitário, bem como por representantes de entidades prestadoras de serviço na área de saúde, onde houver.

§1º - A representação dos usuários no Conselho Distrital será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§2º - A representação dos órgãos governamentais será indicada pelo secretário municipal de saúde.

§3º - A organização e o funcionamento dos conselhos distritais de saúde serão definidos e disciplinados em regimento próprio, aprovado por esses conselhos.

Os conselhos distritais enquanto instâncias deliberativas foram aperfeiçoadas na presente proposta. Como o município ainda não implantou e não delimitou os distritos sanitários, não obstante haver previsão nesse sentido no Plano Municipal de Saúde, buscou-se uma alternativa a tal situação.

Os conselhos distritais como o próprio nome sugere representariam, em tese, as regiões delimitadas pelos distritos sanitários. Contudo, no projeto de lei proposto foi estabelecido que caberá ao conselho municipal de saúde deliberar acerca da área de abrangência de cada conselho distrital, devendo, preferencialmente, optar pela área já estabelecida através dos distritos sanitários, quando forem implantados.

Tal solução, incorpora imediatamente a representação das comunidades ao conselho, independentemente da implantação dos distritos sanitários. Não faz sentido aguardar-se a atuação da gestão municipal no sentido de implantação desse distritos e ao mesmo tempo condicionar a participação das comunidades a essa ação.

Com a representatividade dos conselhos distritais no conselho de saúde, a população efetivamente poderá participar, mesmo não integrando associação ou entidade específica prevista no regimento interno.

Ademais, amplia-se essa representação social, na medida em que a lei vigente (lei municipal 3.406/91) estrutura os conselhos distritais com base em determinados bairros dos municípios, o que acaba alijando do processo as demais regiões, sobretudo, os bairros e comunidades recém surgidos ou criados.

Caberá ao conselho, portanto, adaptar essa representação distrital à realidade vivenciada pelo município, impedindo que os diversos bairros e comunidades fiquem sem a devida representação.

- PROPOSTA PARA OS ARTS. 17 A 19:

Capítulo III – Dos Conselhos Locais de Saúde

Art. 17 - Em cada Centro de Saúde será criada uma Comissão Local de Saúde, por um processo que incorpore a participação dos órgãos governamentais, dos trabalhadores e usuários do Sistema de Saúde.

Art. 18 - Compete aos Conselhos Locais de Saúde, sem prejuízo de outras estabelecidas no regimento:

I - propor, acompanhar e fiscalizar a implementação de políticas para cada local do Distrito Sanitário;

II - avaliar a atuação do seu Distrito Sanitário e de seu Centro de Saúde.

Art. 19 - A organização e o funcionamento dos conselhos locais de saúde serão definidos e disciplinados em regimento próprio, aprovado por esses conselhos.

Seguindo a ideia de ampliação dos foros de discussão da saúde pública abrangidas pelo Controle Social, propõe-se o estabelecimento dos conselhos locais de saúde, que aproximarão ainda mais a população das discussões em torno das questões em saúde.

Os conselhos locais de saúde são órgãos, normalmente, consultivos e não deliberativos, que tem como objetivo aproximar a comunidade da unidade de saúde local (MATUOKA *apud* FERRETTI *et. al.*, 2016).

Além de garantir acesso às informações sobre o funcionamento dos serviços, bem como sobre atividades da administração municipal, os Conselhos Locais de Saúde intensificam o vínculo entre unidade de saúde e comunidade na busca de resolução para os problemas identificados pela própria população, na mobilização e no fortalecimento de potencialidades. (PONTE *et. al. apud* FERRETTI *et. al.*, 2016, p.54).

Com o tempo, a partir da criação dos conselhos locais, que devem discutir problemas localizados e específicos voltados à atuação da unidade de saúde, espera-se um maior engajamento social em torno dos problemas da saúde e, conseqüentemente, maior participação.

Vislumbra-se, destarte, um maior empoderamento da sociedade que, a partir destes pequenos círculos de participação local, passando à esfera distrital e, enfim, ao conselho de saúde, terá um número cada vez maior de cidadãos discutindo, elaborando propostas e, sobretudo, preocupados com os rumos da saúde. Sabedores que podem contribuir com a modificação da realidade que os cerca.

CARVALHO (2004) *apud* MARTINS *et. al.* (2008), afirma que o processo de empoderamento/libertação pode ser interpretado como forma de fazer uma redistribuição do poder que se encontra desigualmente distribuído na sociedade.

Nessa senda, é preciso essa participação e envolvimento político da sociedade nas instâncias deliberativas.

Na proposta de projeto de lei municipal foram previstos a organização de quatorze conselhos distritais, dos quais, apenas como sugestão, sete poderiam representar a zona rural e sete a zona urbana do município. A figura nº 03 (pág.68) mostra um esboço acerca dos conselhos distritais e locais no âmbito urbano.

Os conselhos locais contribuirão sobremaneira, ainda, no processo de organização da conferência de saúde, pois constituirão espaços propícios à realização das pré-conferências.

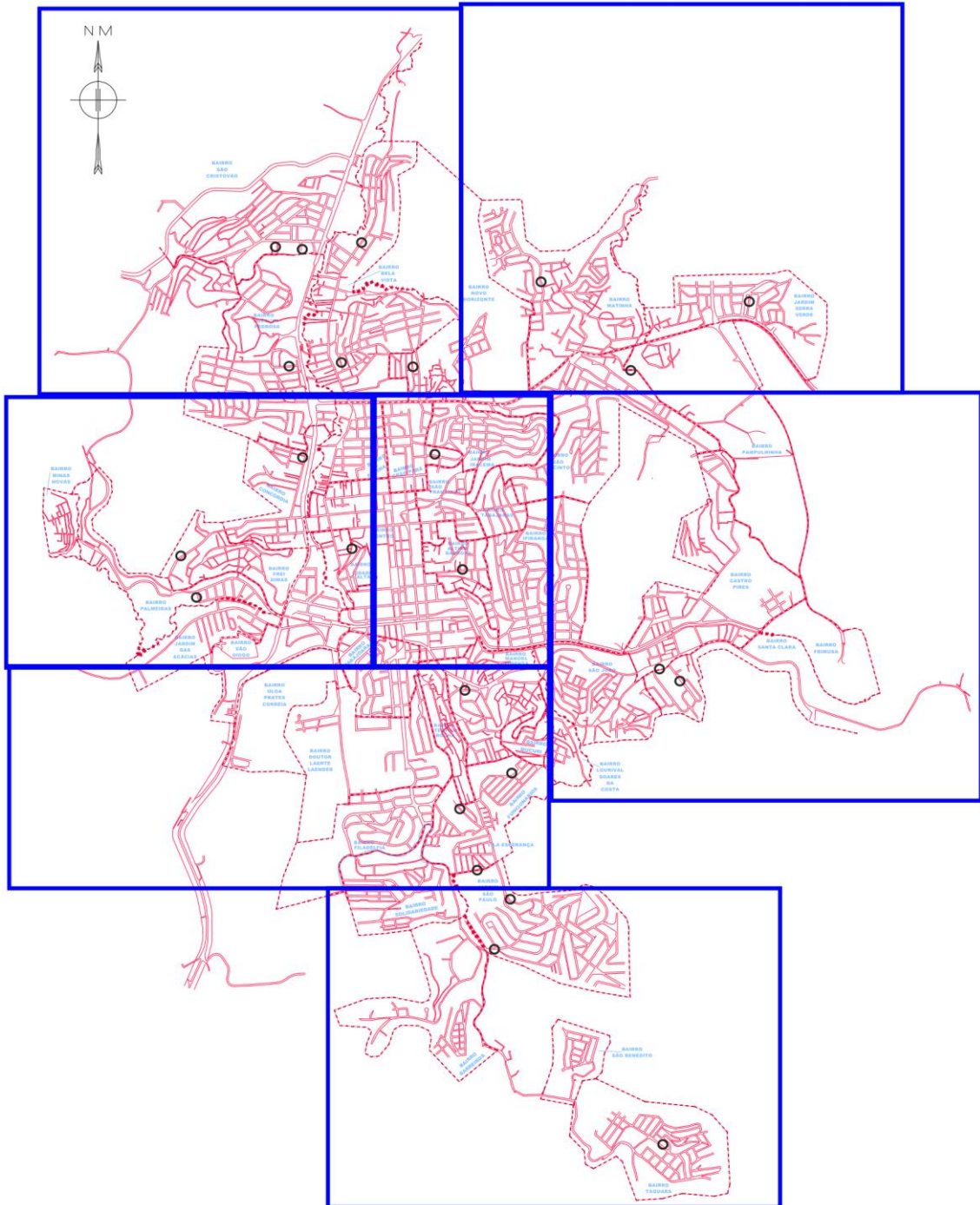
Observa-se que toda a população terá seu espaço de discussão no âmbito do controle social, na medida em que as regiões abrangidas pelos conselhos distritais e as unidades de saúde onde estariam localizados os conselhos locais englobam toda a cidade.

Os conselheiros locais se destacarão ainda como importantes agentes mobilizadores e fomentadores do controle social.

Esse marco regulatório proporcionará uma aplicação mais efetiva dos preceitos da gestão social à medida que iguala todos os agentes do controle social, não importa o segmento que representam.

Com esta isonomia, o processo dialógico torna-se mais evidente e horizontalizado, uma vez que desaparece a figura da autoridade vertical. De igual modo, a implantação e o fortalecimento das instâncias regionais assegurada sua participação no conselho municipal de saúde, importará no fortalecimento do controle social de maneira geral, que estará espalhado e difundido em todo o território municipal.

Figura nº 03 - Conselhos distritais e locais no âmbito urbano, conforme proposta apresentada



Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento de Teófilo Otoni – MG (adaptado pelo autor)

Legenda:

- Locais onde serão implantados os Conselhos Locais de Saúde (onde funcionam as unidades do Programa Saúde da Família)
- Áreas de abrangência dos Conselhos Distritais

- PROPOSTA PARA OS ARTS. 20 A 22:

Capítulo IV – Da Conferência Municipal de Saúde

Art. 20 - A Conferência Municipal de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da Política de Saúde do município, convocada pelo Poder Executivo, ou a qualquer tempo extraordinariamente, por este ou pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 21 - A representação dos usuários na Conferência Municipal de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 22 - A Conferência Municipal de saúde terá sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

Enfim, no tocante à conferência municipal de saúde, a proposta de projeto de lei repete as determinações atualmente vigentes, tendo em vista que trata-se de uma regulamentação geral, uma vez que cada conferência deve ter seus detalhes de funcionamento e organização de propostas regidos por regimento aprovado pelo Conselho.

Acredita-se que as proposições acima elencadas contribuirão para o avanço na atuação do Conselho de Saúde e, por consequência, maior participação da sociedade nos rumos da saúde pública do Município, vez que os preceitos da gestão social estarão presentes, permitindo um diálogo isonômico entre os partícipes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos o Brasil evoluiu bastante na seara da gestão social. Houve não só o avanço das instituições no sentido de propiciar esse diálogo com a sociedade civil como também avançou a legislação.

Além da Constituição Federal de 88 e da Lei 8.142/90, há pouco tempo, o governo federal lançou a chamada *Política Nacional de Participação Social*, através do decreto federal 8.243/2014. Esta estratégia tem o intuito de garantir instâncias permanentes, como o conselho de políticas públicas, a conferência nacional, as mesas de diálogo; e incentivar a participação da sociedade civil na elaboração, execução e controle de maneira geral das políticas públicas. Busca-se, portanto, a expansão das experiências voltadas a esta participação efetiva, baseadas no diálogo e presentes nas políticas públicas de saúde desde a década de 90.

O presente estudo buscou demonstrar como se dá o controle social das políticas públicas de saúde no município de Teófilo Otoni no contexto da gestão social, o que ficou evidenciado pela abordagem acerca do conselho municipal de saúde e conferência municipal de saúde, principais órgãos de efetivação do controle social no município. Há ainda o conselho distrital que, conforme demonstrado possui alcance bastante limitado.

Percebeu-se que apesar de estarem em pleno funcionamento, a conferência e o conselho de saúde não possui legislação que permite uma aplicação eficaz da gestão social, tendo em vista que os critérios não isonômicos aplicados, que diferenciam e colocam em posição de superioridade alguns de seus componentes.

É o caso do secretário municipal de saúde que exerce com exclusividade a função de presidente, o que cria uma situação que afasta a discussão democrática em torno dos diversos temas levados à apreciação desse importante órgão.

Ao avaliar esses instrumentos de controle social das políticas públicas de saúde no município em cotejo com os preceitos da gestão social, foi possível identificar essa falha legislativa e elaborar proposta de intervenção para correção dessa discrepância.

Conforme se observou na pesquisa, ainda existe um longo caminho a ser percorrido até a efetivação da gestão social enquanto principal instrumento do aprimoramento das ações de saúde. Há ainda muitos empecilhos a serem vencidos até a conclusão plena desse ideal.

No município de Teófilo Otoni barreiras do ponto de vista legal e da gestão atrapalham a realização de um diálogo aberto e horizontal, afinal, a principal instância de discussão, o conselho municipal de saúde, encontra-se *engessado* por uma legislação que não mais atende aos anseios da participação social.

A lei municipal 3.406/91 traz disposições que rechaçam a participação isonômica dentro do conselho, por exemplo, ao determinar a exclusividade do secretário municipal de saúde, representante do governo, para ocupar a função de presidente do órgão.

Muitos municípios Brasil afora já aderiram às diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional de Saúde, como forma de qualificar a participação da sociedade através de medidas que permitam a todos serem ouvidos.

Por esse motivo, fez-se a proposta para alteração da legislação com a apresentação de um projeto de lei (anexo I), capaz de englobar essas novas tendências e diretrizes da participação social, com enfoque na igualdade entre aqueles que compõem o conselho e criando novas instâncias deliberativas, conselho distrital e local de saúde, a fim de provocar e sedimentar uma maior participação dos principais atores da saúde pública, a população.

A alteração legislativa é apenas o primeiro, mas um importante *passo* nesse processo de qualificação das discussões à luz dos preceitos da gestão social. Vários desafios serão enfrentado pelos conselheiros após essa fase.

A consolidação dos conselhos distritais enquanto espaços próprios para discussão das questões que envolvem os respectivos distritos sanitários está entre as metas que devem ser perseguidas pelo conselho como forma de fortalecer e fomentar a participação social.

A ampliação dos círculos de discussão, com a implementação e acompanhamento dos conselhos locais contribuirá sobremaneira para a conscientização da população do seu papel transformador na saúde pública municipal. Além de aproximar a população das discussões inerentes ao Controle.

Com todas essas estratégias e um plano de trabalho minuciosamente elaborado para efetivá-las, espera-se evidenciar mais à frente a institucionalização da participação social isonômica horizontalizada, onde todos os cidadãos que assim desejarem possam ter direito à voz na seara das políticas em saúde.

A proposta ora apresentada foi encaminhada ao conselho municipal de saúde, que o discutirá e o aprovará com ou sem ressalvas. Após a aprovação deverão

encaminhar a proposta ao chefe do executivo municipal que o ratificará e o encaminhará à Câmara Municipal de Vereadores para discussão e aprovação.

Publicada e sancionada a lei municipal a que se refere o projeto ora proposto, o próximo passo é a adequação do regimento interno do conselho à nova lei municipal e daí pra frente a organização e implementação dos conselhos distritais e locais.

Tais medidas não possuem o condão de exaurir a temática da gestão social, afinal, a implementação é um processo muito mais complexo que a adequação legislativa e regulamentar.

Será necessário cuidar da capacitação e qualificação desses conselheiros, para que compreendam as engrenagens do SUS e, por consequência, sejam capazes de participar ativamente em sua construção. Organizar a rede de saúde de modo a torna-se acessível a toda a população. Enfim, são muitos os desafios a serem vencidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, Valderí de Castro et. al. **Gestão Social e Governança Pública: aproximações (de)limitações teórico-conceituais**. In: Revista de Ciências da Administração, Volume 17, Junho. 2016

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de et all. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ARAÚJO, Cíntia Alves. **Construindo a gestão social em Conselhos municipais de saúde: espaço para o exercício do saber e participação**. Dissertação de Mestrado. Centro Universitário (UNA), Belo Horizonte, 2014

BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Incentivo à participação popular e o controle social no SUS. Brasília, 1994.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Lei Municipal nº 7.536**, de 19 de junho de 1998. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=lei_7536.pdf. Acesso em: 13 de Dezembro 2017.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Lei Municipal nº 5.903**, de 03 de junho de 1991. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=lei_5903.pdf. Acesso em: 13 de Dezembro 2017.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009

BONAVIDES, Paulo. **Teoria Constitucional da Democracia Participativa**. São Paulo: Malheiros, 2001

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. São Paulo: Malheiros, 2000

Brasil. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 18 de Janeiro de 2018

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de Junho de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 29 de Junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 18 de Janeiro de 2018

BRASIL. **Decreto nº 8.243**, de 23 de Maio de 2014. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 26 de Maio de 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm. Acesso em: 19 de fevereiro de 2018

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 20 de Setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 05 de julho de 2016

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de Dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 31 de Dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 05 de julho de 2016

BRASIL. **Lei Complementar nº 101**, de 04 de Maio de 2000. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 05 de Maio de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: 10 de julho de 2017

BRASIL. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de Janeiro de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 16 de Janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: 10 de Janeiro de 2018

BRASIL. **Portaria 2.135 MS-GM**, de 25 de Setembro de 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 26 de Setembro de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html Acesso em: 18 de Janeiro de 2018

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Resolução CNS n. 453**, 10 maio de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 11 de Dezembro 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Gestão Democrática na saúde: o potencial dos conselhos**. In: Política Social e Democracia. BRAVO, Maria Inês Souza Bravo e PEREIRA, Potyara Amazoneida (organizadoras). Rio de Janeiro: UERJ, 2012

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase / Ibam, 1995.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. São Paulo: Atlas, 2014

COELHO, Daniela Mello. **Administração Pública Gerencial e Direito Administrativo**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2004

COHEN, Ernesto e FRANCO, Rolando. **Gestão social: como obter eficiência e impacto nas políticas**. Brasília: ENAP, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA, Ana Maria e VIEIRA, Natália. **Democracia Participativa e Controle em Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

COTTA RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SE, Mendes FF. **O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde**. [Internet]. Physis: Rev. de saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2011 jul;21(3):1121-1137. [Acesso em:10 out. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/19.pdf> *apud* Ferretti, Fátima *et. al.* **Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde**. *In*: Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva, volume 10, n. 03, 2016.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. São Paulo: Atlas, 2014

DIAS, Reinaldo e MATOS, Fernanda. **Políticas Públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012

FREIRE JÚNIOR, Américo Bedê. **O controle judicial de políticas públicas**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

GAEDTKE, Kênia Mara e GRISOTTI, Márcia. **Os Conselhos Municipais de Saúde: uma revisão da literatura sobre seus limites e potencialidades**. *In*: Revista Política e Sociedade. Vol.10, n.19 – Florianópolis: UFSC, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2011v10n19p115/19596>. Acesso: 01 de novembro de 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008

JORGE, Márjore Serena. **Saúde e Desenvolvimento Local: um estudo sobre o controle social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, 2013

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. **Lei Municipal nº 8.076**, de 11 de maio de 1992. Disponível em: https://jflgis.pjf.mg.gov.br/c_norma.php?chave=0000021540. Acesso em: 17 de Dezembro 2017.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. **Lei Municipal nº 8.855**, de 13 de maio de 1996. Disponível em: https://jflgis.pjf.mg.gov.br/c_norma.php?chave=0000022672. Acesso em: 17 de Dezembro 2017.

LIPORONI, Andréia A. Reis Carvalho. **O Conselho Municipal de Saúde de Franca: estudo sobre participação e o controle social**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, 2006

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARTINS, Poliana Cardoso *et al.* **Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia.** *In:* PHYSIS Revista de Saúde Coletiva. Vol.18, n.1 – Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso: 26 de fevereiro de 2018.

MATUOKA RI, Ogata MN. **Análise qualitativa dos conselhos locais de atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação.** [Internet]. Rev. de APS, América do Norte. 2010 Nov;13(4). [Acesso em: 10 out. 2013]. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/572/385> *apud* Ferretti, Fátima *et. al.* **Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde.** *In:* Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva, volume 10, n. 03, 2016.

MAZZA, Alexandre. **Manual de Direito Administrativo.** São Paulo: Saraiva, 2015

MENEZES, Juliana Souza Bravo. **Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade.** Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 2010

NEVES, Daniel Amorim Assumpção e OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. **Manual de improbidade administrativa.** São Paulo: MÉTODO, 2014

NORONHA, José Carvalho *et all.* **O Sistema Único de Saúde – SUS.** *In:* Giovanella, Lígia (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012

NOVELINO, Marcelo. **Manual de direito constitucional.** São Paulo: MÉTODO, 2013

PALUDO, Augustinho. **Administração pública.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992

PENNA, Saulo Versiani. **Controle e implementação processual de políticas públicas no Brasil.** Belo Horizonte: Fórum, 2011

PONTE HMS, Filho JOL, Feijão JRP, Souza FL, Santos EV, Soares CHA. **“O caminho se faz ao caminhar”:** processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. [Internet]. Saúde soc., São Paulo. 2012 mai;21(supl. 1):234-243. [Acesso em: 09 out. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/20.pdf>. *apud* Ferretti, Fátima *et. al.* **Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde.** *In:* Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva, volume 10, n. 03, 2016.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas.** São Paulo: Cengage Learning, 2016

SILVA, Marta de Oliveira *et all.* **Participação e Controle Social para Equidade em Saúde da População Negra.** Rio de Janeiro: Criola, 2007

TENÓRIO, Fernando G. **Gestão Social: uma perspectiva conceitual.** *In:* Revista de administração pública [Recurso Eletrônico]. Vol.32, n.5 – Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, 1998. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7754/6346>. Acesso: 20 de Junho de 2016

TENÓRIO, Fernando Guilherme e KRONEMBERGER, Thais Soares. **Gestão social e conselhos gestores.** Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016

TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Gestão Social: metodologia e casos.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000

TEÓFILO OTONI. Prefeitura Municipal. **Lei Municipal nº 3.406**, de 16 de outubro de 1991. Disponível em: <http://www.teofilootoni.mg.leg.br/2017/10/16/lei-no-3-406/>. Acesso em: 10 de Dezembro 2017.

ANEXO 1 – Texto consolidado da proposta para o projeto de lei

Projeto de Lei nº

Institui o conselho municipal de saúde de Teófilo Otoni, os conselhos distritais, conselhos locais de saúde e a conferência municipal de saúde.

O povo de Teófilo Otoni, por meio de seus representantes, decreta e eu sanciono a seguinte lei:

CAPÍTULO I

DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 1º - Fica instituído o Conselho Municipal de saúde de Teófilo Otoni (CMS/TO), instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, integrante da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Único: O Conselho Municipal de Saúde (CMS/TO) tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude no âmbito dos setores público e privado.

Art. 2º - Ao Conselho Municipal de Saúde compete:

I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;

IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados;

VIII - proceder à revisão periódica do plano municipal de saúde;

IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;

X - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

XI - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes do Plano Municipal de Saúde;

XII - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;

XIII - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

XIV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

XV - 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, com base no que a lei disciplina;

XVI - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;

XVII - 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;

XVIII - examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;

XIX - estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

XX - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

XXII - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XXIII - incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos.”

Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde (CMS/TO) será composto por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, num total de 32 (trinta e dois) membros titulares e 32 (trinta e dois) membros suplentes, e terá a seguinte composição:

I - Representação do Governo e dos Prestadores de serviços de Saúde no SUS:

a) 04 (quatro) representantes do Governo Municipal, sendo um deles o Secretário Municipal de Saúde;

b) 04 (quatro) representantes de pessoas jurídicas prestadoras de serviços em saúde.

II – Representantes do segmento de entidades de trabalhadores e profissionais de saúde no SUS

a) 04 (quatro) representantes de entidades e conselhos ligados a categorias de trabalhadores da área da saúde;

b) 04 (quatro) representantes de entidades sindicais gerais de trabalhadores na área de saúde.

III – Representantes do segmento de Entidades de Usuários do SUS

a) 14 (quatorze) representantes dos Conselhos Distritais;

b) 02 (dois) representantes de entidades e movimentos representativos dos usuários.

§1º - A representação dos usuários no conselho municipal de saúde será, no mínimo, paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§2º – O regimento interno do conselho municipal de saúde estabelecerá as entidades e movimentos a que se referem os incisos anteriores.

§3º - A indicação dos representantes do Governo Municipal será de livre escolha do chefe do Poder Executivo

§4º - O mandato do conselheiro será de 02 (dois) anos, permitida a recondução por uma única vez.

§5º - Para cada titular do Conselho corresponderá um suplente.

§6º - Perderá o mandato, sem prejuízo de outras hipóteses dispostas em regimento, o conselheiro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 05 (cinco) alternadas, no período de 1 (um) ano, convocando-se o respectivo suplente para o término do mandato.

§7º - Os representantes do Executivo indicados pelo Prefeito permanecerão no exercício da função de conselheiro quando do término do mandato do Prefeito, ou da sua substituição por qualquer motivo, até novas designações.

§ 8º - O exercício da função de conselheiro, bem como a participação nas reuniões não serão, a qualquer título ou pretexto, remuneradas.

Art. 4º - É vedada a participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público como conselheiros.

Art. 5º- O plenário do Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á ordinariamente, uma vez por mês, e extraordinariamente, quando convocado pela Mesa Diretora ou a requerimento da maioria de seus membros.

§1º - As reuniões plenárias do conselho de saúde serão abertas ao público e acontecerão em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.

§2º- A sessão plenária instalar-se-á com a presença da maioria de seus membros.

§3º - As decisões do conselho de saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;

§4º- Cada conselheiro terá direito a 1 (um) voto, exceto o presidente, que votará apenas em caso de empate entre as propostas em deliberação;

§5º - É vedado a trabalhadores e prestadores de serviços em saúde comporem o conselho no segmento de usuários do SUS.

Art. 6º - Os recursos financeiros necessários à manutenção das atividades do Conselho Municipal de Saúde e dos conselhos distritais serão consignados no Orçamento do Fundo Municipal de Saúde.

Parágrafo único – Cabe ao Pleno do conselho municipal de saúde decidir acerca da sua proposta de orçamento.

Art. 7º - O Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

§1º - As resoluções serão homologadas pelo chefe do Poder Executivo municipal, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se lhes publicidade oficial;

§2º - Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções recorrendo à instância judicial, se for o caso.

Art. 8º - O Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

Art. 9º - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais estabelecidas na Lei no 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias.

Art. 10 - O Conselho constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, através do voto direto, respeitando a paridade expressa nesta lei, composta, pelo menos de: presidente, vice-presidente e secretário geral.

Art. 11 - O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente.

Art. 12 - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em lei e deve ser proposta pelo próprio Conselho e votada em reunião plenária, com quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor.

Art. 13 – Ao fim de cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor municipal de saúde, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 41 da Lei Complementar Federal nº 141/2012.

Parágrafo único – O conselho, após análise dos dados apresentados, encaminhará ao Prefeito Municipal as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias, se for o caso.

CAPÍTULO II

DOS CONSELHOS DISTRITAIS

Art. 14 – O Conselho Municipal de Saúde estabelecerá em seu regimento as áreas abrangidas pelos Conselhos Distritais, preferencialmente, coincidentes com os distritos sanitários estabelecidos no município.

Art. 15 - Compete ao Conselho Distrital de Saúde, sem prejuízo de outras estabelecidas no regimento:

I - formular planos de ação, acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas necessárias e propostas para seu Distrito Sanitário;

II - organizar as Comissões Locais.

Art. 16 - O Conselho Distrital de Saúde é composto por representantes de órgãos governamentais do Município, de profissionais de saúde e de usuários do sistema de saúde no Distrito Sanitário, bem como por representantes de entidades prestadoras de serviço na área de saúde, onde houver.

§1º - A representação dos usuários no Conselho Distrital será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§2º - A representação dos órgãos governamentais será indicada pelo secretário municipal de saúde.

§3º - A organização e o funcionamento dos conselhos distritais de saúde serão definidos e disciplinados em regimento próprio, aprovado por esses conselhos.

CAPÍTULO III

DAS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

Art. 17 - Em cada Centro de Saúde será criada uma Comissão Local de Saúde, por um processo que incorpore a participação dos órgãos governamentais, dos trabalhadores e usuários do Sistema de Saúde.

Art. 18 - Compete aos Conselhos Locais de Saúde, sem prejuízo de outras estabelecidas no regimento:

I - propor, acompanhar e fiscalizar a implementação de políticas para cada local do Distrito Sanitário;

II - avaliar a atuação do seu Distrito Sanitário e de seu Centro de Saúde.

Art. 19 - A organização e o funcionamento dos conselhos locais de saúde serão definidos e disciplinados em regimento próprio, aprovado por esses conselhos.

CAPÍTULO IV

DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 20 - A Conferência Municipal de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da Política de Saúde do município, convocada pelo Poder Executivo, ou a qualquer tempo extraordinariamente, por este ou pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 21 - A representação dos usuários na Conferência Municipal de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 22 - A Conferência Municipal de saúde terá sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 23 – Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 24 - Revogam-se as disposições da lei 3.406/91.

Teófilo Otoni,