



UNIVERSIDADE CEUMA

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE
SAÚDE

ILMA DE PAIVA PEREIRA

**O MINISTÉRIO PÚBLICO E O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO: repensando as práticas do diálogo
interinstitucional**

São Luís

2017

ILMA DE PAIVA PEREIRA

**O MINISTÉRIO PÚBLICO E O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO: repensando as práticas do diálogo
interinstitucional**

Dissertação apresentada à Universidade Ceuma, no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antonio Barbosa Pacheco
Coorientador: Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai
Área de concentração: Sociodiversidade, Controle Social e Acesso à Saúde.
Linha de Pesquisa: Serviços e Programas de Saúde (Assistência)

São Luís

2017

P436m
Pereira, Ilma de Paiva.

O Ministério Público e o Controle Social no sistema Único de Saúde no Estado do Maranhão: Repensando as Práticas do Diálogo Interinstitucional./ Ilma de Paiva Pereira. - São Luís: UNICEUMA, 2017.

152 p. il.

Dissertação (Mestrado) – Curso de Gestão de Programas e Serviços de Saúde. Universidade CEUMA, 2017.

1. Ministério Público. 2. Controle Social. 3. Participação Popular. 4. Conselhos Municipais de Saúde e SUS. I. Pacheco, Marco Antônio Barbosa (Orientadora). II. Dias, Rosane da Silva (Coordenadora). III. Título.

CDU: 614.2(812.1)

ILMA DE PAIVA PEREIRA

**O MINISTÉRIO PÚBLICO E O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO: repensando as práticas do diálogo
interinstitucional**

Dissertação apresentada à Universidade Ceuma, no
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e
Serviços de Saúde, como um dos requisitos à obtenção
do título de Mestre.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Antonio Barbosa Pacheco (Orientador e Presidente)

Universidade Ceuma

Profa. Dra. Cristina Maria Douat Loyola

Universidade Ceuma

Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos

Universidade Federal da Maranhão

Dedico este trabalho aos promotores de justiça e conselheiros de saúde que ainda acreditam na força de sua atuação, na grandiosidade histórica e simbólica de seu mister, no grande tesouro que é o SUS e no lema de que quem salva uma vida, salva a humanidade inteira. Todos nós estamos a salvar vidas quando defendemos o SUS, quando combatemos o retrocesso social e quando lutamos pelo respeito e cumprimento dos seus princípios e diretrizes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao bom Deus, por ter me abençoado e permitido cada passo até aqui, por me dar a graça de uma família tão especial e de uma profissão que a cada dia me deixa mais perto do céu.

Agradeço à Dra. Sanda Elouf, instrumento de Deus na minha vida, pessoa fundamental para a realização desse Mestrado, entusiasta da capacitação dos membros do Ministério Público do Maranhão, modelo de ética, coerência, humanidade e dignidade para os promotores de justiça brasileiros.

Aos meus pais, Valdimir e Maria Quintina, agradeço pelo amor, pelo incentivo aos estudos e pela lição permanente de vida, focada no esforço e na ética pessoal.

Ao meu marido Jansen Santos, companheiro na vida, modelo de retidão, espaço de aconchego e socorro, pai dos meus amorzões, agradeço por todo apoio e constante ajuda, desde a fase de seleção para o Mestrado até o derradeiro momento de conclusão desta Dissertação.

Aos meus filhos Maria Carolina e José Álvaro, por serem esses amorzões de mamãe.

Agradeço a Ione Paiva, grande imagem de Teresa D'Ávila em nossa família, no exercício de ensinar a *determinada determinação* e de ser o braço forte, a desbravadora, o modelo e o farol: Deus te pague por ter me mostrado o caminho ontem, hoje e nos dias que virão!

Ao Professor Doutor Marco Antonio Barbosa Pacheco, obrigada pelo acolhimento, pela valiosa orientação, por compartilhar comigo sua visão de mundo e a crença em uma existência melhor, por ensinar a simplicidade da ciência e a humanização do saber, verdadeiro cientista, espaço de acolhimento acadêmico para todos.

Ao Professor Doutor Cássius Guimarães Chai, por acolher e incentivar aqueles que querem estudar, por ser esse professor imenso, essa autoridade no cenário internacional, mas com enorme caridade com aqueles que arriscam os primeiros passos na vida acadêmica. Uma grande honra ter sido sua aluna!

Agradeço a Maria de Lourdes Mussalém e a Liliam Romero Dousson, pela inestimável ajuda para a realização da pesquisa, pelo incentivo, pelas horas investidas na minha formação acadêmica e humana.

Ao Ministério Público do Maranhão, instituição que integro orgulhosa e comprometida, por ter inspirado as visões que motivaram este estudo.

Aos procuradores de justiça Francisco das Chagas Barros de Sousa e Raimundo Nonato de Carvalho Filho, e aos promotores de justiça Herbert Figueiredo e Frederick Bianchini Santos, pelo incentivo e colaboração para a realização da pesquisa.

Aos servidores do Ministério Público do Maranhão, especialmente para Abmael, Manuela, Antonio, Francisca, Ana, Marcelo, Augusto, Sâmia, pela ajuda, suporte e incentivo desde o processo de autorização de afastamento até o processo de coleta do material nos municípios pesquisados.

“um povo é povo antes de dar-se a um rei”

Grotius

“cada um dando-se a todos não se dá a ninguém”

Rousseau

“o poder pode transmitir-se; não, porém, a vontade”

Rousseau

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 ampliou as atribuições do Ministério Público e possibilitou a participação social por meio de conselhos gestores na construção de políticas públicas e na efetivação do controle social. O presente estudo tem como objetivo geral analisar o relacionamento entre o Ministério Público e os Conselhos Municipais de Saúde, buscando responder de que maneira aquela instituição pode contribuir para a efetividade do controle social exercido no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Maranhão e como objetivos específicos: descrever o perfil dos conselhos e conselheiros de saúde; analisar o nível de articulação interinstitucional entre Ministério Público e Conselhos Municipais de Saúde e propor formas de atuação junto à sociedade e ao Estado para o fortalecimento da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde na efetivação do controle social do SUS. O referencial teórico tem seu alicerce principal em Rousseau (1999), Habermas (1997), Honneth (2015) e Lehmann (2013). Parte-se da premissa constitucional de que o Ministério Público possui atribuição na indução da participação popular qualificada pelo discurso do direito, na busca da formação do consenso em torno das políticas que melhor representem as necessidades das populações envolvidas. Realizou-se a pesquisa empírica, de natureza qualitativa, dividida em pesquisa documental – que buscou coletar as normas jurídicas nacionais, estaduais e municipais que regem os conselhos identificados – e entrevistas semiestruturadas. Na pesquisa participaram 7 promotores de justiça e 17 conselheiros de saúde com atuação junto aos Conselhos de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Pinheiro/MA. Os resultados evidenciaram que a intervenção do Ministério Público é essencial para o fortalecimento do controle social exercido pelos Conselhos de Saúde no estado do Maranhão. A efetivação do controle social no SUS está para além da atuação dos segmentos sociais no espaço institucional dos conselhos, requerendo a articulação de forças que defendam e representem o interesse coletivo em torno de um projeto para a defesa do direito à saúde.

Palavras-chave: Ministério Público. Controle Social. Participação Popular. Conselhos Municipais de Saúde e SUS.

ABSTRACT

The 1988 Federal Constitution extended the attributions of the Public Ministry and made social participation possible through the involvement of management councils in the construction of public policies and in the accomplishment of social control. The purpose of this study is to analyze the relationship between the Public Ministry and the Municipal Health Councils, in an attempt to answer the problem of how the former institution may contribute to the effectiveness of social control exercised in the Unified Health System (SUS) in the state of Maranhão. More specifically, it aims to describe the profile of Health Councils and Counselors; to analyze the level of interinstitutional coordination between the Public Ministry and Municipal Health Councils and; to propose joint actions between society and the State in order to strengthen the work of the Municipal Health Councils in the implementation of the social control of the Unified Health System. Its main theoretical foundation is in Rousseau (1999), Habermas (1997), Honneth (2015) e Lehmann (2013). It is based on the constitutional premise that the Public Ministry has a legal attribution of promoting popular participation to search for agreement around the policies that best represent the needs of the population involved. This qualitative empirical research was divided into a documentary investigation - that sought to collect the national, state and municipal legal norms that govern the identified councils - and semi-structured interviews. The survey was attended by 07 prosecutors and 17 health counselors working in the region of Pinheiro / MA. The results showed that the intervention of the Public Ministry is essential to strengthen social control exercised by Health Councils in the state of Maranhão. The implementation of social control in SUS is beyond the social action in the institutional space of the Councils, requiring the articulation of forces that defend and represent the collective interest around a project for the defense of the right to health.

Keywords: Public Ministry. Social Control. Popular participation. Health Councils. Unified Health System (SUS).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Unidades de análise, universo e amostra da pesquisa.....	26
Quadro 2	– Etapas da técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2000).....	30
Quadro 3	– Principais dissertações de Mestrado selecionadas para análise	35
Quadro 4	– Teses de Doutorado selecionadas para análise	35
Quadro 5	– Principais artigos científicos selecionados para análise.....	36
Quadro 6	– Objetivos ou questões da pesquisa presentes nos principais trabalhos selecionados	36
Quadro 7	– Eixos temáticos construídos a partir dos objetivos ou questões de pesquisa dos trabalhos.....	37
Quadro 8	– A constituição da política de saúde e do SUS – linha do tempo.....	41
Quadro 9	– Relação de comarcas, municípios, promotores de justiça e procedimentos administrativos em curso	84
Quadro 10	– Normas recentes sobre o tema em vigência no Ministério Público do Maranhão	85
Quadro 11	– Relação instrumento, conceito e marco legal.....	87
Quadro 12	– Perfil dos Conselhos Municipais de Saúde	90
Quadro 13	– Perfil dos conselheiros municipais de saúde.....	91
Quadro 14	– Resumo das respostas convergentes	93
Quadro 15	– Dificuldades apontadas pelos entrevistados.....	113
Quadro 16	– Relação problema-estratégia	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AC	Alta Complexidade
AC	Análise de Conteúdo
ACP	Ação Civil Pública
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAOP	Centro de Apoio Operacional da Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF/CRFB	Constituição Federal
CGMP	Corregedoria Geral do Ministério Público
CGU	Controladoria-Geral da União
CIB/MA	Comissão Intergestores Bipartite do Maranhão
CLSC	Conselhos de Administração dos Centros Locais de Serviços Comunitários
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CNPG	Colégio Nacional de Procuradores Gerais
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSMP	Conselho Superior do Ministério Público
Denasus	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
ESMP	Escola Superior do Ministério Público
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA	Lei orçamentária anual
MA	Maranhão
MC	Média Complexidade
MP	Ministério Público
MUNIC/IBGE	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
NHS	National Health Service
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PCGs	Grupos de Atenção Primária
PNAS	Plano Nacional de Atuação em Saúde
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PPA	Plano Plurianual
Prev-Saúde	Programa Nacional dos Serviços Básicos em Saúde
SNPS	Sistema Nacional de Participação Social
STTR	Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PROBLEMA DA PESQUISA E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	19
3	PERCURSO METODOLÓGICO	22
3.1	Tipo de estudo	22
3.2	Local de estudo e universo da amostra	23
3.3	Instrumento e coleta de dados	27
3.4	Técnica de análise de dados	28
3.5	O Estado da Arte: dissertações de Mestrado, teses de Doutorado e artigos científicos sobre o tema.....	33
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	38
4.1	Ministério Público brasileiro, o direito à saúde e o SUS: uma visão geral.....	38
4.2	Democracia participativa, participação popular e Conselhos de Saúde.....	53
4.3	Controle social no SUS	67
4.4	O direito e a política na percepção da luta pelo reconhecimento	73
4.5	A participação social em saúde e o direito comparado: os sistemas de saúde britânico e canadense	78
5	MINISTÉRIO PÚBLICO DO MARANHÃO E CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: realidades e perspectivas.....	83
5.1	Ministério Público do Maranhão: a atuação das Promotorias de Justiça dos municípios selecionados	83
5.2	Conselhos Municipais de Saúde: o perfil dos conselhos e conselheiros de saúde dos municípios selecionados.....	88
5.3	Cotejamento das entrevistas nos municípios selecionados	92
5.4	Avaliação das variáveis.....	93
5.4.1	Participação nas reuniões ordinárias	94
5.4.2	Articulação com os demais órgãos de controle.....	101
5.4.3	Articulação com a comunidade.....	103
5.4.4	Mecanismos institucionais	106
5.4.5	Qualidade do controle	107
5.4.6	Autonomia em relação ao gestor.....	109
5.4.7	Estrutura de trabalho	110

5.4.8	Dificuldades identificadas.....	111
6	MINISTÉRIO PÚBLICO DO MARANHÃO: proposições para uma atuação que impacte o controle social no SUS	114
6.1	Experiência exitosa: Promotoria de Justiça de Cururupu	121
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
	REFERÊNCIAS	134
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	143
	APÊNDICE B - ENTREVISTA COM OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE	144
	APÊNDICE C - ENTREVISTA COM OS PROMOTORES DE JUSTIÇA	145
	APÊNDICE D - QUADRO RESUMO DAS ENTREVISTAS COM OS PROMOTORES DE JUSTIÇA	146
	APÊNDICE E - QUADRO RESUMO DAS ENTREVISTAS COM OS CONSELHEIROS DE SAÚDE	147

1 INTRODUÇÃO

A redemocratização do Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS), moldou e fortaleceu o Ministério Público e disponibilizou mecanismos e políticas públicas participativas, criando espaços públicos de vocalização das demandas dos cidadãos¹. Essas três estruturas democráticas – Ministério Público, SUS e participação popular – foram fruto da mesma movimentação jurídica e ideológica, (re) nascidas na Constituição Federal de 1988, e possuem forte inter-relação no discurso da defesa e efetivação dos direitos constitucionais.

Assume-se, por dicção constitucional, que cabe ao Ministério Público contribuir para a efetividade dos direitos de cidadania na área da saúde por meio do fortalecimento do controle social exercido com os Conselhos de Saúde. Nesse sentido, sendo a pesquisadora membro do Ministério Público do Maranhão desde 2004 e sendo parte na dinâmica de interação entre promotor de justiça e conselheiros de saúde, surgiram os primeiros questionamentos: como repensar sua atuação e a interação entre o Ministério Público e os conselheiros de saúde? Como, a partir dessa interação, impactar o controle social no SUS?

No Brasil, após longo processo que gestou o SUS tal qual existe hoje, a promulgação da Constituição de 1988 iniciou na doutrina e jurisprudência pátria uma evolução da tutela dos direitos sociais em geral e do direito à saúde em particular². E a efetivação dos direitos sociais figura como importante item de pauta de atuação do Ministério Público, cuja experiência revela dificuldades para a consolidação de novas formas de partilha de poder político e direcionamento das decisões políticas para o interesse público³.

Nesse mesmo contexto de construção constitucional de um novo paradigma de saúde pública como direito social, foi atualizada a função primordial do Ministério Público como instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis⁴.

¹ FERREIRA, Claudemiro Soares. **Políticas públicas de fomento ao controle social: estudo da relação entre participação social e falhas na gestão pública em prefeituras municipais da região nordeste**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010. p. 13.

² GLOBEKNER, Osmir Antonio. **A Saúde entre o público e o privado: o desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos**. Curitiba: Ed. Juruá, 2011. p. 57.

³ MACHADO, Eduardo de Paula. **Ministério Público, gestão social e os conselhos gestores de políticas públicas**. Lavras: UFLA, 2013. p. 13.

⁴ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 2004.

No Estado do Maranhão, todos os 217 municípios possuem formalmente Conselhos Municipais de Saúde, mas não havia estudos sobre a existência material, adequada e efetiva desses colegiados. Também existem Promotorias de Justiça em todas as comarcas do estado, mas não havia nenhuma pesquisa anterior que se propusesse a problematizar o relacionamento ou a interação entre Ministério Público e Conselhos de Saúde no exercício do controle social do SUS.

Por outro lado, durante os trabalhos de inspeção nas unidades do Ministério Público do Maranhão realizada pela Corregedoria Nacional do Ministério Público em dezembro de 2014, foi realizado atendimento do médico Elizabetho Lima Andrade em 02/12/2014, o qual solicitou a adoção de providências em relação à atuação do Ministério Público maranhense no acompanhamento do funcionamento dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde, sendo sua principal queixa a ausência de paridade nas representações das categorias dos profissionais de saúde na composição desses colegiados. Por conta desse atendimento, foi instaurado o Pedido de Providência Nº 483/2015-37 com o objetivo de aferir a regularidade da atuação do Ministério Público do Maranhão no que diz respeito à fiscalização dos Conselhos de Saúde em questão.

Sem a pretensão de esgotar o assunto, é importante investigar como vem sendo desenvolvido pelo Ministério Público, no que diz respeito a suas práticas e normas, o controle institucional do SUS no estado do Maranhão, se existe ou não diálogo interinstitucional entre o Ministério Público e os Conselhos Municipais de Saúde maranhenses, e discutir o amadurecimento da criação e estruturação dos conselhos.

É necessário identificar quais ações são ou podem ser realizadas pelo Ministério Público, na perspectiva de sua atribuição constitucional primordial, para integrar o controle social, recebendo as demandas dos conselheiros de saúde dentro da sua matriz de fiscalização e adotando medidas de fortalecimento dos vínculos institucionais necessários ao melhor exercício do controle social.

Nesse mesmo sentido, também é necessário verificar se tem ocorrido o fortalecimento dos conselheiros e a instrumentalização e profissionalização da estrutura dos conselhos, bem como se há no estado do Maranhão compromisso dos gestores da saúde na efetivação desses espaços, envolvendo sustentabilidade financeira e estrutural e o fortalecimento da cultura democrática e da gestão participativa. É preciso, ainda, identificar qual o verdadeiro perfil dos Conselhos de Saúde dos municípios maranhenses, verificando suas estruturas, independência e proatividade, bem como se as deficiências encontradas realmente impedem ou dificultam a gestão democrática e transparente dos recursos na saúde.

Na atuação extrajudicial do Ministério Público Brasileiro, atividade na qual se projeta o presente estudo, observa-se a realização do controle institucional das políticas públicas e direitos sociais preconizados pela Constituição Federal. E o fundamento para a atuação do Ministério Público, visando à efetividade da participação popular no SUS, está na nova ordem constitucional, que o define como instituição de defesa da dignidade da pessoa humana e do regime democrático, garantindo a existência e o bom funcionamento dos mecanismos e instrumentos democráticos de poder, entre eles a participação popular⁵.

Um interessante fundamento do princípio participativo pode ser encontrado em Rousseau⁶, para quem a agregação dos indivíduos une e orienta as forças existentes, garantindo a conservação do corpo moral e coletivo formado pela associação das pessoas particulares. A vontade geral daí resultante não é a soma das vontades particulares, mas dirige o Estado de acordo com o interesse comum. Para Rousseau⁷, se a participação (serviço público) deixar de ser atividade principal dos cidadãos, o Estado estará em ruína – “se necessário ir ao conselho, nomearão deputados e ficarão em casa” – e a pátria será escravizada e vendida pelos seus representantes.

Rawls⁸ afirma que o princípio participativo obriga aqueles que estão no poder a ser sensíveis aos interesses do eleitorado, pois quando se atende a esse princípio, todos têm o *status* comum de cidadãos iguais. Para que o fórum público seja livre e aberto a todos, todos devem poder dele participar e os cidadãos devem ter os meios de informar-se sobre questões políticas e de avaliar se as propostas em andamento interferem no seu bem-estar e quais políticas promovem sua concepção de bem público⁹. Para Rawls¹⁰, o essencial é que a Constituição institua direitos de participação nos assuntos públicos.

A Constituição Federal de 1988 consagrou no art. 198, III, que a participação popular é um dos pilares do SUS. Como instrumento de democracia participativa, tem a função de garantir à comunidade espaço direto na formulação, implementação e gestão das políticas públicas, afastando as práticas paternalistas e desenvolvendo o senso de responsabilidade comum¹¹. Muito embora haja divergência na doutrina, participação popular

⁵ LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. **Participação popular em saúde e Ministério Público: contribuições para a efetivação do Sistema Único de Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2013. p. 145.

⁶ ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do Contrato Social**. São Paulo: Ed. Nova Cultural LTDA, 1999. (Coleção Os Pensadores). p. 69.

⁷ Ibid., p. 185.

⁸ RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 277-278.

⁹ Ibid., p. 277-278.

¹⁰ Ibid., p. 281.

¹¹ LEHMANN, op. cit., p. 122.

e controle social não são sinônimos, embora ambos explicitem a noção comum de cidadania¹².

A participação da comunidade na área da saúde foi regulamentada na legislação infraconstitucional, por meio da Lei 8.142/90, na forma do controle social, ou seja, os setores organizados da sociedade civil participam da formulação dos planos, programas e projetos, acompanham suas execuções e definem a alocação de recursos, tendo como baliza o interesse da comunidade¹³. Esse marco legal estabeleceu a existência das Conferências e dos Conselhos Municipais de Saúde.

As conferências, convocadas em intervalos de quatro anos, têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo¹⁴. Os Conselhos Municipais de Saúde, por sua vez, são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil, e os demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde), e objetivam o exercício coletivo e representativo do controle propriamente dito¹⁵. Os conselhos têm-se configurado desde a esfera nacional (Conselho Nacional de Saúde) até as esferas de serviço (Conselhos Gestores de Unidades/Programas), passando por esferas regionais, micro e macrorregionais, locais, distritais, municipais e estaduais¹⁶.

Segundo dados oficiais disponíveis no sítio eletrônico do Conselho Nacional de Saúde¹⁷, existem Conselhos de Saúde em todos os municípios brasileiros (5.565), com cerca de 110 mil conselheiros, novos *sujeitos sociais* no SUS. Gohn¹⁸ explica o termo *sujeitos sociais* a partir da multiplicidade de agentes que organizam a participação social, que não são nem indivíduos isolados, nem membros de uma dada classe social, conformando-se nos entes principais dos processos participativos. É imperioso avaliar se a interface realizada pelo Ministério Público com esses conselheiros, a partir de suas práticas de diálogo interinstitucional, tem potencial para qualificar o controle social por eles exercido e fortalecer

¹² Ibid., p. 123.

¹³ BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990a.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete Simões da et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Ed. Cortez, 2006. Disponível em: <<http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-6.pdf>> Acesso em 07 mar. 2016. p. 15.

¹⁶ CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1 jan./jun. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>> Acesso em: 07mar. 2016. p. 48.

¹⁷ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Dados gerais**: página inicial. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/index.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

¹⁸ GOHN, Maria da Glória Marcondes. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 21.

a cidadania.

A revisão prévia de artigos científicos, dissertações de Mestrado e teses de Doutorado realizadas sobre o tema em questão nos programas de pós-graduação em Direito e Ciências da Saúde do estado do Maranhão de 2006 a 2016 tem evidenciado que não há produção científica sobre a inter-relação do Ministério Público e dos Conselhos Municipais de Saúde no exercício do controle social do SUS no Maranhão, daí a relevância deste estudo.

Considerando a natureza da pesquisa, as hipóteses que se pretende verificar ou ideias que se pretende construir são: a) a atuação interinstitucional operada pelo Ministério Público contribui para a efetividade dos direitos de cidadania na área da saúde por meio do controle social exercido com os Conselhos Municipais de Saúde, possibilitando a realização de ações práticas voltadas à superação das limitações desses colegiados, fortalecendo o controle social e a cidadania; e b) o mapeamento dos Conselhos de Saúde no estado do Maranhão permite avaliar a estrutura de trabalho dos conselheiros e seu perfil de representatividade (idade, grau de instrução, vinculação institucional, qualificação e autonomia em relação ao gestor da política).

A estrutura da presente dissertação é composta de Introdução, cinco capítulos e Considerações Finais. O primeiro capítulo descreve o problema e os objetivos da pesquisa, geral e específicos, a partir da experiência profissional da pesquisadora. O segundo capítulo aborda o percurso metodológico, com a descrição do local da pesquisa, o panorama dos municípios que compõem a amostra, o instrumento utilizado, os procedimentos para a análise dos dados, o fundamento do método escolhido no estudo e o estado da arte. O terceiro capítulo trata da revisão da literatura e do referencial teórico utilizado na pesquisa. Aborda e contextualiza temas relacionados ao Ministério Público e ao direito à saúde, Conselhos de Saúde, controle social e democracia deliberativa. O quarto capítulo apresenta a análise dos dados, com o resultado e a discussão do material coletado na pesquisa, estruturado a partir das variáveis que foram utilizadas. O quinto capítulo procura contemplar o último objetivo específico da pesquisa e propor formas de atuação do Ministério Público junto à sociedade e ao Estado para o fortalecimento da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, ainda apresentando recortes do projeto “Jornadas Jurídicas”, realizado na Comarca de Cururupu.

2 PROBLEMA DA PESQUISA E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

O problema a ser abordado é: como o Ministério Público do Maranhão pode exercer seu papel constitucional de contribuir para a efetividade dos direitos de cidadania na área da saúde por meio do fortalecimento do controle social exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde?

Com base na experiência profissional da pesquisadora, que atuou como promotora de justiça em vinte comarcas, totalizando 38 municípios, é possível afirmar que no estado do Maranhão a maioria dos Conselhos de Saúde funciona apenas formalmente, com limitações de natureza estrutural e de qualificação dos membros, constituindo-se apenas em mecanismo de legitimação de gestões e de transferência de recursos.

Por outro lado, é necessário repensar as práticas positivas institucionalmente uniformes operacionalizadas pelo Ministério Público que têm o potencial de densificar o acesso eficiente da sociedade aos serviços de saúde, por meio da efetivação do diálogo interinstitucional e de melhores práticas de fiscalização e controle do funcionamento regular dos conselhos.

Restavam dúvidas quanto à qualidade do diálogo interinstitucional e, portanto, do controle realizado pelo Ministério Público e quanto à existência de autonomia dos conselheiros em relação ao gestor da política, já que se acreditava que uma parcela significativa dos conselhos era presidida pelos próprios secretários municipais de Saúde. Além disso, segundo dados do Plano Nacional de Saúde 2012-2015, publicado pelo Ministério da Saúde em 2011 (www.saude.gov.br/bvs), existem muitas dificuldades evidentes, como ausência de sede própria, telefone e acesso à internet. O Plano Nacional de Saúde 2016-2019, por sua vez, destaca a necessidade de promover a capacitação de lideranças dos movimentos sociais e conselheiros de saúde, fortalecendo as instâncias de controle social, em especial os Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde foram criados para ser um espaço de diálogo entre interesses convergentes, ainda que pontualmente contrários, dos diversos segmentos da sociedade neles representados, objetivando a formação de um consenso sobre a gestão em saúde¹⁹. Mas na maioria dos municípios maranhenses, os Conselhos de Saúde são possivelmente compostos por pessoas que não possuem capacitação técnica, impedindo ou dificultando a defesa do interesse público em torno da política de saúde.

¹⁹ CORREIA, op. cit., p. 17.

Nesse contexto, a fiscalização a ser exercida pelo Ministério Público e a interação existente entre o Conselho de Saúde e os demais mecanismos e órgãos de controle, a exemplo do Legislativo Municipal e Tribunais de Contas, ainda é disfuncional. Há necessidade de se aumentar a comunicação e o compartilhamento de saberes e dados entre os atores mais evidentes no processo de fiscalização e controle de aplicação de recursos públicos, mormente na área da saúde.

A interação eficiente entre o Ministério Público e os Conselhos de Saúde tem importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde. Nessa perspectiva, espera-se que os Conselhos de Saúde não funcionem apenas como instâncias legitimadoras da administração pública, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem, e que o Ministério Público exerça o protagonismo necessário ao fortalecimento do controle social²⁰.

O presente estudo tem como finalidade o aprofundamento da compreensão do controle social a partir da concepção habermasiana de Estado e de sociedade civil, dando enfoque sobre o relacionamento interinstitucional havido entre o Ministério Público e os Conselhos Municipais de Saúde no estado do Maranhão. Pretendeu-se debater sobre os mecanismos de controle social a partir da avaliação dessa interface, verificando se os conselhos se tornaram espaços cooptados pelo Estado ou espaços de luta para a conquista de mais poder dentro do Estado e quais as práticas e normas operacionalizadas pelo Ministério Público ante a atuação dos conselhos para favorecer o acesso da sociedade ao controle social e à eficiência dos serviços de saúde.

Pretendeu-se contextualizar o controle social na política de saúde brasileira, abordando as conferências e os conselhos enquanto mecanismos de tal controle, embora com foco nos Conselhos de Saúde, contribuindo para a análise qualitativa do controle social realizado e demais mecanismos e atores existentes e disponíveis no estado do Maranhão, a partir da avaliação da representatividade dos membros, deficiências na estrutura, interação com as demais instituições de controle e possibilidades de mudanças que favoreçam a efetivação da missão legalmente estabelecida, avaliando quais fatores interferem ou dificultam a participação popular nos fóruns constituídos em que são decididos os rumos da política a ser implementada no setor de saúde no estado do Maranhão.

²⁰ VAN STRALEN, C. J., et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30978.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2016. p. 623.

O objetivo geral do presente estudo consistiu em analisar as práticas e normas do Ministério Público do Maranhão para o fortalecimento do controle social exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde, e os objetivos específicos foram os seguintes: (1) descrever o perfil dos conselhos e conselheiros de saúde no Estado do Maranhão; (2) analisar o nível de articulação interinstitucional com os Conselhos de Saúde dos municípios maranhenses; (3) propor formas de atuação junto à sociedade e ao Estado para o fortalecimento da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde na efetivação dos direitos de cidadania.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

O método utilizado foi o hermenêutico-dialético com abordagem qualitativa, que permitiu a descrição e interpretação da atuação do Ministério Público do Maranhão na efetivação dos direitos de cidadania na área da saúde por meio do fortalecimento do controle social exercido com os Conselhos Municipais de Saúde.

Segundo Minayo:

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o testemunho como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso na linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações, porém com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais²¹.

Para Bogdan e Biklen²², a abordagem qualitativa permite perceber o modo como os sujeitos interpretam os aspectos do mundo, o que subentende a coleta de dados de caráter descritivo que possibilitem a compreensão das representações, dificuldades, atitudes, significados e preferências dos sujeitos sobre determinados acontecimentos, sendo de natureza descritiva estudos baseados majoritariamente em entrevistas, documentos pessoais ou outros registros.

Dessa forma, neste trabalho foi utilizado o enfoque qualitativo para o estudo, com o objetivo de compreender as práticas do Ministério Público do Maranhão para o fortalecimento do controle social exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Na pesquisa, optou-se pelo estudo descritivo como “estudo de caso” proposto por Fachin²³, porquanto se leva em consideração a compreensão como um todo do assunto analisado esperando obter uma descrição e compreensão dos indicadores, sem contar o número de casos envolvidos.

Definida a abordagem do estudo e o tipo de estudo a realizar é necessário selecionar o modelo para responder às questões da pesquisa e chegar aos objetivos. Dentre os

²¹ MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 227.

²² BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto, 1994. p. 16.

²³ FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia**. São Paulo: Atlas, 2006. p. 45.

diversos modelos existentes, de acordo com a classificação adotada por Sampieri et al.²⁴, utilizou-se o modelo de pesquisa não experimental transversal descritivo, que é um estudo no qual não há manipulação das variáveis e os dados são obtidos em apenas um momento. É descritivo porque o modelo tem o objetivo de caracterizar e proporcionar uma visão de um fenômeno ou uma situação.

Este estudo utilizou a pesquisa descritiva, a partir da taxonomia proposta por Vergara²⁵, segundo seus fins e seus meios. Quanto aos fins, a pesquisa buscou analisar o funcionamento do controle social no SUS, esclarecendo quais as práticas do diálogo interinstitucional havido entre o Ministério Público do Maranhão e os Conselhos Municipais de Saúde e suas decorrências para o fortalecimento da cidadania, pressupondo-se a pesquisa descritiva como base para as explicações advindas. Quanto aos meios, utilizaram-se as pesquisas de campo, documental e bibliográfica.

3.2 Local de estudo e universo da amostra

A pesquisa foi realizada nos municípios maranhenses da Região de Saúde de Pinheiro/MA, definida na Resolução CIB/MA nº 44/2011²⁶ e que engloba 17 municípios, no âmbito das Promotorias de Justiça, Secretarias de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.

O trabalho de campo cobriu o conjunto de experiências das Promotorias de Justiça e Conselhos Municipais de Saúde dos municípios do Território, sem aprofundá-lo caso a caso. Esta imersão foi iniciada em outubro de 2016 e concluída em dezembro de 2016. O principal objetivo da pesquisa de campo foi analisar as normas e as práticas do Ministério Público do Maranhão para o fortalecimento do controle social exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde. Para isso, foi mapeada a existência dos Conselhos de Saúde no Território da Região de Saúde de Pinheiro e analisada a relação interinstitucional.

O Território da Região de Saúde de Pinheiro está localizado no oeste do estado do Maranhão e é formado por 17 municípios, a saber: a) Bequimão; b) Peri-Mirim; c) Pinheiro; d) Pedro do Rosário; e) Presidente Sarney; f) Turiaçu; g) Santa Helena; h) Turilândia; i) Central do Maranhão; j) Mirinzal; k) Guimarães; l) Cedral; m) Porto Rico do Maranhão; n) Cururupu; o) Serrano do Maranhão; p) Bacuri; e q) Apicum-Açu.

²⁴ SAMPIERI, R. H. et al. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. p. 168-171.

²⁵ VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 119.

²⁶ MARANHÃO. Resolução nº 44 de 16 de junho de 2011. Dispõe sobre a conformação das regiões de saúde. **Diário Oficial do Estado do Maranhão**, 2011.

A maioria dos municípios da Região de Saúde de Pinheiro possui baixos indicadores sociais. Sua economia é basicamente de subsistência e as principais atividades econômicas são extrativismo vegetal, agricultura e pesca. As condições de saúde da população analisada são precárias e o funcionamento dos mecanismos de controle era desconhecido.

A existência de Promotorias de Justiça nos municípios maranhenses observa o critério da lei de organização judiciária do estado do Maranhão, Lei Complementar 14/91, que organizou e dividiu os municípios em comarcas (sedes e termos judiciários). A existência formal de Conselhos de Saúde, por sua vez, é completa nos municípios maranhenses. Ou seja, não há município no Maranhão que não tenha declarado em 2013 para a MUNIC/IBGE a existência de Conselho Municipal de Saúde.

Os dados sobre a existência de Promotorias de Justiça e implantação dos Conselhos de Saúde nos municípios permitem reconhecer apenas a expansão, em tese, da presença do Ministério Público e da participação sociopolítica no país, se tomada como parâmetro a sua existência em termos numéricos.

Entretanto, é necessário extrapolar a avaliação quantitativa da existência dessas instâncias e analisá-las com enfoque sobre a efetivação do exercício do controle social por meio da avaliação dos resultados da sua atuação, em duas perspectivas: da consolidação dos Conselhos de Saúde como espaços participativos, deliberativos, promotores de diálogo entre a sociedade civil e o Estado; e do papel do Ministério Público no fortalecimento do controle social do SUS, a partir da interação com os Conselhos de Saúde nos municípios.

Para a realização deste estudo, o universo da pesquisa localizou-se na região de Saúde de Pinheiro, com os municípios nela compreendidos, com enfoque em dois vetores: a regionalização da saúde (perspectiva geográfica) e a estratificação do SUS a partir do grau de atenção (básica, média e alta complexidade).

O SUS está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo, e ordena o cuidado com a saúde em níveis de atenção, que são de básica, média e alta complexidade²⁷. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde²⁸.

A Atenção Básica (AB) constitui o primeiro nível de atenção à saúde adotada pelo SUS e consiste em um conjunto de ações (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e

²⁷ PEREIRA, Ana Lúcia et al. **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 8.

²⁸ Ibid., p. 30.

reabilitação) dirigidas a populações de territórios delimitados²⁹.

A Média Complexidade (MC) compõe-se por ações e serviços cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico³⁰. A Alta Complexidade (AC), por sua vez, constitui um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo³¹.

Acompanhando Pereira et al.³², o nível de complexidade oferecido pelo município estimula novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional. Na mesma proporção, demanda o robustecimento da rede de controle social dos recursos da saúde, gerando mais complexidade nos trabalhos desenvolvidos pelo Ministério Público e pelos conselheiros municipais de saúde. Essa assertiva leva ao reconhecimento de que os níveis de atenção possuem realidades distintas de controle social a serem conhecidas.

Dessa maneira, objetivando obter um universo mais representativo para a presente pesquisa, e a partir da Resolução CIB/MA nº 44/2011, foi selecionada uma Região de Saúde, entre as 19 existentes, que englobasse municípios de pequeno e médio porte que ofertassem os níveis de atenção da AB e MC, identificando-se a região de Pinheiro, na mesorregião Norte Maranhense, pela sua situação geográfica (proximidade com a capital do Estado), pela diversidade de municípios nela contidos e pela presença dos dois níveis de complexidades entre os municípios pesquisados.

A Região de Saúde de Pinheiro possui municípios em que as condições de saúde da população são precárias e o funcionamento dos mecanismos de controle é pouco conhecido. Além disso, é a região de saúde geograficamente mais próxima da capital que não está inserida na Macrorregião de Saúde de São Luís.

Foi adotado o método de seleção da amostra por acessibilidade, que não considera a validade estatística dos resultados, em que, de acordo com Gil, “[...] o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo”³³. Todos os municípios participaram da pesquisa, que foi realizada com a colaboração das Promotorias de Justiça, tendo em vista que em todos eles os conselhos não possuem um contato direto e/ou exclusivo e, por isso, dependem da estrutura de outros órgãos municipais, em especial do gestor da política de saúde.

²⁹ Ibid., p. 30.

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 140.

³¹ Ibid., p. 27.

³² PEREIRA et al., op. cit., p. 21.

³³ GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1995. p. 97.

Os critérios para a seleção da amostra foram os seguintes:

a) Promotores de Justiça:

- Atuar como titular em exercício no município no momento da coleta de dados;
- Disponibilidade para participar na pesquisa.

b) Conselheiros de Saúde:

- Representante dos usuários do SUS no Conselho Municipal de Saúde;
- Disponibilidade para participar na pesquisa;
- Ter participado, ainda que como suplente, de pelo menos uma reunião no último exercício.

A seguir, após analisados os critérios de seleção da amostra, o Quadro 1, no qual são listados a técnica utilizada, a unidade de análise, o universo e a amostra da pesquisa:

Quadro 1 – Unidades de análise, universo e amostra da pesquisa

Técnica	Unidade de análise	Universo	Amostra
Entrevista individual	Promotores de Justiça	9	7
	Conselheiros de Saúde	102	17
Total		111	24

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Dessa forma, no contexto desses municípios foram ouvidos os promotores de justiça em exercício da titularidade das Promotorias de Justiça selecionadas que tivessem atribuições na área da saúde. Foram identificados os conselheiros de saúde desses municípios que fossem representantes dos usuários, e entrevistado apenas um conselheiro de saúde por município, escolhido pelo critério da acessibilidade.

Foi verificada a instalação real dos conselhos em cada um dos municípios avaliados e o diálogo institucional entre Ministério Público e Conselho Municipal de Saúde. A partir da informação dos conselhos existentes, foi avaliado o funcionamento regular ou irregular de sua estrutura, identificando-se as principais deficiências e obstáculos para o melhor desempenho da fiscalização da gestão em saúde, bem como os vetores responsáveis pelas deficiências observadas.

Em seguida, foi traçada a avaliação do relacionamento interinstitucional entre Ministério Público e Conselhos de Saúde no exercício do controle social do SUS, por meio da avaliação das práticas e das possibilidades, bem como o perfil dos conselheiros, por meio da análise dos regimentos internos e dos documentos de indicação de seus membros. Esperou-se

identificar os segmentos sociais representados, a qualidade do controle atribuída pelo entrevistado, o grau de autonomia em relação ao gestor, bem como a representatividade dos conselheiros em relação aos atores sociais disponíveis em cada comunidade. Também foram consideradas a estrutura de trabalho e o conhecimento de mecanismos institucionais que favoreçam o fluxo de informação entre as instituições ou que sirvam para a fiscalização e o acompanhamento da política de saúde.

Por fim, foi avaliado o grau de articulação interinstitucional do conselho no território do município, seja pelos instrumentos formais, como convênios e parcerias oficiais, seja pela prática cotidiana de colaboração e interação entre promotores de justiça e conselheiros, e entre esses e os demais atores responsáveis pela efetivação do controle social na política pública em saúde.

3.3 Instrumento e coleta de dados

Foram utilizadas as seguintes técnicas e instrumentos de coleta de dados: pesquisa documental, entrevista semiestruturada e observação livre, conforme a classificação de Triviños³⁴.

A pesquisa documental foi usada para a coleta de dados, porquanto “[...] este instrumento de coleta de dados pode servir para complementar informações obtidas na investigação, ou para descobrir aspectos novos relacionados ao tema”³⁵. Por isso, a pesquisa documental constituiu um instrumento importante na pesquisa qualitativa, já que ela alimenta-se de informações contidas em diferentes tipos de documentos escritos, os quais constam como fontes de dados e convertem-se em rica fonte histórica de informações.

Nesse sentido, foram analisados diversos documentos, tais como: normas e resoluções do Ministério Público do Maranhão e do Conselho Nacional do Ministério Público, leis de criação, regimentos internos e atas das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde estudados e outros documentos que se fizeram necessários para o desenvolvimento da pesquisa.

Para Triviños³⁶, a observação estruturada é utilizada na “[...] pesquisa qualitativa quando se deseja colocar em relevo a existência, a possibilidade de existência, de algum ou alguns traços específicos do fenômeno que se estuda, buscando a verificação de hipóteses”. Já

³⁴ TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: São Paulo: Atlas, 2007. p. 152.

³⁵ LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. p. 38.

³⁶ TRIVIÑOS, op. cit., p. 152.

na observação livre, o pesquisador busca o inesperado, e esta é realizada sem a necessidade de comprovar ou não alguma hipótese, pois parte da necessidade de conhecer o fenômeno.

Assim, foi utilizada a observação livre por compreender que esta modalidade não condiciona o investigador para uma observação dirigida, porém possibilita a análise de todas as relações promovidas nos espaços investigados, revelando dessa maneira várias características do fenômeno.

As observações foram feitas nas atividades desenvolvidas pelos conselheiros municipais de saúde e nas práticas interinstitucionais realizadas pelo Ministério Público para o fortalecimento do controle social na área da saúde, sendo devidamente registradas num diário, por meio de anotações diretas, interpretativas, de campo, temáticas e pessoais³⁷.

A entrevista semiestruturada é uma técnica que também foi utilizada para a coleta dos dados por compreender que esta se baseia “[...] em um guia de assuntos ou questões e o pesquisador tem a liberdade de introduzir mais questões para a precisão de conceitos ou obter maior informação sobre os temas mais desejados”³⁸.

Nessa perspectiva, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os promotores de justiça e conselheiros de saúde representantes dos usuários dos municípios da Região de Pinheiro, nas quais constou anotação prévia sobre a região, perfil sociodemográfico e representação civil dos entrevistados, a existência regular e as condições estruturais de funcionamento dos conselhos, mecanismos de atuação interinstitucional e práticas recentes de interação.

A coleta só foi iniciada após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Ceuma, sob o nº CAAE 60290216.0.0000.5084. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas pela pesquisadora.

3.4 Técnica de análise de dados

Para a análise dos dados, pondera-se o contexto de realização desta pesquisa, desenvolvida no âmbito de um Mestrado Profissional em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma, singularizado pelo processo de formação, pela multidisciplinaridade e caráter funcional do trabalho final. No que se refere à análise dos

³⁷ SAMPIERI et al., op. cit., p. 367.

³⁸ Ibid., p. 381.

dados coletados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (AC), proposta por Bardin³⁹.

Para Bardin, a análise de conteúdo é

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens⁴⁰.

A análise de conteúdo permite inferir o “[...] que está sendo dito sobre determinado tema”⁴¹, a partir de procedimentos metodológicos que viabilizaram uma avaliação de contexto e da própria entrevista, em que os dados puderam ser categorizados, contabilizados e organizados em tabelas ou quadros.

Para Bardin⁴², é possível analisar “[...] qualquer comunicação, isto é, qualquer veículo de significados de um emissor para um receptor, controlado ou não por este, deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas da análise de conteúdo”. Assim, verifica-se que “[...] o ponto de partida da Análise de Conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada”⁴³.

Na presente pesquisa, buscou-se apreender os sentidos e os significados de uma dada realidade social em que tanto o investigador quanto os sujeitos participantes da pesquisa estão inseridos, procurando, sempre que possível, encontrar a convergência semântica e a sistematização quantitativa. Para tanto, a Análise de Conteúdo foi a técnica escolhida porque:

“Adaptável a um campo vasto de comunicações, que analisa os significados através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo e tem por finalidade a interpretação desta mensagem”⁴⁴.

Essa técnica permite que sejam estabelecidas categorias analíticas, que podem ou não ser estabelecidas no início da pesquisa ou tomar forma no decorrer do processo⁴⁵. No caso da presente pesquisa, foram definidas anteriormente categorias, aqui chamadas de variáveis (participação, articulação, qualidade, estrutura, etc.) e as respostas encontradas nas entrevistas foram agrupadas e categorizadas com o uso de critérios semânticos (categorias temáticas) e

³⁹ BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. Edições 70, 2011.

⁴⁰ Ibid., p. 42.

⁴¹ VERGARA, op. cit., p. 15.

⁴² BARDIN, op. cit., p. 38.

⁴³ FRANCO, Maria Laura P Barbosa. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Brasília, DF: Liber Livro Editora, 2008 (Série Pesquisa, 6). p. 12.

⁴⁴ BENETI, Anna M Canavarro. Considerações sobre o enfoque epistemológico do materialismo histórico dialético na pesquisa educacional. **Revista Ibero Americana de Educação**, São Paulo, n. 50, p. 1-15, sep. 2009. p. 12.

⁴⁵ Ibid., p. 12.

léxicos (classificação das palavras da mensagem segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos)⁴⁶, com o objetivo de evitar desvios e dispersão no material, para que se pudesse conhecer “índices invisíveis, ao nível dos dados brutos”⁴⁷.

Os principais aspectos da estratégia metodológica da análise de conteúdo são:

- a) Os objetivos específicos devem nortear a análise;
- b) Utiliza a leitura analítica como instrumento para a realização da análise.

A técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin⁴⁸ como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Essas etapas podem ser especificadas como se mostra no Quadro 2.

Quadro 2 – Etapas da técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2011)

Etapas	Descrição
Pré-análise	Nesta etapa são desenvolvidas as operações preparatórias para a análise propriamente dita. Consiste num processo de escolha dos documentos ou definição do <i>corpus</i> de análise; formulação das hipóteses e dos objetivos da análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final
Exploração do material ou codificação	Consiste no processo através do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto
Tratamento dos resultados - Inferência e interpretação	Busca-se, nesta etapa, colocar em relevo as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples (frequência) ou mais complexa, como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras, modelos etc.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Bardin⁴⁹.

Para a análise do conteúdo, os dados foram extraídos das respostas às entrevistas aplicadas, das observações livres que foram realizadas durante as reuniões ordinárias dos Conselhos Municipais de Saúde, assim como da análise das legislações oficiais do Ministério Público e dos municípios, o que possibilitou realizar a análise à luz do referencial teórico da pesquisa e serviu para realizar a triangulação dos dados obtidos.

Após o levantamento dos dados, foram feitas as análises das práticas, normas e possibilidades existentes no Ministério Público do Maranhão, no que diz respeito ao relacionamento institucional mantido com os Conselhos de Saúde dos municípios maranhenses, verificando a possibilidade de aprimoramento do controle social das políticas públicas e saúde, bem como verificando a situação dos Conselhos Municipais de Saúde no

⁴⁶ BARDIN, op. cit., p. 147.

⁴⁷ Ibid., p. 147.

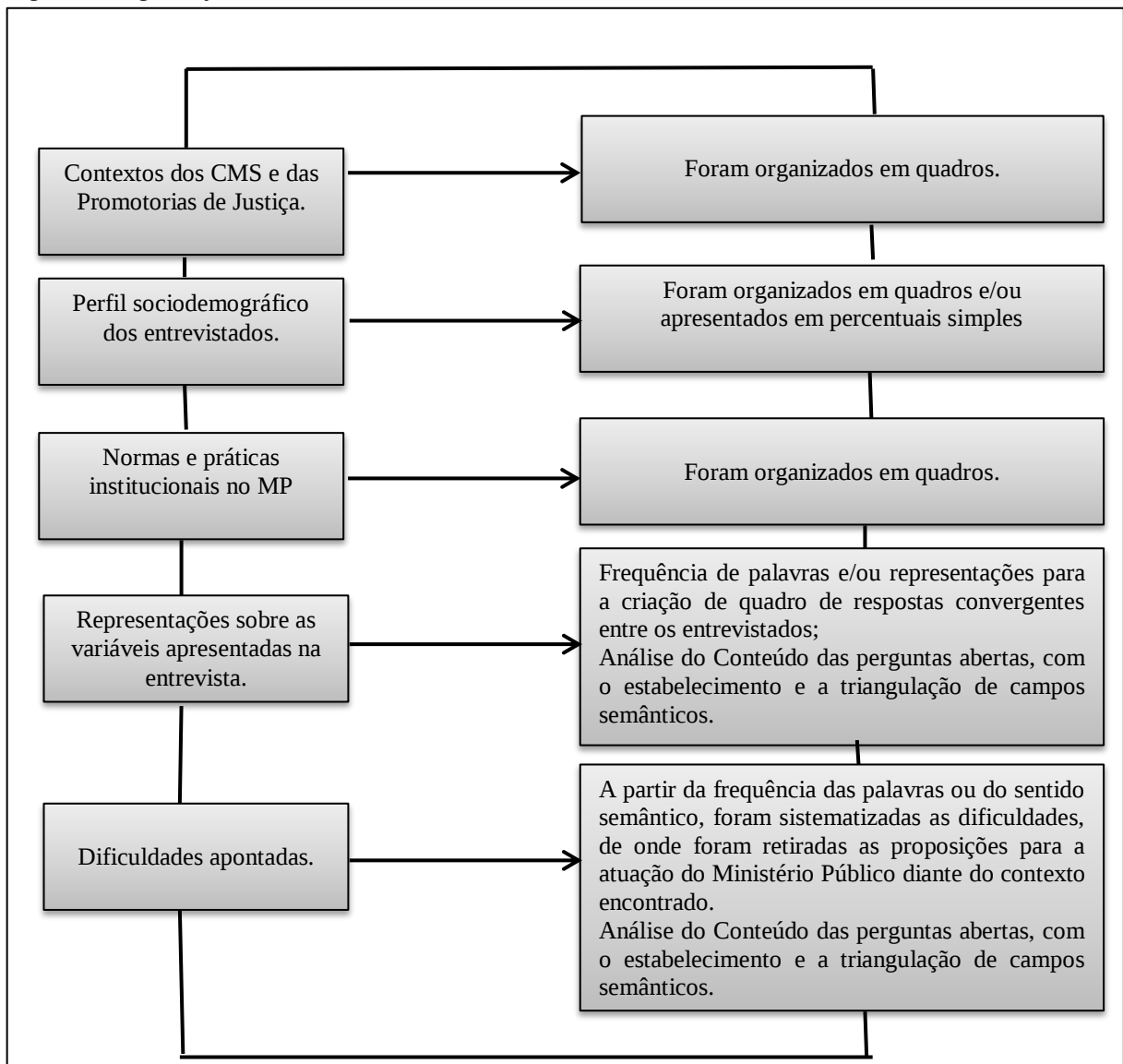
⁴⁸ Ibid., p. 121.

⁴⁹ Ibid., p. 121.

estado do Maranhão, o perfil da representatividade dos membros, a estrutura de funcionamento e a repercussão de tais questões na qualidade do controle da política.

Após a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo, os dados foram organizados, categorizados e analisados obedecendo aos fundamentos do referencial teórico que conduziu a pesquisa. A organização e a análise dos dados foram realizadas segundo a lógica apresentada na figura abaixo:

Figura 1 - Organização e a análise dos dados



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Dessa forma, a organização dos dados foi efetivada pelas respostas obtidas nas entrevistas, que foram digitadas e agrupadas de acordo com as perguntas estabelecidas no instrumento e seguindo a sequência das perguntas para proceder a categorização, sistematização, interpretação e análise dos resultados. Essa técnica permitiu a visualização

estratégica das respostas a partir dos grupos semânticos, o que viabilizou, entre outras coisas, o desenvolvimento do terceiro objetivo específico da pesquisa.

O processo de desenvolvimento da pesquisa foi enriquecedor, tendo sido possível perceber a realidade de alguns municípios da Região de Saúde de Pinheiro/MA, dos quais se conheceu a dinâmica do funcionamento e interação das Promotorias de Justiça e dos Conselhos Municipais de Saúde. Ressalta-se que os municípios foram referidos em alguns momentos por letras e números de M1 a M17, os promotores de justiça por PJ1 a PJ7 e os conselheiros de saúde por CS1 a CS17, de forma aleatória, para preservar o sigilo.

Em campo, foram enfrentados alguns entraves na realização da pesquisa, tais como o acesso aos conselhos, aos seus membros e aos documentos oficiais (atas, regimento interno, resoluções etc.). Mesmo expondo as finalidades do trabalho, foi possível perceber que a questão do controle social não tem sido uma prioridade para os municípios, inclusive havendo um “escondimento” e um “temor” na realização do contato com os conselheiros municipais de saúde, além de outras incoerências detectadas.

Os entraves encontrados foram de diversas ordens, especialmente na aproximação dos Conselhos de Saúde, destacando-se: identificação e localização dos conselheiros, não disponibilização pelos municípios dos documentos necessários à pesquisa, dificuldade de localização do local de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, além das questões políticas, pois foi recorrente a imposição da necessidade de tornar o gestor municipal da saúde ciente da procura pelo Conselho Municipal de Saúde antes da disponibilização de qualquer informação, como identidade dos conselheiros ou documentos básicos (regimento interno, atas etc.), ou manifestação da preocupação de que esta pesquisa pudesse se tratar de uma fiscalização.

Com relação ao contato com os promotores de justiça, não houve nenhuma dificuldade na realização da entrevista. O agendamento prévio da entrevista somente ocorreu com os promotores PJ1, PJ2 e PJ4, sendo os demais localizados em suas comarcas durante o horário normal de trabalho, sem acionamento prévio e sem imposição de qualquer obstáculo para o atendimento à pesquisadora. Nenhum dos participantes, promotores de justiça ou conselheiros de saúde, criou qualquer obstáculo para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora.

No que se refere à entrevista em si, foi necessário realizar perguntas complementares para alguns conselheiros de saúde (CS1, CS2, CS4, CS5, CS7, CS9, CS10, CS14, CS15 e CS16), os quais, apesar de informarem que possuem o ensino médio ou ensino

superior, não conseguiram elaborar as respostas aos tópicos inicialmente apresentados pela pesquisadora.

Diante dos obstáculos encontrados pela pesquisadora, houve a necessidade de solicitar a colaboração das Promotorias de Justiça, principalmente para que houvesse a disponibilização da legislação e dos regimentos internos, da composição dos Conselhos de Saúde ou mesmo de algumas atas de reuniões, uma vez que na maioria dos casos estes documentos não estavam acessíveis nas sedes dos Conselhos Municipais de Saúde.

Desse modo, neste capítulo será discutida a relação entre o Ministério Público e os Conselhos de Saúde dos municípios selecionados, buscando enfoque nos aspectos referentes à existência dos conselhos, participação nas reuniões ordinárias, interação com outros órgãos de controle, dificuldades e limitações encontradas, entre outros aspectos, tendo em vista conhecer o controle social no contexto da região objeto deste estudo.

Tendo visto os principais elementos da pesquisa, será apresentada a realidade no Território da Região de Saúde de Pinheiro/MA, cujos dados permitem compreender as práticas do Ministério Público no exercício da interação com os Conselhos de Saúde, bem como a estruturação do controle social nessas municipalidades e o perfil dos conselhos e conselheiros municipais de saúde.

3.5 O Estado da Arte: dissertações de Mestrado, teses de Doutorado e artigos científicos sobre o tema

Diversos estudos relacionados à atuação do Ministério Público no controle social do SUS foram realizados desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 visando pesquisar e subsidiar o relacionamento interinstitucional entre o Ministério Público e os Conselhos Municipais de Saúde.

Procedeu-se à revisão do estado da arte na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no PubMed, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), no Google Acadêmico e no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o objetivo de obter um panorama geral das temáticas abordadas nesses trabalhos e dos resultados encontrados no que se refere ao relacionamento interinstitucional entre o Ministério Público e os Conselhos Municipais de Saúde no exercício do controle social no SUS.

Para a presente pesquisa foram selecionados artigos científicos, dissertações de Mestrado e teses de Doutorado do período de 2006 a 2016.

Na consulta às bases de dados foram utilizadas as palavras chave: Ministério Público, Controle Social, Participação Social, Conselhos de Saúde e Direito à Saúde. Nessa busca, obtiveram-se trabalhos entre dissertações, teses e artigos científicos.

Para selecionar os trabalhos que fariam parte do panorama da pesquisa, realizou-se a leitura de cada um e, como critério de seleção, utilizaram-se os trabalhos que apresentassem objetivo(s) ou questão(ões) de pesquisa relacionados ao assunto desta investigação.

Ressalte-se que em alguns trabalhos as informações disponibilizadas nos resumos não foram suficientes, levando à busca de dados complementares no trabalho completo, geralmente encontrados na introdução e/ou no delineamento metodológico.

Nas seções abaixo são listados alguns desses trabalhos e apresentados seus objetivos ou questões de pesquisa, sendo em seguida separados e analisados por eixos temáticos.

Alguns trabalhos estão diretamente relacionados à presente pesquisa e serão a seguir destacados. Nos Quadros 3 e 4, apresentam-se os trabalhos selecionados mediante um código (1ª coluna) composto por letras (que indicam o tipo de trabalho – DM para dissertação de Mestrado e TD para teses de Doutorado), seguidas de um número por ordem, que representa a ordem cronológica, referente ao ano de publicação (2ª coluna), o autor (3ª coluna), o título (4ª coluna) e a instituição de ensino superior (IES) (5ª coluna), onde foi defendido o trabalho. No Quadro 5, a quinta coluna indicará o local de publicação do artigo científico (AC). O código foi utilizado para posteriormente associar cada trabalho a seus respectivos objetivos ou questões.

Quadro 3 – Principais dissertações de Mestrado selecionadas para análise

Código	Ano	Autor(a)	Título	IES
DM1	2017	José Márcio Maia Alves	Ação comunicativa e participação popular na formação e aperfeiçoamento de políticas públicas de interesses sociais: uma proposta para a efetividade da participação popular, a partir da atuação do Ministério Público	Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
DM2	2014	Elisama Carvalho dos Santos	O estado da arte e as dimensões do controle social: atuação dos Conselhos Municipais de Assistência Social na Bacia do Rio Grande – Bahia	Universidade Federal da Bahia (UFBA)
DM3	2013	Leonardo Henrique Marques Lehmann	Participação popular em Saúde e Ministério Público: contribuições para a efetivação do Sistema Único de Saúde na pós-modernidade	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
DM4	2013	Eduardo de Paula Machado	Ministério Público, gestão social e os conselhos gestores de políticas públicas	Universidade Federal de Lavras (UFL)
DM5	2013	Márcio Soares Berclaz	A natureza político-jurídica dos conselhos gestores no Brasil: uma leitura a partir da política da libertação e do pluralismo jurídico.	Universidade Federal do Paraná (UFPR)
DM6	2010	Paulo César Vieira Tavares	Atuação do Ministério Público Estadual de Londrina na área da saúde pública: análise das demandas e atividades	Universidade Estadual de Londrina (UEL)
DM7	2009	Elizelma Maria da Silva	O Ministério Público e a defesa do direito à saúde: um estudo sobre a atuação ministerial para a consolidação do SUS	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
DM8	2008	Carla Fernanda de Barros Ribeiro	O Ministério Público e o controle social: possibilidades de interação na construção da defesa e garantia do direito à saúde	Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Fonte: Elaborado pela autora (2017) usando as bases: BDTD, Google Acadêmico e Banco de Teses da CAPES.

Quadro 4 – Teses de Doutorado selecionadas para análise

Código	Ano	Autor(es)	Título	IES
TD1	2007	Poliana Cardoso Martins	Controle social no Sistema Único de Saúde: análise da participação social e empoderamento da população usuária do sistema sanitário	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
TD2	2006	Lucia Conde de Oliveira	As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro	Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UFRJ)

Fonte: Elaborado pela autora (2017) usando as bases: BDTD, Google Acadêmico e Banco de Teses da CAPES.

Quadro 5 – Principais artigos científicos selecionados para análise

Código	Ano	Autor(es)	Título	Local de Publicação
AC1	2014	Thiago Sousa Silveira et al.	A participação no Conselho Municipal de Saúde de Imperatriz - MA na perspectiva da gestão social e da cidadania deliberativa	AOS, Brasil, v.03, n.1, jan/jun 2014, p. 45-60
AC 2	2014	Milton Cordeiro Farias Filho et al.	Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde	Ciência e Saúde Coletiva, 19(6)1911-1919, 2014
AC3	2013	Camila da Costa Brasil	Poderes e resistências no Conselho Municipal de Saúde de uma capital do Nordeste do Brasil	Cadernos ESP, Ceará7(1): 11-26, jan/jun 2013
AC4	2012	Maria Inês Souza Bravo et al.	Desafios do controle social na atualidade	Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p.126-150, jan/mar 2012
AC5	2006	Cornelis Johannes van Stralen et al.	Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul	Ciência e Saúde Coletiva, 11(3)621-632
AC6	2006	Maria Valéria Costa Correia	Controle social na saúde	Revista Serviço Social e Saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2017) usando as bases: BDTD, Google Acadêmico e Banco de Teses da CAPES.

A seguir, apresentam-se os objetivos ou questões de pesquisa de cada um desses trabalhos, com a finalidade de mostrar o que tem sido pesquisado a respeito da temática da atuação do Ministério Público no controle social do SUS exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Quadro 6 – Objetivos ou questões da pesquisa presentes nos principais trabalhos selecionados

Código	Objetivo(s)	Ano
DM1	Investigar a possibilidade de instituições com incumbência de defesa de interesses sociais exercerem um papel mediador entre sistema político e sociedade civil no ciclo de formação ou aperfeiçoamento de políticas públicas	2017
DM2	Discutir em que medida o controle social é exercido pelos Conselhos Gestores, problematizando a noção de controle social em relação aos conceitos de democracia deliberativa e democracia participativa	2014
AC1	Analisar a qualidade da participação popular no Conselho Municipal de Saúde de Imperatriz, Estado do Maranhão, sob a perspectiva do conceito de gestão social.	2014
AC2	Verificar a atuação dos conselheiros nos Conselhos Municipais de Saúde da região metropolitana de Belém (PA)	2014
DM3	Analisar como deve agir o MP no campo da participação popular na gestão do SUS, de forma a contribuir com a efetivação deste	2013
DM4	Estudar o relacionamento entre o Ministério Público (MP) e os Conselhos Gestores de políticas públicas, buscando responder de que maneira aquela instituição pode contribuir para a efetividade desta	2013
AC3	Compreender a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF), tentando apreender como se estabelecem as relações de poder entre os gestores e os conselheiros	2013
AC4	Abordar os desafios do controle social na atualidade, analisando a sua formulação no processo de redemocratização da sociedade brasileira	2012
DM5	Investigar e apresentar elementos teóricos práticos capazes de esboçar uma teoria geral dos conselhos sociais a partir de uma perspectiva filosófica e sociológica capaz de investigar o caráter político-jurídico desses espaços	2013

DM6	Elucidar quais são as principais atribuições e características do Ministério Público, qual é a demanda que chega ao Ministério Público e como essa instituição desempenha suas funções na área da saúde	2010
DM7	Estudar a efetivação do direito à saúde no Brasil, a partir da análise da atuação do Ministério Público do Estado de Pernambuco frente às denúncias de omissão do estado ou oferta insuficiente dos serviços de assistência à saúde em Recife	2009
DM8	Identificar as possibilidades de interação entre o Ministério Público e o Conselho de Saúde na construção da defesa e garantia do direito à saúde	2008
TD1	Analisar a experiência do controle social via Conselho Municipal de Saúde (CMS) e compreender a representação social dos usuários do PSF, sobre a realidade do SUS, no município de Teixeira (MG)	2007
TD2	Analisar as práticas de participação presentes no CMS de Fortaleza no período de 1997-2005, e sua relação com a cultura política local	2006
AC6	Analisar o controle social a partir da relação Estado e sociedade, desde sua concepção história até a contemporaneidade, bem como seus mecanismos e limitações	2006
AC5	Investigar a efetiva participação dos Conselhos Municipais de Saúde na gestão das políticas públicas em saúde e avaliar seu potencial quanto à reestruturação da atenção à saúde através da Estratégia de Saúde da Família	2006

Fonte: Elaborado pela autora (2017) a partir de dados obtidos no levantamento do Estado da Arte.

A partir dos objetivos ou questões de pesquisa de todo o material analisado, identificaram-se três eixos temáticos, os quais são apresentados no Quadro 7, com os seus respectivos códigos e autores. A escolha dos eixos temáticos considerou a existência e o contexto institucional das duas instâncias presentes no estudo, bem como a interface no próprio controle social.

Quadro 7 – Eixos temáticos construídos a partir dos objetivos ou questões de pesquisa dos trabalhos

Eixos temáticos	Códigos	Autores
Ministério Público, o Direito à Saúde e o SUS	DM1, DM3, DM7, DM8,	Alves (2017), Lehmann (2013), Silva (2009), Ribeiro (2008) e Oliveira (2008)
Democracia Participativa, Participação Popular e Conselhos de Saúde	DM6, DM4, DM1, DM5	Tavares (2010), Machado (2013), Alves (2017), Berclaz (2013)
Controle Social no SUS	AC6, AC2, AC5, AC4, AC3, AC2, DM2, TD2 e TD1	Correia (2006), Silveira et al. (2014), Stralen et al. (2006), Bravo et al. (2012), Brasil et al. (2013), Santos (2014), Brasil (2013) e Martins (2007)

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Os trabalhos inicialmente selecionados tratam sobre a atuação do Ministério Público e dos Conselhos de Saúde no controle social do SUS, mas não sobre a interação das duas instâncias ou sobre como o Ministério Público pode atuar para fortalecer a atuação dos conselheiros de saúde no exercício desse controle, justificando o interesse na pesquisa.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Ministério Público brasileiro, o direito à saúde e o SUS: uma visão geral

“O direito à vida é o fundamento do direito humano e sua proteção só é possível pela proteção da saúde, [que é] o direito social primordial”⁵⁰. A dignidade humana, por sua vez, “[...] fundamenta a legitimação dos direitos humanos sociais, que são supraestatais e vinculam o constituinte”⁵¹. Nesse sentido, o direito à saúde foi reconhecido pela Constituição Federal de 1988 como direito social (art. 6º, CF), bem como se determinou que cabia ao Estado sua efetivação. A partir de então, foi necessário estruturar e organizar o setor da saúde, garantindo que os princípios e diretrizes estabelecidos na norma fundamental para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) fossem observados.

O direito à saúde encontra sua origem no constitucionalismo contemporâneo, por ter sua história relacionada com os direitos humanos⁵², e a fundamentação de tal assertiva parte, no plano internacional, da Declaração Universal dos Direitos Humanos⁵³, que definiu que toda pessoa tem direito à vida e que sua proteção se dá pela proteção do direito à saúde⁵⁴.

A garantia dos direitos humanos, entre eles o direito à vida, é premissa para qualquer sociedade democrática e se revela como condição fundamental para o exercício dos outros direitos sociais, sendo referencial de desenvolvimento econômico e social do país⁵⁵.

Para esclarecer a questão conceitual que surge entre os termos “direitos humanos”, “direitos sociais” e “direitos de cidadania”, os estudos de Pacheco⁵⁶ ensinam que direitos humanos são gênero e que dizem respeito a todo e qualquer ser humano, independentemente do reconhecimento do Estado. Direitos sociais e direitos de cidadania, por sua vez, são espécie de direitos humanos oponíveis ao Estado.

⁵⁰ MENDES, K.R. **Curso de Direito da Saúde**. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 22.

⁵¹ NEUNER, Jörg. Os direitos humanos sociais. In: SARLET, I.W. (Org.). **Jurisdição e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006. p. 145.

⁵² FIGUEIREDO, H.C. **Saúde no Brasil: sistema constitucional assimétrico e as interfaces com as políticas públicas**. Curitiba: Juruá, 2015. p. 31.

⁵³ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Viena: ONU, 1948.

⁵⁴ MENDES, op. cit., p. 22.

⁵⁵ MACHADO, Felipe Rangel de Souza. **Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo sobre as relações entre sociedade e Ministério Público na experiência de Porto Alegre**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006. p. 30.

⁵⁶ PACHECO, Marcos Antonio B. **Estado multicultural e direitos humanos: tópica constitucional dos direitos étnicos**. São Luís: UFMA, 2005. p. 35.

A situação sanitária do Brasil na primeira metade do século XX refletia a incapacidade do modelo assistencial vigente dar conta de questões sociais, mas os movimentos que lutavam por uma mudança foram decapitados pelas forças conservadoras no golpe militar de 1964⁵⁷. Com a abertura política nos anos 1970 e 1980 e a emergência dos movimentos sociais, houve novo empenho para a reforma sanitária, em que o direito à saúde seria reconhecido como dever do Estado e direito de cidadania⁵⁸.

O início da transição do regime militar para a democracia participativa gerou abertura política impulsionada pelas forças dos movimentos sociais e suas reivindicações⁵⁹.

Com a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e a realização da VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), estimuladas pelas propostas políticas da reunião de Alma-Ata, ocorrida em 1978, foram lançadas as bases para o Programa Nacional dos Serviços Básicos em Saúde (Prev-Saúde)⁶⁰. A partir de então, foram criadas propostas de melhoria na qualidade da atenção, ampliação dos serviços às populações urbanas e rurais e proposição da descentralização e hierarquização dos serviços por nível de atenção⁶¹.

Estruturado o Movimento de Reforma Sanitária, em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que definiu “[...] a saúde como direito de cidadania e obrigação do Estado”⁶². O movimento defendia a instituição de um sistema único pautado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade, formando as bases para abordagem da saúde na CRFB/88^{63,64}.

Sendo a saúde uma premissa do exercício da cidadania⁶⁵, a Constituição Federal de 1988 foi promulgada com a determinação de que o Estado brasileiro aderisse aos princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos e ratificou em 1992 o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais, obrigando-se a garantir a todos condições de vida mais digna. O Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Assembleia das

⁵⁷ MACHADO, op. cit., 2006, p. 21.

⁵⁸ Ibid., p. 22.

⁵⁹ COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 15, p. 2437-2445, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018>> Acesso em: 21 fev. 2017. p. 2438.

⁶⁰ MENDES, op. cit., p. 130.

⁶¹ Ibid., p. 131.

⁶² Ibid., p. 131.

⁶³ Ibid., p. 131.

⁶⁴ BATISTA, Elizabeth da Costa; MELO, Elza Machado. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor saúde. **Cien Saúde Colet**, v. 16, n.1, p. 337-347, 2011. p. 338.

⁶⁵ MENDES, op. cit., p. 41.

Nações Unidas em 1966 e aprovado no Brasil em 1991, reconhece o direito de toda pessoa à saúde⁶⁶.

No Brasil, as Constituições anteriores à Constituição de 1988 pouco trataram do direito à saúde, de modo que o termo *direito à saúde* surgiu pela primeira vez na Constituição Federal de 1934, ressurgindo apenas em 1988⁶⁷, com o reconhecimento constitucional de que a saúde é direito social de todos e dever do Estado e que suas ações e serviços são de relevância pública:

CAPÍTULO II

DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015).

[...]

Seção II

DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (grifo do autor)⁶⁸.

Nesse sentido, é importante destacar que a CF/88, além de erigir a dignidade da pessoa humana a princípio fundamental, encampou a positivação internacional dos direitos humanos, incorporando ao direito interno as normas e garantias decorrentes de tratados internacionais em que o Brasil seja parte (art. 5º, §2º), destacando-se as normas de proteção à saúde⁶⁹.

A constitucionalização do direito à saúde, acompanhando Figueiredo⁷⁰, abre caminho para que todos os cidadãos possam usufruir saúde, o que é a ignição para a implantação do SUS, e converte o direito subjetivo em bem jurídico protegido pelo Estado e pela sociedade, obrigando o poder público a criar mecanismos e instituições de proteção do direito à saúde, entre eles os órgãos de controle.

⁶⁶ Ibid., p. 22.

⁶⁷ QUEIROZ, Fernanda Dayane dos Santos; CHAI, Cassius Guimarães. Universalidade do Direito à saúde e suas contradições no estado democrático. In: CHAI, Cassius Guimarães. **Republicanism entre ativismo judicial e a proibição de retrocesso**. Campo dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2016. (Série Tópicos em teoria do direito político). p. 198.

⁶⁸ BRASIL, op. cit.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ FIGUEREDO, op. cit., p. 37.

O processo de criação do SUS teve início com as definições legais estabelecidas na Constituição Federal de 1988, sendo consolidado e regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, nas quais foram estabelecidas as normas do novo sistema de saúde, institucionalizada a participação da comunidade e disciplinado o controle social. O SUS foi “[...] a primeira política pública do Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios”⁷¹, reiterando o controle social sobre as práticas de saúde.

O SUS é fruto da evolução de um sistema de saúde pública inicialmente dividida em dois setores: sanitarista, com enfoque na prevenção, e a medicina previdenciária, com atendimento apenas à classe trabalhadora que mantinha o sistema por meio de contribuições regulares. A Lei 2.312/54 criou o Código Nacional de Saúde e foi a primeira referência legislativa da incumbência do Estado de assistência médica gratuita da coletividade⁷².

Em linhas gerais, o longo processo de formação e implementação do SUS pode ser observado no Quadro 8:

Quadro 8 – A constituição da política de saúde e do SUS – linha do tempo

Ano	Fato	Destaque
1923	Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP)	Primeiras discussões sobre a necessidade de se atender à demanda dos trabalhadores
1932	Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)	Inserção do componente de assistência médica
1965	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)	Unificação dos IAPs. Consolidação do componente assistencial hospitalocêntrico
1977	Criação do SINPAS e, dentro dele, do INAMPS	Órgão prestador da assistência, à custa da compra de serviços do setor privado
1982	Implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS	-ênfase na atenção primária -visava a integração das esferas de governo -criação do sistema de referência e contrarreferência -descentralização da administração dos recursos
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde	Consagrou a concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e dever do Estado. Contexto da Reforma Sanitária
1987	Criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS	Primeiro passo para a efetivação da reforma sanitária. Diretrizes: universalização, equidade no acesso, integralidade, descentralização e regionalização
1988	Constituição Federal de 1988 – A Constituição Cidadã	Saúde – direito de todos e dever do Estado Surgimento do SUS na nova ordem constitucional
1990	Criação do SUS – Lei 8.080/90	Lei 8.080/90 – Lei Orgânica do SUS – detalha objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, organização, direção e gestão
1990	Lei 8.142/90	Dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação (CONASS E CONASEMS).

⁷¹ ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013. p. 140.

⁷² MENDES, op. cit., p.128.

1991	Criação das Comissões Intergestores	Objetivando acompanhar a implantação, operacionalização do SUS. Fortalecimento da ideia da gestão colegiada
1993	NOB-SUS 93	-estabelece o princípio da municipalização, a partir da consagração da descentralização político-administrativa na saúde -estados e municípios passam a ser gestores do SUS e não apenas prestadores de serviço do MS -cria níveis progressivos de gestão -consagra organismos colegiados (CIB e CIT) -disseminação dos Conselhos Municipais de Saúde
1996	NOB-SUS 96	-aceleração da descentralização -PACS e PSF: nova lógica assistencial -fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada -transferência fundo a fundo -duas condições de gestão: plena da AB e plena do sistema municipal
2001	NOAS-SUS 01/2001	Ênfase no processo de descentralização, regionalização e hierarquização do SUS
2002	NOAS-SUS 01/2002	-aperfeiçoamento da NOAS-SUS 2001 -ampliou responsabilidades dos municípios na atenção básica -criou mecanismos para a regionalização
2006	Pacto pela Saúde	-Portaria 399/2006 -novo patamar na forma de financiamento -definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromissos entre os gestores -gestão compartilhada com o fim do processo de habilitação existente Três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS
2011	Decreto 7.508	-regulamentou a Lei nº. 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa -definiu Região de Saúde, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde -destaque para a RENASE, RENAME e COAP

Fonte: Adaptado de Reis, Araújo e Cecílio⁷³

O SUS foi criado pela CF/88 para que a população do país tivesse acesso ao atendimento público de saúde, após amplo debate na VIII CNS, com ações e serviços desenvolvidos de acordo com diretrizes constitucionalmente definidas, obedecendo a princípios organizativos e doutrinários⁷⁴. A lógica do SUS está calcada na saúde como pressuposto de cidadania e decorrente do princípio da dignidade da pessoa humana⁷⁵.

O *telos* do sistema é a concretização do direito à saúde, o qual possui natureza público-subjetiva, “representando prerrogativa jurídica indisponível”, assegurada a todos pela

⁷³ REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, E.C. de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. 2006. Monografia (Especialização em Saúde da Família), UNA-SUS, UNIFESP, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016. p. 31-38.

⁷⁴ MENDES, op. cit., p. 137.

⁷⁵ LEHMANN, op. cit., p. 117.

CF/88, cabendo a qualquer cidadão o direito à prestação imediata, que pode acontecer por meio dos órgãos e instituições com atribuição para a defesa do direito à saúde, entre eles o Ministério Público⁷⁶.

Todavia, o cenário atual é de sucateamento do SUS e de confronto entre o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária, reforçando a necessidade de acionamento dos instrumentos de fiscalização do Estado. A organização do SUS sofreu influência do sistema de saúde anterior, de modo que antigos paradigmas convivem com a moderna concepção administrativa e técnica, gerando contradições que exigem novos arranjos institucionais para que o novo modelo possa se concretizar⁷⁷.

O Direito é o campo que tem oferecido garantias efetivas na luta pela superação das contradições entre o direito assegurado constitucionalmente e as práticas concretas das políticas públicas em saúde⁷⁸. Nesse ponto se insere o Ministério Público, especialmente o pós-CF/88, configurando-se como uma das principais arenas para onde são vertidas as disputas entre os sujeitos portadores de direito e os atores estatais responsáveis pela construção das políticas de saúde⁷⁹.

Retomando uma breve e necessária revisão histórica, o Ministério Público é apresentado pela doutrina como uma instituição de origem francesa (*le gens du roi*) e portuguesa (Ordenações Manuelinas e Filipinas), profundamente afetada pelas transformações sociopolíticas ocorridas a partir do século XVIII, tendo migrado seu perfil da defesa do soberano para a defesa dos interesses da sociedade⁸⁰¹⁸².

A consolidação e as transformações sofridas pelo Ministério Público ao longo da história do Brasil podem ser observadas pelo tratamento legal concedido à instituição principalmente nas Constituições de 1934 e 1946, alcançando seu ponto alto na Constituição Federal de 1988, que o distingue do Ministério Público de outros países em função de cinco elementos: autogestão, independência funcional, forma de nomeação de sua chefia, garantias

⁷⁶ ARRUDA NETO, Pedro Thomé de. A implementação pela via judicial das políticas públicas na área da saúde mental: o papel do Ministério Público. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.6, n.1-3, p.38-61, 2005. p. 38.

⁷⁷ SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. Campinas: Ed. Saberes, 2009. p. 95-100.

⁷⁸ MACHADO, op. cit., 2013, p. 40.

⁷⁹ MACHADO, op. cit., 2006, p. 40.

⁸⁰ OLIVEIRA, Felipe Faria de. O Ministério Público Resolutivo: tensão entre a atuação preventiva e a autonomia institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.317-339, 2013. p. 319.

⁸¹ GOMES, Maurício Augusto. Ministério Público na Constituição de 1988: breves anotações. **Justitia**, São Paulo, v. 51, n. 145, p. 64-78, jan./mar. 1989. Disponível em: <<http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/25675>>. Acesso em: 3 nov. 2016. p. 65.

⁸² LEHMANN, op. cit., p. 56.

constitucionais dos membros e ingresso na carreira⁸³.

Antes da Constituição Federal de 1988, destacam-se as mudanças promovidas pelo Código Processual Civil de 1973 (defesa dos interesses intersubjetivos, quando presente o interesse público), pela Lei da Política Nacional do Meio Ambiente (Lei nº 6.938/81, e a defesa do interesse coletivo na seara ambiental), Lei da Ação Civil Pública (Lei 7.347/85 e a defesa dos interesses difusos e coletivos em outras searas), entre outros.

Fernandes Neto⁸⁴ afirma que o novo Ministério Público forjou-se no caldeirão de lutas contra a ditadura. E usa a expressão “lutas” no plural, englobando a quantidade expressiva de embates na área dos direitos humanos e defesa da sociedade e da cidadania política, necessários para a formatação do perfil institucional definido na Constituição de 1988, no qual a instituição recebeu contornos jurídicos de independência, autonomia e essencialidade.

No final da ditadura, o Ministério Público já era parte do sistema estatal e passava a velar cada vez mais pela garantia dos interesses da sociedade, ocupando um espaço maior dentro da estrutura estatal de coerção. Dessa maneira, a instituição, que já defendia os direitos indisponíveis, pela nova ordem constitucional passou a também fiscalizar os poderes e as políticas públicas do próprio Estado, deslocando-se da condição de típico aparelho estatal para uma posição marcada pela autonomia e independência⁸⁵.

Com a Constituição Federal de 1988, o Ministério Público afirmou-se pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis⁸⁶. Também foram consolidadas na CF/88 os princípios institucionais, as prerrogativas e a organização do Ministério Público, definindo-se constitucionalmente o exercício de parcela da soberania do Estado⁸⁷.

O Ministério Público é um amplificador dos anseios sociais na nova ordem constitucional, que prima pela construção de uma democracia inclusiva e participativa, e foi inserido de forma determinante na sociedade, sendo sua tarefa de maior relevo o fomento ao envolvimento das comunidades na vida pública⁸⁸. Ou seja, a mais relevante atribuição

⁸³ SILVA, Elizelma Maria da. **O Ministério Público e a defesa do direito à saúde**: um estudo sobre a atuação ministerial para a consolidação do SUS. 2009. 105f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. p. 38.

⁸⁴ FERNANDES NETO, Antonio Joaquim. Ministério Público e direitos humanos: a construção permanente. **Caderno Mídia e Saúde Pública III**, p. 29-35, 2008. p. 30.

⁸⁵ ROJAS, Rodrigo Cançado Anaya. **Participação Popular e Ministério Público no Brasil**: defesa do regime democrático e dos interesses metaindividuais no marco de uma trajetória crítica dos direitos humanos. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2012. p. 131.

⁸⁶ BRASIL, op. cit.

⁸⁷ GOMES, op. cit., p. 78.

⁸⁸ OLIVEIRA, op. cit., 2013, p. 323.

constitucional ministerial é o fomento à participação social, parte integrante do conceito de defesa do regime democrático, prevista no art. 127 da CF/88, o que só pode ser alcançado pela autonomia do Ministério Público, elemento imprescindível a sua atuação funcional.

Alves⁸⁹ defende que o Ministério Público é instituição vocacionada à defesa de interesses sociais, podendo exercer importante papel na mediação entre os interesses da sociedade civil e do sistema administrativo. Todavia, para além de considerar a atuação da instituição nos espaços e arenas já existentes, o autor admite a criação de um espaço institucional específico, uma espécie de fórum, em que as bases da ação comunicativa possam ser garantidas e coordenadas pelos membros do Ministério Público no exercício dessa mediação⁹⁰.

Alves⁹¹ ainda destaca que o Ministério Público conformou-se em uma instituição “*dotada de certo poder de accountability*”, entendido como o poder-dever de (1) exigir do Estado a consecução dos seus objetivos em relação aos direitos dos cidadãos e (2) de acionar os gestores faltosos nesse mister.

Todavia, apesar do novo impulso constitucional, a atuação mais efetiva do Ministério Público na defesa do direito à saúde e do SUS ocorreu após a 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), na qual foi decidido que os gestores do SUS e os Conselheiros de Saúde em todo o país deveriam exigir do Ministério Público a defesa do SUS e a criação de Promotorias de Justiça especializadas na defesa da saúde⁹². As novas linhas da atuação institucional do Ministério Público em defesa do SUS tiveram suas diretrizes finalmente definidas na Carta de Palmas, produzida em 1998, pela chefia do Ministério Público brasileiro.

O Colégio Nacional de Procuradores Gerais (CNPGE), associação de âmbito nacional que tem entre seus objetivos a elaboração de políticas e planos de atuação uniformes e integrados para o Ministério Público brasileiro, definiu entre as metas alcançadas na área da saúde a criação de um Plano Nacional de Atuação em Saúde (PNAS), que previa a fiscalização dos recursos, o estímulo ao controle social e acompanhamento da gestão, tendo como horizonte a melhoria dos indicadores de saúde da população⁹³.

⁸⁹ ALVES, José Márcio Maia. **Ação comunicativa e participação popular na formação e aperfeiçoamento de políticas públicas de interesses sociais**: uma proposta para a efetividade da participação popular, a partir da atuação do Ministério Público. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017. p. 84.

⁹⁰ Ibid., p. 84.

⁹¹ Ibid., p. 14.

⁹² FERNANDES NETO, op. cit., p. 31.

⁹³ Ibid., p. 34.

Seguindo o que fora preconizado no PNAS, o Conselho Nacional do Ministério Público e o Ministério Público do Maranhão têm recomendado aos Promotores de Justiça o acompanhamento do funcionamento dos Conselhos de Saúde, estimulando a interação e a colaboração necessárias ao atendimento das demandas sociais. Parte-se da premissa de que a instituição ministerial possui a função de garantir a consolidação do SUS e a função de estimular o processo participativo com efetividade, fazendo prevalecer o interesse coletivo, ainda que em detrimento do interesse estatal. Entre suas ações deve estar a defesa da participação popular nas instâncias definidas na Lei 8.142/90 e a aproximação da comunidade para o conhecimento de suas carências sanitárias⁹⁴.

Nesse ponto se insere a presente pesquisa, que pretende verificar as práticas do Ministério Público para a interlocução com a sociedade e com os Conselhos de Saúde na efetivação do SUS. Assim, para compreender a atuação do Ministério Público é necessário considerar algumas prerrogativas institucionais, como a independência funcional, além da norma estabelecida pelos órgãos colegiados e de observação compulsória ou não e as práticas (ferramentas para ação uniforme ou não) estabelecidas por esse discurso no cotidiano das Promotorias de Justiça.

Todavia, há uma forte tendência de flexibilização desse princípio, de modo a estabelecer limites, uma vez que os órgãos colegiados do Ministério Público, entre eles o Conselho Superior do Ministério Público (CSMP) e o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) têm a cada dia emitido normas diretivas de observação obrigatória sobre a atuação dos promotores de justiça, especialmente no que diz respeito ao acompanhamento das políticas públicas nos municípios.

O princípio da independência funcional, todavia, ainda baliza a atuação diretiva dos órgãos colegiados, que na área da saúde têm definido parâmetros de atuação em forma de recomendações para os promotores de justiça, o que retira força do discurso institucional de interação com a sociedade, de fomento à participação popular e de colaboração com os demais órgãos de controle, tornando tímida a atuação institucional uniforme nas comarcas.

Relacionando diretamente o Ministério Público e a indução da participação popular como elemento de efetivação do SUS, Lehmann⁹⁵ afirma que o Ministério Público está legitimado a agir na defesa da participação popular, pois sua vocação constitucional não se restringe à garantia do direito à saúde, mas à garantia do correto funcionamento do sistema. Segundo o autor, o Ministério Público possui a função pedagógica, auxiliando a população no

⁹⁴ LEHMANN, op. cit., p. 149.

⁹⁵ Ibid., p. 150.

exercício da titularidade da saúde como bem coletivo extrapatrimonial e estimulando o sentimento de pertencimento em relação aos serviços de saúde⁹⁶.

Para Oliveira⁹⁷, mesmo com forte atuação processual no combate às mazelas sociais, o Ministério Público viu em risco sua atuação com os novos focos de atenção que a Constituição lhe atribuiu. Dessa forma, o autor afirma que a melhor atuação do Ministério Público na efetivação dos direitos constitucionais está no fomento e cobrança da implementação de políticas públicas.

Avaliando o Ministério Público como ponte entre a comunidade e a efetividade da participação popular, Lehmann conecta esta atribuição com a “defesa do regime democrático” (art. 127, CRFB):

A atuação do Ministério Público, nessa perspectiva, no exercício da sua função de defensor do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, especialmente no que se refere ao papel de auxiliar a comunidade a conferir efetividade à participação desta na fiscalização e gestão dos bens coletivos extrapatrimoniais, somente se justificará se caracterizada como manifestação de poder obediencial, que se retroalimenta junto àquela, honrando a atribuição a si conferida pela carta política⁹⁸.

Por essa perspectiva, a motivação dos cidadãos em participar funciona como vetor de legitimação da instituição, não devendo se resumir a repassar ao Judiciário tais demandas, mas em aplicar atuação mais resolutiva. Na sua pesquisa, Lehmann⁹⁹ anui à existência dos modelos de atuação do Ministério Público, com base em classificação trabalhada por Berclaz¹⁰⁰ e por Goulart¹⁰¹. Esse modelo, atualmente fundamental para a compreensão da função constitucional do Ministério Público, define que a atuação da instituição encontra-se dividida em duas categorias, uma demandista e outra resolutiva. No primeiro caso, o membro do Ministério Público prestigia a atuação perante o Judiciário e no segundo caso prestigia a mediação dos conflitos sociais a partir de uma atuação extrajudicial¹⁰².

⁹⁶ Ibid., p. 150.

⁹⁷ OLIVEIRA, op. cit., 2013, p. 327.

⁹⁸ LEHMANN, op. cit., p. 65.

⁹⁹ Ibid., p. 71.

¹⁰⁰ BERCLAZ, Márcio Soares. **A Natureza Político-jurídica dos Conselhos Gestores no Brasil: uma leitura a partir da política da libertação e do pluralismo jurídico**. Curitiba: UFPR, 2013. p. 326.

¹⁰¹ GOULART, Marcelo Pedroso. **Elementos para uma teoria geral do Ministério Público**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2013. p. 212.

¹⁰² OLIVEIRA, Luciano Moreira de; ANDRADE, Eli Iola Gurgel de; MILAGRES, Marcelo de Oliveira. Ministério Público e políticas de saúde: implicações de sua atuação resolutiva e demandista. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 3, 2015. p. 142-161.

Goulart¹⁰³ aponta os modelos demandista e resolutivo, este último ainda em construção, a partir de uma atuação passiva ou ativa, respectivamente. O autor posiciona em sua obra a figura do Ministério Público como instituição intermediadora entre Estado e sociedade civil, com importante papel no campo da implementação de políticas públicas, e a atuação resolutiva como o novo caminho:

Nesse campo, sobrepõe-se o papel do Ministério Público como articulador de políticas públicas, intervindo – nos antigos e novos espaços de negociação política – como mediador, regulador e corretor de desigualdades sociais e das práticas antiambientais. Não como tutor da sociedade, mas como aliado dos demais sujeitos políticos coletivos que, na guerra de posição, também atuam no sentido de garantir a democratização das relações sociais, afirmando, validando e concretizando direitos fundamentais¹⁰⁴.

A articulação entre Estado e sociedade civil é necessária e, segundo Berclaz:

[...] passa pela revitalização da democracia a partir de premissas e mecanismos que estimulem e incrementem não só o exercício da cidadania individual e coletiva pela participação política direta dos cidadãos, como também o funcionamento de instâncias democráticas que sirvam para imposição de controle e limites à ação do Estado¹⁰⁵.

Com razão, verifica-se que a atuação resolutiva tem melhor se adaptado à defesa do regime democrático, porque implementa um novo diálogo que efetiva a democracia e a cidadania, atribuindo maior legitimidade às soluções encontradas. Oliveira, Andrade e Milagres¹⁰⁶, avaliando as implicações da atuação resolutiva e demandista do Ministério Público, afirmam que a matriz resolutiva e extrajudicial é mais adequada para a complexidade do direito à saúde e das políticas de saúde.

Asensi¹⁰⁷ afirma que a atuação extrajudicial do Ministério Público está calcada no diálogo, na interlocução que constrói soluções compartilhadas, contribuindo para tornar horizontais as relações entre Estado e sociedade e para a aproximação do Ministério Público da sociedade, o que permite que sua atuação seja revestida de maior legitimidade social. Por meio do recurso do diálogo desenvolve-se a *juridicidade da saúde*, que é a abordagem do conflito sob o ponto de vista jurídico, sem ocorrer necessariamente uma *judicialização*,

¹⁰³ GOULART, op. cit., p. 201-203.

¹⁰⁴ Ibid., p. 201-203.

¹⁰⁵ BERCLAZ, op. cit., p. 42.

¹⁰⁶ OLIVEIRA; ANDRADE; MILAGRES, op. cit., p. 143.

¹⁰⁷ ASENSI, Felipe Dutra. **Indo Além da Judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010. 206p:il. p. 76-80.

levando a uma valorização das instituições pelo uso de práticas democráticas¹⁰⁸.

Oliveira, por sua vez, defende que o Ministério Público resolutivo transforma a realidade social “criando uma dinâmica de maior interação com a sociedade”, sendo capaz de “[...] mudar as causas sociais da criminalidade e fornecer mecanismos de ampliação da participação democrática do cidadão”¹⁰⁹. A atuação resolutiva possui, nessa perspectiva, duas vantagens: (a) fortalece a atuação demandista, porque a torna mais seletiva; e (b) prioriza a atuação preventiva, a qual tem a possibilidade de transformar a realidade social e criar maior interação com a sociedade, fornecendo mecanismos de ampliação da participação democrática do cidadão.

Verifica-se que há uma certa plasticidade na atuação extrajudicial, que não seria possível na rígida atuação demandista, especialmente pela possibilidade de pactuação, realização de ajustes, utilização de espaços e disposições dialógicas que efetivam não só o direito à saúde, mas o direito à participação plena de cidadania, inclusive considerando a perspectiva das idiossincrasias de cada contexto. Esta plasticidade, como qualidade de adaptação sem dano, é um atributo fundamental para que o Ministério Público realize com sucesso a aproximação dos demais atores sociais e fomente uma nova moldagem, mais resolutiva e contemplativa das sugestões plurais do controle social no SUS, dentro do contexto da diversidade que as comunidades possuem e que devem ser respeitadas pela instituição.

Conforme também defendido por Lehman¹¹⁰, a atuação do Ministério Público na seara sanitária deve direcionar não só para a garantia do direito à saúde, mas sobretudo para o correto funcionamento do sistema de saúde. A instituição ministerial deve focar sua atuação principalmente na defesa da democracia deliberativa, materializada na forma da participação popular, este último princípio do SUS preconizado na Constituição Federal¹¹¹.

O Ministério Público tem buscado uma atuação intersetorial com outras instituições públicas e privadas, aumentando as chances de conhecer melhor, técnica e socialmente, as realidades existentes¹¹². E a parceria institucional mais vocacionada à defesa do direito à saúde é aquela que se dá entre Ministério Público e Conselhos de Saúde, pois é elemento de fortalecimento do controle social e da defesa da saúde coletiva, o que explica a relevância da estruturação e interação dessas duas instâncias de controle.

¹⁰⁸ Ibid., p. 96.

¹⁰⁹ OLIVEIRA, op. cit., 2013, p. 329.

¹¹⁰ LEHMAN, op. cit., p. 146.

¹¹¹ MACHADO, op. cit., 2013, p. 333.

¹¹² ROJAS, op. cit., p. 151.

Nessa toada, a adoção da prática mais resolutiva levaria à previsão de mecanismos institucionais, instrumentos, normas e atividades imprescindíveis à efetivação dos valores constitucionais, devendo levar à reavaliação da forma de operar o cotidiano. Oliveira afirma ainda que a atuação resolutiva “[...] redundaria em fortalecimento também de sua atuação processual e demandista, que se torna mais seletiva e, conseqüentemente, mais contundente”¹¹³.

Alves¹¹⁴ adverte que o Ministério Público pode desempenhar importante papel de mediação, tendo em vista as funções institucionais previstas na Constituição. Mas, segundo o autor:

Qualquer proposta resolutiva à atuação do Ministério Público, que não priorize a resolução judicializada de conflitos e que admita a interação com a comunidade para a defesa dos seus interesses – sobretudo quando se primam por padrões aprimorados de eficiência, mas também de eficácia e de efetividade – é um passo dado na direção da sua catarse institucional¹¹⁵.

Uma das virtudes da interação que marca o modelo resolutivo é a legitimação das soluções encontradas, levando o Ministério Público a um maior relacionamento interinstitucional e à consolidação da democracia. A presença física do promotor de justiça junto às instâncias de participação da sociedade civil as qualifica tanto em termos simbólicos quanto em termos práticos¹¹⁶.

Dentro da perspectiva desse modelo resolutivo, que se antecipa, que é extrajudicial e que posiciona o Ministério Público numa aproximação mais efetiva, relembra-se a lição de Machado, quando afirma que “[...] nas próprias instituições do Estado desembocam as ações da sociedade civil”¹¹⁷. Todavia, esta afirmação deve ser vista não só na perspectiva da sociedade que busca tutela, mas na perspectiva da sociedade que busca parceiras institucionais que fortaleçam movimentos ou lutas sociais existentes, que viabilizem o impacto ou a legitimidade necessários à efetivação de direitos. Por isso é fundamental destacar a diferença entre ação resolutiva e tutoria ou consultoria.

Sobre esse ponto, o Ministério Público deve buscar parceria com a sociedade, não ser seu intérprete ou tutor, havendo a necessidade de se ter cautela e não ultrapassar a linha que delimita o múnus da representação do órgão. O diálogo entre Ministério Público e

¹¹³ OLIVEIRA, op. cit., 2013, p. 330.

¹¹⁴ ALVES, op. cit., p. 134.

¹¹⁵ Ibid., p. 139.

¹¹⁶ MACHADO, op. cit., 2006, p. 41.

¹¹⁷ Ibid., p. 71.

Conselhos de Saúde é um exemplo de como é possível ao primeiro escapar das práticas paternalistas de tutela que dirijam ou simplesmente substituam a atuação efetiva da sociedade civil¹¹⁸.

Alves¹¹⁹ também se manifesta a esse respeito, ponderando que a eventual mediação promovida pelo Ministério Público não pode significar uma substituição dos interesses dos titulares, sob pena de haver uma interferência indevida no mérito administrativo. Além disso, se a instituição assim age, interferindo indevidamente, estará “[...] impedindo que o gestor defina o interesse que toca ao mundo da vida, para que o próprio membro da instituição assuma esse papel de forma autoritária e descabida”¹²⁰.

Nesse sentido, há a necessidade de clarificar a ideia de que a atuação do Ministério Público visa à tutela de um ente fraco ou incapaz. Ao contrário, em muitas vezes dá-se a ação de mão dupla, havendo o fortalecimento recíproco como fruto do relacionamento interinstitucional. Machado elabora com bastante clareza essa colaboração, quando destaca que:

Estes atores (conselheiros) guiam os procuradores e promotores no universo do cotidiano da saúde pública, evitando as retraduições e auxiliando o aprendizado da realidade na linguagem dos próprios usuários. Observasse, logo, que o MP, longe de apenas encontrar nos conselhos a legitimação de sua autoridade, também encontra ali espaço, meios e objeto definidos para sua atuação. O MP, em sua aliança com os conselheiros de saúde, amplia largamente suas possibilidades de ação, na medida em que, como mencionado, ele passa a perceber de forma mais consciente as rugas de uma dinâmica social que antes, por sua perspectiva distanciada, lhe pareciam planas¹²¹.

Os ganhos recíprocos podem ser vistos em diversos autores, dentre os quais destaca-se Berclaz, para quem:

Fiscalizar a sociedade política no cumprimento do seu papel consiste numa das razões justificadoras e legitimadoras para a criação e manutenção de um ente detentor de mandato constitucional que lhe confere poderes e prerrogativas para agir em favor do interesse geral, como é o caso do Ministério Público. Mais do que condição relevante para efetividade do poder decisório dos conselhos, a possibilidade do Ministério Público incorporar na sua pauta decisões democráticas do povo buscando efetivá-las junto ao sistema de justiça implica em duplo e recíproco ganho: maior legitimação do próprio agir institucional e fortalecimento da institucionalidade dos conselhos perante a sociedade política e à própria comunidade¹²².

¹¹⁸ MACHADO, Felipe Rangel de Souza et al. Novos espaços e estratégias na gestão em saúde pública: notas sobre parcerias entre Conselhos de Saúde e Ministério Público. In: PINHEIRO, Roseni et al. **Gestão em Redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS, 2006. p. 29.

¹¹⁹ ALVES, op. cit., p. 15.

¹²⁰ Ibid., p. 149.

¹²¹ MACHADO, op. cit., 2006, p. 69.

¹²² BERCLAZ, op. cit., p. 324.

Machado et al.¹²³, por sua vez, apresentam um modelo alternativo de atuação do Ministério Público na seara sanitária. Para os autores, o Ministério Público fundamenta suas atividades em torno de dois eixos: 1) a fiscalização dos gestores e prestadores de serviço; e 2) a mediação de conflitos entre todas as instâncias da saúde pública, inclusive entidades representantes de classe e outras associações da sociedade civil.

Todavia, mesmo apresentando um modelo de atuação diferente, Machado et al.¹²⁴ também defendem que os Conselhos de Saúde são os principais parceiros na atuação do Ministério Público. Além disso, também concordam que existem vantagens para ambos os lados advindos desse espaço de mútua cooperação, pois “[...] ao mesmo tempo em que se enriquece de recursos a atuação dos conselhos, estes legitimam a ação do MP na defesa dos direitos coletivos”¹²⁵. Como contraponto, cita-se a obra *Direito Sanitário*, de Pereira¹²⁶, para quem é salutar que o Ministério Público não invada o campo dos direitos individuais homogêneos, ainda que indisponíveis, a fim de não inviabilizar a articulação democrática de todos os segmentos envolvidos.

Um terceiro modelo pode ser encontrado em Rojas¹²⁷ que contrapõe duas formas de atuação do Ministério Público, uma mediadora e outra transformadora. Segundo o autor, a primeira está calcada na ideologia “mundo-existente”, que apesar de empoderar os mais fracos não enfrenta a questão principal que é a existência da desigualdade material; a segunda, por sua vez, é aquela mais comprometida com a construção de processos emancipadores do corpo social, contribuindo para que os direitos sejam materialmente existentes em processos sociais democráticos e contextualizados.

Rojas¹²⁸ ainda pondera sobre a existência de um “déficit democrático” na estrutura do Ministério Público brasileiro, pois, a despeito da relevância e da natureza da instituição, a participação popular não foi prestigiada no processo de escolha dos membros. Dessa maneira, o Ministério Público procura contrabalançar este déficit “[...] adotando uma posição de permeabilidade às demandas sociais, o que é facilitado pelas suas atribuições constitucionais”¹²⁹.

¹²³ MACHADO et al., op. cit., p. 27.

¹²⁴ Ibid., p. 27.

¹²⁵ Ibid., p. 28.

¹²⁶ PEREIRA, Claudia Fernanda de Oliveira. **Direito Sanitário**: a relevância do Controle nas Ações e Serviços de Saúde. Belo Horizonte: Ed. Fórum, 2004. p. 88.

¹²⁷ ROJAS, op. cit., p. 145-147.

¹²⁸ Ibid., p. 150.

¹²⁹ Ibid., p. 150.

4.2 Democracia participativa, participação popular e Conselhos de Saúde

Outra questão conceitual aqui se levanta: democracias direta, representativa e participativa. Sem a pretensão de aprofundar, serão tomados conceitos tradicionais em Kelsen e Rousseau (direta), Bobbio (representativa) e Bonavides (participativa), respectivamente.

“O peso da vontade alheia, imposto pela vida em sociedade”¹³⁰. É assim que Kelsen¹³¹ simplifica o contexto do conceito de democracia, acrescentando que, embora ninguém deva mandar em ninguém, se quisermos ser realmente iguais devemos nos deixar comandar, de modo que a ideologia política deve unir liberdade e igualdade. “A democracia, no plano da ideia, é uma forma de Estado e sociedade em que a vontade geral, ou, sem tantas metáforas, a ordem social, [...] é realizada por quem está submetido a essa ordem, isto é, pelo povo”¹³². Rousseau¹³³, crítico da representação como forma de materialização da vontade e da soberania, defende o princípio da democracia direta, mas reconhece que o indivíduo só será livre no momento em que estiver depositando o voto e apenas se estiver votando com a maioria. Parte-se, então, para o conceito de Bobbio¹³⁴, para quem democracia representativa existe quando as deliberações coletivas são tomadas por pessoas eleitas.

Aqui se insere um contraponto interessante proposto por Chai e Amorim¹³⁵. Para os autores, a principal fiscalização é a popular, feita de forma direta pelo cidadão, sem representantes e sem intermediações, caso contrário seria aberto espaço para a corrupção. Os autores problematizam Rousseau, quando questionam a forma de fazer grandes contingentes populacionais participar da vida pública, já que não é possível a todos deliberarem no parlamento, dando à função fiscalizadora de cada cidadão um papel de destaque:

Se a democracia é representativa, o principal veículo de participação seria o voto, e ali se esgotaria a participação popular. Acontece que esse raciocínio é absolutamente falacioso, e só vem a enfraquecer o regime político e ludibriar o eleitorado. Cidadania não se reduz ao voto. Na verdade, talvez a função mais relevante da cidadania seja a fiscalização. O raciocínio é bem simples. O voto, em última análise, não seria função da cidadania, mas apenas um meio de ela se efetivar, e eleger os representantes. Parece bem óbvio que sua função não se esgota ali¹³⁶.

¹³⁰ KELSEN, Hans. **A democracia**. São Paulo: Martins Fontes, 1993. p. 27.

¹³¹ Ibid., p. 27.

¹³² Ibid., p. 35.

¹³³ ROUSSEAU, op. cit., p. 128.

¹³⁴ BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 45.

¹³⁵ CHAI, Cássius Guimarães; AMORIM, Maurício Oliveira. A corrupção e a teoria da escolha racional. In: COURA, Alexandre de Castro; CHAI, Cassius Guimarães. (Orgs.). **Mediação, Sistema de Justiça e Administração Pública: o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Advocacia Pública**. São Luís: Procuradoria Geral de Justiça do Estado do Maranhão/Jornal da Justiça/Cultura, Direito e Sociedade (DGP/CNPq/UFMA), 2014. p. 20.

¹³⁶ Ibid., p. 20.

Bonavides, por sua vez, asseverou que não há democracia sem participação e que esta “[...] aponta para as forças sociais que vitalizam a democracia e lhe assinam o grau de eficácia e legitimidade no quadro social das relações de poder”¹³⁷. Para Bonavides¹³⁸, a democracia vem cumprindo peregrinação de dois séculos, mas aponta para uma progressão participativa e emancipatória.

Eis aí, por conseguinte, em grossas pinceladas, o retrato dos bloqueios de uma democracia que vai a pique nas águas turvas do projeto globalizador e neoliberal da recolonização. Conjurando contra a Constituição e o regime, o governo do neoliberalismo cria um Estado vassalo, uma feitoria colonial, uma sociedade de servos do capital, sem memória de seu passado de lutas pela cidadania, quando foi povo e nação e hoje é, tão-somente, este cadáver que a ideologia dos globalizadores embalsamou, depois de inocular-lhes a peçonha da morte e da destruição. Mas o cadáver há de ressuscitar!¹³⁹

Observa-se que há uma polarização entre as ideias de democracia direta e democracia representativa, que se propõe entre os mais respeitados autores como um problema a ser mediado, equilibrado. Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 traz a democracia participativo-deliberativa, que deve ser construída de modo ascendente, desde a menor escala, de modo a aproximar governo e cidadão¹⁴⁰.

Nesse mesmo sentido, Santos¹⁴¹ afirma que a democracia representativa é condição necessária, mas não suficiente, da ampliação da prática democrática, sendo necessária a sua articulação com a democracia participativa. Por isso, a democracia participativa não deve objetivar confrontar-se com a democracia representativa, mas sim tornar a democracia representativa participativa. Para o autor, o modelo político liberal constituiu a democracia representativa e, por ver a participação política ativa dos cidadãos com maior suspeição, defendeu-se dos seus “*desmandos*” restringindo o espaço ideológico da democracia participativa via processo político, convertendo-a em algo ilusório, supérfluo e intruso.

Para a presente pesquisa, outros conceitos precisam ser reunidos ao conceito de *democracia*. Trata-se de *controle social*, *participação* e *Conselhos de Saúde* e a sua compreensão conjunta antes da sua compreensão individual exige que se inicie pelo conceito

¹³⁷ BONAVIDES, Paulo. **Teoria constitucional da democracia participativa**: por um direito constitucional de luta e resistência; por uma nova hermenêutica; por uma repolitização da legitimidade. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2008. p. 51.

¹³⁸ Ibid., p. 65.

¹³⁹ Ibid., p. 65.

¹⁴⁰ BERCLAZ, op. cit., p. 68.

¹⁴¹ SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cor do tempo quando foge**: uma história do presente. São Paulo: Cortez, 2014. p. 40-44.

de controle social, subtema que será mais trabalhado na etapa seguinte. Resgatando a lição de Cotta et al., para quem o controle social é “[...] condição e um instrumento indispensável para a construção do direito à saúde em uma sociedade democrática”¹⁴², sendo os *Conselhos de Saúde* uma inovação política para a consolidação do SUS, espaço geográfico e simbólico da *participação* da comunidade preconizada na CF/88.

Nesse conceito, os elementos democracia, participação e Conselhos de Saúde se encontram para explicar a natureza do controle social. Mas, antes, veja-se um pouco mais de cada um desses elementos.

Rousseau¹⁴³ afirma no livro *Do Contrato Social* que a verdadeira democracia nunca existiria, pois isso exigiria um Estado muito pequeno, sem muitos problemas e com grande igualdade entre seus cidadãos, “[...] porque não se pode imaginar que permaneça o povo continuamente em assembleia para ocupar-se dos negócios públicos”. Nessa afirmação está o reconhecimento de que a representatividade é inevitável, devendo ser equilibrada com elementos de democracia participativa para viabilizar a participação social¹⁴⁴. A relação governantes e governados deve buscar maior participação cidadã, evitando que se ponha em dúvida as virtudes da democracia¹⁴⁵.

Com as mudanças na relação entre Estado e sociedade civil a partir da segunda metade do século XX, a sociedade contemporânea passou a ser regulada por uma nova gramática social, impondo-se novos comportamentos aos atores individuais e coletivos, e passou a questionar a democracia representativa como método capaz de responder a suas demandas¹⁴⁶. Entende-se que esse questionamento sugere que a democracia participativa propõe-se como qualificador da democracia representativa por causa dessa nova gramática, para esses novos tempos, convertendo essa última, conforme Santos¹⁴⁷, em democracia representativa *participativa*.

¹⁴² COTTA, R.M.M. et al. O Controle Social em Cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.1121-1137, 2011. p. 1122.

¹⁴³ ROUSSEAU, op. cit., p. 150.

¹⁴⁴ VAN STRALEN et al., op. cit., p. 623.

¹⁴⁵ ADORNO, Alberto Manuel Poletti. Mecanismos de participación popular em el derecho constitucional comparado latinoamericano: reflexiones sobre democracia y gobierno. In: CHAI, C.G.; BUSSINGUER, E. C. A.; MESQUITA, V.J.C. (Orgs.). **Ensaio crítico**: do político ao jurídico. Campo dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2016. p. 134.

¹⁴⁶ BISPO JUNIOR, J.P; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.7-16, 2013. p.8.

¹⁴⁷ SANTOS, B., op. cit., p. 43.

Abordados os sujeitos e objeto da pesquisa, faz-se necessário encontrar em Habermas¹⁴⁸ outro importante conceito: a esfera pública, que seria como uma rede para a comunicação de conteúdos, uma estrutura comunicacional do agir orientado pelo entendimento, espaço de natureza política argumentativa no qual ocorre a interação dos grupos organizados da sociedade. A esfera pública tem papel fundamental na reconstrução da teoria democrática porque introduziu uma concepção participativa e discursiva, na qual a interlocução dá espaço para a Teoria de Ação Comunicativa proposta por Habermas¹⁴⁹.

Na busca pela ligação entre democracia e participação, duas denominações foram encontradas nos estudos de Gohn¹⁵⁰: a democracia participativa de Boaventura Santos e a democracia deliberativa de Archon Fung e Erik Wright. No contexto do presente estudo, a ideia de democracia deliberativa tangencia a noção de controle social se se considerar a existência de espaços dedicados à sociabilidade política, conforme defendia Habermas¹⁵¹, segundo o qual a sociedade, por meio de seus representantes, poderia acompanhar e decidir o rumo das decisões públicas.

O modelo habermasiano de democracia deliberativa teve destaque nas obras: *Mudança Estrutural da Esfera Pública* (1962), *Teoria da Ação Comunicativa* (1987) e *Direito e Democracia* (1997), e desenvolve a ideia de decisões políticas a partir do consenso obtido pela via da argumentação entre os cidadãos em espaços públicos dedicados à convergência e à sociabilidade política. Essas novas arenas deveriam permitir que os diferentes sujeitos argumentassem de modo consistente, buscando convencer os demais sobre suas ideias e propostas, formulando uma opinião pública.

Para Habermas¹⁵², o modelo de democracia deliberativa não tem a pretensão de negar um ou outro modelo, mas de propor um que agregue elementos de ambos para a busca de soluções sobre as questões públicas, com base no diálogo entre os diferentes atores em espaços públicos, tudo girando em torno das condições de comunicação e dos procedimentos que outorgam à formação institucionalizada da opinião e da vontade políticas sua força legitimadora.

Com isto, Habermas¹⁵³ destaca que esses espaços públicos podem ser entendidos como as múltiplas arenas que deveriam existir em sociedades democráticas e como canais

¹⁴⁸ HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997a. v. 2. p. 92.

¹⁴⁹ GOHN, op. cit., p. 35.

¹⁵⁰ Ibid., p. 46-47.

¹⁵¹ HABERMAS, op. cit., v. 2. p. 31.

¹⁵² Ibid., v. 2. p. 45.

¹⁵³ Ibid., p. 24.

sensíveis às problemáticas sociais e ao levantamento de soluções por sujeitos legitimados e habilitados para tal a partir de suas realidades cotidianas, o que torna imprescindível a representação da sociedade civil nos conselhos gestores.

A sociedade civil estrutura o espaço de emancipação para fazer contraponto aos mecanismos regulatórios do Estado, que exerce a soberania de modo unilateral, viabilizando um compartilhamento dessa soberania por meio do acompanhamento popular no tocante ao desenvolvimento do poder, “[...] a partir de uma legitimidade valorativa transcendente à mera legalidade formal”¹⁵⁴

Outro termo bastante interessante surge nos estudos de Silveira, Cançado e Pinheiro¹⁵⁵. Trata-se da *cidadania deliberativa*, que seria o resultado da junção dos direitos civis, políticos e sociais “[...] numa operacionalização voltada especialmente para o envolvimento dos cidadãos nos negócios públicos numa ótica do controle da sociedade sobre os resultados esperados”¹⁵⁶. Para os autores, esse conceito é a referência para a análise da participação nos Conselhos de Saúde.

Como visto, a profusão conceitual exige um esforço de profundidade filosófica ao qual o presente trabalho não tinha a pretensão de realizar, mas espera-se que os breves marcos conceituais aqui postos permitam que se compreendam várias relações entre os termos a partir de sua funcionalidade. A relação mais simples delas, porém, pode ser aquela encontrada em Silveira, Cançado e Pinheiro, em que a “[...] democracia seria o ambiente político necessário para que houvesse a participação popular/social, por meio da qual se dá o controle social realizado pelos e nos conselhos de saúde”¹⁵⁷.

Sob essa perspectiva, observa-se que a origem da participação social em saúde pode ser encontrada a partir da década de 1970, quando outros tipos de conselhos – órgãos dos próprios movimentos sociais, caracterizados por um menor grau de formalização e pela autonomia em relação ao Estado – visavam canalizar a participação da população¹⁵⁸. Procurando conceituar contextualmente os movimentos sociais a partir da visão tradicional para a visão contemporânea, Santos¹⁵⁹ afirma que esses movimentos no Brasil da década de

¹⁵⁴ BERCLAZ, op. cit., p. 44.

¹⁵⁵ SILVEIRA, Thiago Sousa; CANÇADO, Airton Cardoso; PINHEIRO, Lauro Santos. A Participação no Conselho Municipal de Saúde de Imperatriz-MA na perspectiva da Gestão Social e da Cidadania Deliberativa. **AOS - Amazônia, Organizações e Sustentabilidade**, v. 3, n.1, p. 45-60, jan./jun.2014. Disponível em: <<http://www.bibliotekevirtual.org/revistas/AOS/v03n01/v03n01a03.pdf>> Acesso em: 30 mar. 2015. p. 47.

¹⁵⁶ Ibid., p. 48.

¹⁵⁷ Ibid., p. 47.

¹⁵⁸ LEHMANN, op. cit., p. 125.

¹⁵⁹ SANTOS, Elisama Carvalho dos. **O estado da arte e as dimensões do controle social**: atuação dos Conselhos Municipais de Assistência Social da Bacia do Rio Grande -Bahia 2014. 184 f. Dissertação

1970 apontavam uma oposição ao Estado, buscando assegurar a incorporação e a consolidação de direitos sociais, apresentando-se como novas formas de participação.

Silva, Silva e Souza¹⁶⁰, avaliando a trajetória histórica da participação da sociedade civil no setor da saúde no Brasil, indicam como seu início o processo de redemocratização e enfatizam a importância desse processo na institucionalização dos Conselhos de Saúde. Contudo, Santos e Bastos¹⁶¹ destacam que apesar dos diversos estudos focarem a participação nos conselhos e conferências, existem outros dispositivos de participação, a exemplo das ouvidorias em saúde e os mecanismos internos das agências reguladoras.

Os estudos de Silva, Silva e Souza¹⁶² ainda destacam a classificação de participação em comunitária (sociedade chancela as políticas sociais), popular (crítica política da sociedade diante do sistema) e cidadã (luta da sociedade para assegurar o controle social). O termo *participação social*, cunhado e conceituado durante os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi definido por Batista e Melo como “[...] o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formação, execução e avaliação das políticas públicas para o setor saúde”¹⁶³.

A participação popular se incorporou aos movimentos sociais na reivindicação por melhor qualidade de vida por meio da luta e da contestação junto ao Estado, de forma que a ligação da demanda por acesso a bens e serviços de saúde e a demanda por acesso ao poder possibilitou uma integração entre Estado e sociedade civil¹⁶⁴.

Defendendo que a participação popular em processos democráticos é instrumento de construção da dignidade humana é que Rojas¹⁶⁵, explicando historicamente o termo “sociedade civil”, pondera sobre a importância dos movimentos sociais para a institucionalização de direitos e para a construção do processo democrático. Para o autor, a participação popular na decisão dos destinos do grupo social não pode ser vista como mera concessão, mas como condição que implique transformação e emancipação quanto à dignidade humana, sendo o primeiro elemento de qualquer representação no campo

(Mestrado em Desenvolvimento e Gestão Social), Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2014. p. 34.

¹⁶⁰ SILVA, Cláudio Valdivino; SILVA, Diego Ferreira Lima; SOUZA, Elza Maria. A participação da sociedade civil no setor de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n.2, p. 254-259, 2013. p. 254.

¹⁶¹ SANTOS, C.C.S.; BASTOS, L.R. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 266-273, 2011. p. 270.

¹⁶² SILVA; SILVA; SOUZA, op. cit., p. 255.

¹⁶³ BATISTA; MELO, op. cit., p. 338.

¹⁶⁴ SILVA; SILVA; SOUZA, op. cit., p. 256.

¹⁶⁵ ROJAS, op. cit., p. 101.

democrático.

Da evolução da participação popular, por meio da sua legitimação dentro da esfera estatal, inicia-se o controle social ou participação cidadã, fruto da luta da sociedade por melhores condições de vida e por fortalecimento social, tendo como contexto o Movimento Sanitário.

Lehmann¹⁶⁶, citando os estudos de Weichert, avalia que a participação popular é um dos pilares do SUS, instrumento da democracia participativa com a função de garantir à população espaço direto desde a formulação até o controle das políticas públicas, revertendo a prática da tomada de decisões apenas com base em visões técnico-burocráticas.

É importante considerar que foram as propostas e os novos paradigmas do Movimento de Reforma Sanitária que embasaram a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas diretrizes foram incorporadas pela CF/88 e pela legislação infraconstitucional (Leis 8.080/90 e 8.142/90) que regulamentou o Sistema Único de Saúde e institucionalizou a participação cidadã por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde no país, nominando-a de “participação da comunidade”.

Durante o processo de redemocratização do país, os movimentos sociais retomaram a temática da participação popular como reivindicatória da democracia, vislumbrando um novo instrumento de expressão, representação e participação da sociedade, tendo a oportunidade de imprimir novo formato às políticas públicas, especialmente na área da saúde¹⁶⁷. Com a percepção da insuficiência da democracia representativa em encontrar solução para os problemas apresentados, surge o ideal da democracia participativa como estratégia capaz de garantir maior participação dos cidadãos¹⁶⁸¹⁶⁹.

Com a adesão da Constituição Federal de 1988 às bandeiras democráticas da Reforma Sanitária, foram institucionalizadas as formas de participação da comunidade no SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde¹⁷⁰¹⁷¹. Os Conselhos de Saúde surgem para atender à diretriz constitucional de participação popular e como modelo de democracia participativa, pois inauguram a possibilidade da participação direta da população na gestão

¹⁶⁶ LEHMANN, op. cit., p. 20.

¹⁶⁷ RIBEIRO, Carla Fernanda de Barros. **O Ministério Público e o Controle Social: possibilidades de interação na construção da defesa e garantia do direito à saúde**. Londrina: [s.n.], 2008. p. 33.

¹⁶⁸ BISPO JUNIOR; GERSCHMAN, op. cit., p. 7-16.

¹⁶⁹ OLIVEIRA, Lucia Conde de; PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010. p. 2462.

¹⁷⁰ ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, op. cit., p. 139-147.

¹⁷¹ SANTANA, Priscila de. **Implementação do direito à saúde no município do Rio de Janeiro: Conselho Municipal de Saúde e Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, Rio de Janeiro, 2011. p. 28.

local¹⁷².

Para elaborar uma matriz alternativa da função primordial dos Conselhos de Saúde, retomamos o excelente trabalho de Alves¹⁷³, que traz o conceito do *policy cycle*, concebido por Michael Howlett, M. Ramesh e Anthony Perl, consistindo no ciclo de formação de políticas públicas que tratam de interesses sociais negligenciados e que está dividido em cinco fases: (1) montagem da agenda, (2) formulação de políticas, (3) tomada de decisão, (4) implementação e, por fim, (5) avaliação das políticas.

Alves¹⁷⁴ acredita que, no que tange à participação popular, e na presente pesquisa a participação popular em saúde pública, interessam as três primeiras fases. A primeira exige que haja um esforço em torno da efetividade da participação popular; a segunda exige que haja uma autenticidade na relação identificação do problema real e seu enfrentamento, a partir da experiência dos atores envolvidos; a terceira que a participação popular possa efetivamente exercer influência no processo deliberativo.

A institucionalização dos Conselhos de Saúde gerou muitas expectativas em relação à gestão democrática das políticas de saúde, representando uma inovação porque estas passaram a ser discutidas publicamente e podem incluir demandas da população usuária, com a possibilidade de se constituir uma relação democrática entre Estado e sociedade civil¹⁷⁵. Todavia, como os Conselhos de Saúde foram criados por imposição no contexto de estruturação do SUS, é possível que não figure mais como uma conquista no imaginário atual dos conselheiros municipais de saúde¹⁷⁶, que acabam ficando distanciados do real sentido da institucionalização desse espaço, afetando o sentimento de pertencimento e de participação. É necessário fazer memória dessa conquista durante o processo de estimulação e fomento da participação popular.

Oliveira e Pinheiro¹⁷⁷ reconhecem a importância na democratização da relação entre Estado e sociedade civil e na luta para efetivação do direito à saúde por meio dos Conselhos de Saúde. Bispo Junior e Gerschman¹⁷⁸, por sua vez, afirmam que os conselhos são, na verdade, nova modalidade de relacionamento entre Estado e sociedade civil, que possibilitou a inserção da sociedade no núcleo decisório. Como resultado de um processo

¹⁷² RIBEIRO, op. cit., p. 46.

¹⁷³ ALVES, op. cit., p. 52-56.

¹⁷⁴ Ibid., p. 52-58.

¹⁷⁵ OLIVEIRA, Lúcia Conde de. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no nordeste brasileiro**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2006. p. 21.

¹⁷⁶ Ibid., p. 19.

¹⁷⁷ OLIVEIRA; PINHEIRO, op. cit., p. 2462.

¹⁷⁸ BISPO JUNIOR; GERSCHMAN, op. cit., p. 8.

histórico de democratização, os Conselhos de Saúde deveriam tornar mais próxima e responsiva a relação entre Estado e sociedade à medida que um número maior de cidadãos tem a oportunidade de participar do processo decisório¹⁷⁹, convertendo-o em um espaço de ampliação da democracia¹⁸⁰.

Silva, Silva e Souza¹⁸¹ afirmam que os Conselhos de Saúde foram alternativa para a concretização da democracia participativa e se consolidaram como forma de participação da sociedade civil nas decisões das políticas públicas de saúde. Já Lehmann¹⁸² afirma que a participação popular em saúde é hipótese de democracia direta participativa, que resgata a sociedade como sujeito de direito a partir do resgate do elemento coletivo, dentro de uma crise da democracia representativa. Para o autor, o resgate da democracia direta participativa é o caminho para superar a crise de legitimidade do Estado, devendo ser traduzida não em instâncias formais de participação, mas em uma mudança de mentalidade com foco no resgate do coletivo.

O primeiro Conselho Nacional de Saúde no Brasil surgiu na década de 1930, procurando incorporar novos atores ao setor da saúde, muito embora sua composição tenha se dado por conselheiros com perfil técnico ou membros da elite. Com a criação do Ministério da Saúde em 1953, uma política nacional de saúde começou a ser consolidada, mas ainda sem a inserção dos usuários na composição do conselho¹⁸³.

No final dos anos 1970, o país mergulhou em uma crise política e econômica, afetando principalmente os serviços públicos relacionados à saúde e à previdência, com a proliferação de grandes epidemias. O agravamento das condições sanitárias permitiu que a participação da sociedade nas decisões sobre saúde fosse cogitada, como forma de garantir mudança às políticas e às práticas existentes¹⁸⁴.

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) preconizou a criação de Conselhos de Saúde em todas as esferas, como instâncias participativas, compostos por representantes da comunidade, de forma a permitir a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Como órgãos externos ao

¹⁷⁹ MOREIRA, M.R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009. p. 796.

¹⁸⁰ BISPO JUNIOR; GERSCHMAN, op. cit., p. 10.

¹⁸¹ SILVA; SILVA; SOUZA, op. cit., p. 257.

¹⁸² LEHMANN, op. cit., p. 21.

¹⁸³ BRASIL. Decreto 8.243/2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 maio 2014. p. 16-20.

¹⁸⁴ Ibid., p. 23.

poder público, de controle do sistema de saúde, sua atuação estaria voltada para o enfrentamento das demandas que afetassem o fluxo dos recursos públicos a serem destinados às políticas sociais¹⁸⁵¹⁸⁶.

A Lei 8.142/90, marco legal estruturante do SUS, definiu que a diretriz de participação popular se daria por meio de instâncias colegiadas representadas pelas Conferências e Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo¹⁸⁷. Rolim, Cruz e Sampaio afirmam que “[...] o princípio que inspirou a criação dessas instâncias colegiadas foi a constatação de que a atividade político-eleitoral era insuficiente para representar uma análise, fiscalização e julgamento dos governos”¹⁸⁸.

Fundamentados na legislação em vigor, os Conselhos de Saúde têm caráter permanente e deliberativo, organizados nos três níveis federativos, com paridade entre os segmentos de sua composição definidas pelas Resoluções nº 33/1992, nº 333/2003 e nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, as quais estabeleceram que 50% dos conselheiros devem ser usuários, 25% trabalhadores de saúde e os demais 25% gestores e prestadores de serviços¹⁸⁹¹⁹⁰¹⁹¹. Lehmann afirma que os Conselhos de Saúde:

[...] compõem o conjunto de “conselhos gestores” instituídos no bojo da CRFB e leis ordinárias para atuação nas áreas da educação, da assistência social, da habitação, da criança e do adolescente, do emprego, do meio-ambiente, da política urbana e outras, materializando, nesse sentido, juntamente com as conferências, embora com maior peso em razão de seu caráter permanente, deliberativo e capilarizado em todos os níveis da federação, a democracia direta participativa preconizada no parágrafo único do artigo 1º da CRFB¹⁹².

A criação dos Conselhos de Saúde em cada esfera deve ser estabelecida por lei, devendo possuir regimento interno e estrutura administrativa capazes de garantir condições de trabalho para os conselheiros. O número de conselheiros é definido pelos plenários dos Conselhos e Conferências de Saúde e o quantitativo deve vir especificado na lei, sendo sua

¹⁸⁵ LEHMANN, op. cit., p. 126.

¹⁸⁶ BRASIL, op. cit., p. 28.

¹⁸⁷ LEHMANN, op. cit., p. 126.

¹⁸⁸ ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, op. cit., p. 142.

¹⁸⁹ BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Recomendações para a constituição e estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/porta1web/hp/2/docs/ma_-_pga_2008_-_cns_-_resolucao_33.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

¹⁹⁰ Id. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprovar as seguintes Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Revogada as Resoluções 33/1992 e a de nº 319/2002. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm>. Acesso em: 15 nov. 2016.

¹⁹¹ Id., op. cit.

¹⁹² LEHMANN, op. cit., p.130.

composição obrigada aos princípios da paridade (50% para os usuários e 50% para os demais segmentos) e da representatividade (cada conselheiro interlocutor de um segmento da sociedade), sendo a escolha da representação dos usuários em nenhuma hipótese interferida pelo gestor¹⁹³.

Todavia, os estudos de Van Stralen et al.¹⁹⁴ apontavam que havia uma predominância de representação nos Conselhos de Saúde de setores com maior capacidade de organização, havendo uma tendência da elitização dos membros dos conselhos, expressa também pela baixa rotatividade e pelo distanciamento entre representantes e representados, atribuída a uma insuficiência do exercício democrático.

Moreira e Escorel¹⁹⁵, analisando um estudo censitário divulgado nos vinte anos do SUS, afirmaram que os Conselhos de Saúde representam a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país, embora existam fatores que dificultam a democratização do processo decisório das políticas de saúde. Para os autores, os Conselhos de Saúde mais organizados e autônomos estão localizados nos municípios que apresentam uma sociedade civil mais mobilizada e acostumada à articulação política. Isso demonstra que a realização do direito à saúde é uma tarefa constante de mobilização social¹⁹⁶, ou seja, os Conselhos de Saúde só conseguem exercer efetivamente seu papel de instância democrática e deliberativa em ambientes onde os valores democráticos são respeitados e valorizados¹⁹⁷.

Os Conselhos de Saúde realizam controle social sobre a gestão do sistema de saúde, incluindo novos atores na discussão de suas políticas, permitindo o surgimento de decisões legítimas, em consonância com os princípios constitucionais preconizados para o SUS¹⁹⁸. Todavia, há dificuldades dos conselheiros em efetivar uma interlocução com as bases de representação e de acesso à informação, o que torna premente a necessidade de articulação e capacitação para que haja o fortalecimento do controle social¹⁹⁹.

Com o evidente processo de desmobilização dos movimentos sociais na atualidade²⁰⁰, a avaliação das bases e relações democráticas na política municipal de saúde demonstra que está havendo um retrocesso na prática participativa no setor de saúde, com a

¹⁹³ BRASIL, op. cit., p. 40-42.

¹⁹⁴ VAN STRALEN et al., op. cit., p. 627.

¹⁹⁵ MOREIRA; ESCOREL, op. cit., p. 804.

¹⁹⁶ MACHADO, op. cit., p. 24.

¹⁹⁷ BISPO JUNIOR; GERSCHMAN, op. cit., p. 14.

¹⁹⁸ VAN STRALEN et al., op. cit., p. 631.

¹⁹⁹ ZAMBON, V.D.; OGATA, M.N. Controle Social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.6, p. 921-927, 2013. p. 926.

²⁰⁰ SANTANA, op. cit., p. 30.

existência de obstáculos que vão desde a incredulidade do cidadão em relação à participação popular e o uso indevido do conhecimento técnico para dificultar a tímida participação social identificada ²⁰¹ até manipulação da composição e ingerência dos gestores no seu funcionamento²⁰².

Os resultados de Farias Filho, Silva e Mathis²⁰³ apontam para o descumprimento dos princípios constitucionais do SUS e para a fragilização da imagem social dos conselheiros. Há registros de que os Conselhos de Saúde não são reconhecidos por uma parcela significativa da população como representantes de seus interesses ou como responsáveis por balizar os rumos do governo²⁰⁴. A diferença principal desses resultados para as pesquisas anteriores está em indicar uma falha no processo de identidade e ressonância da representação dos Conselhos de Saúde, tendo alcance limitado por não ter relacionado fragilização da imagem social dos conselhos e efetividade da participação popular.

Bonavides²⁰⁵, também presente nos estudos de Lehmann, adverte sobre a crise de legitimidade, propondo a recomposição de sua base, a partir da participação popular efetiva. E Lehmann²⁰⁶, assim como Bonavides, reconhece que no contexto brasileiro, apesar de constitucionalmente previsto, o processo de participação popular não é praticado com efetividade, seja por razões culturais ou práticas, o que somente seria possível se houvesse um resgate da soberania participativa.

Lehmann²⁰⁷ usa a expressão *democracia participativa*, repetindo Paulo Bonavides, e a ela atribui o papel de resgate da sociedade como sujeito de direito ativo na fiscalização e gestão dos bens coletivos extrapatrimoniais, usando como instrumento a participação popular em espaços deliberativos, como os Conselhos de Saúde. Para esses autores, os atores sociais devem se apropriar desses espaços democráticos, estabelecendo sólidas parcerias e internalizando as constantes lutas pela garantia dos direitos sociais constitucionalmente assegurados. Claro está que esses autores se apropriam dos antecedentes epistemológicos contidos no discurso estruturante dos direitos sociais inscrito na teoria da metódica jurídica²⁰⁸²⁰⁹²¹⁰²¹¹²¹² e da percepção que o discurso jurídico se constitui no modo

²⁰¹ BATISTA; MELO, op. cit., p. 343.

²⁰² RIBEIRO, op. cit., p. 49.

²⁰³ FARIAS FILHO, M.C.; SILVA, N. A; MATHIS, A. Os limites da ação coletiva dos conselheiros municipais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1911-1919, 2014. p. 1914.

²⁰⁴ BISPO JUNIOR; GERSCHMAN, op. cit., p. 13.

²⁰⁵ BONAVIDES, op. cit., p. 18.

²⁰⁶ LEHMANN, op. cit., p. 42.

²⁰⁷ Ibid., p. 25.

²⁰⁸ MÜLLER, Friedrich. **Direito, linguagem e violência**: elementos de uma teoria constitucional, I. Tradução de Peter Naumann. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 1995.

²⁰⁹ Id. **Quem é o povo?** a questão fundamental da democracia. 3. ed. Tradução de Peter Naumann. São Paulo:

construtor das identidades constitucionais de um povo e sua capacidade de articulação e de ação como condições de reação aos processos de exclusão sociais e da iconização do povo no viés de uma participação política meramente retórica²¹³²¹⁴²¹⁵.

Ilustrando essa inconformidade, os estudos de Santos²¹⁶ mencionam o Decreto presidencial nº 8.243, sancionado em outubro de 2014, que criou a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS). O decreto objetivava fortalecer e ampliar o diálogo entre a sociedade civil e o governo pela via da legitimação de canais já existentes, como conselhos e conferências, bem como a previsão da criação de novos espaços, a exemplo das ouvidorias e consultas públicas, entre outros.

O Decreto nº 8.243/2014 reforçava a presença de conselhos, bem como de outros canais de participação social em todos os setores de políticas públicas, legitimando juridicamente uma situação existente, mas foi vetado meses depois, em outubro de 2014, pela Câmara dos Deputados, sob a alegação de que a PNPS retirava a independência do Congresso Nacional para estabelecer os próprios mecanismos de diálogo com a sociedade. Tal fato retrata bem a dificuldade do Legislativo brasileiro em aceitar a consolidação de novas formas de partilha de poder político e abertura ou institucionalização de espaços de protagonismo dos cidadãos.

Lehmann²¹⁷ trabalha o conceito de eficácia, eficiência e efetividade no que se refere aos Conselhos de Saúde, afirmando que “[...] esse enfoque para a participação popular no SUS, temos que uma participação efetiva é muito mais do que uma participação eficiente ou eficaz”. Para Lehmann:

No âmbito dos conselhos de saúde, por exemplo, uma participação eficiente poderia ser representada pela frequência dos conselheiros a todas as reuniões, enquanto uma participação eficaz seria aquela em que os conselheiros apresentassem proposições e opinassem sobre as políticas de saúde, exercendo seu direito à crítica. Já uma participação efetiva seria aquela que, somada ao comparecimento e ao exercício da crítica, resultasse no cumprimento, por parte do gestor, das deliberações feitas pelo conselho²¹⁸.

Max Limonad, 2003.

²¹⁰ Id. **Métodos de trabalho do direito constitucional**. 3. ed. Tradução de Peter Naumann. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

²¹¹ **Teoria estruturante do direito**. 2. ed. Tradução de Peter Naumann e Eurides Avance de Souza. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009a.

²¹² Id. **O novo paradigma do direito: introdução à teoria e metódica estruturantes**. 2. ed. Tradução de Peter Naumann e outros. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009b.

²¹³ MILLER, op. cit., 1995.

²¹⁴ Id., op. cit., 2003.

²¹⁵ Id., op. cit., 2005.

²¹⁶ SANTOS, E., op. cit., p. 18.

²¹⁷ LEHMANN, op. cit., p. 175.

²¹⁸ Ibid., p. 175.

As relações sociais na democracia são redefinidas a partir do exercício da cidadania e da afirmação de novos direitos, que exige a constituição de sujeitos sociais mais ativos e que tenham a capacidade de propor novas ações baseadas nos seus direitos e de luta pelo seu reconhecimento²¹⁹. Assim, os Conselhos de Saúde não podem ser reduzidos ao cenário das brigas partidárias, mas em cenário de defesa da saúde pública, prevalecendo a construção do consenso que favoreça o maior número de pessoas²²⁰.

Para Habermas²²¹, a partir da sua concepção de consenso, diferentes atores sociais e suas diferentes inserções exercem influência sobre a política pública proposta pelo Estado. Dessa forma, as políticas públicas em saúde devem, a partir da atuação dos conselhos, ser uma resultante da combinação de elementos e das relações consensuais estabelecidas nesse espaço.

A política de saúde no Brasil é uma dinâmica que envolve muitos agentes em um novo modelo de participação implantado após a redemocratização no país, em que o Ministério Público tem papel de articulação fundamental²²². Se o Conselho de Saúde é o sujeito empenhado na materialização do direito à saúde, o Ministério Público é o sujeito canalizador dessa reivindicação²²³.

Insta assinalar que “[...] a vigilância da comunidade local, sempre informada, precisa sair dos muros da inércia para uma ação igualmente estratégica de reação com os descomprometimentos sociais de interesse geral”²²⁴. E compreender a dinâmica de atuação articulada entre a instituição do Ministério Público com a atuação dos Conselhos de Saúde, municipais e o estadual, é propiciar “[...] igual respeito e consideração pela justificação adequada dos atos de poder”²²⁵, que tendem a se traduzir em novos ganhos para a participação qualitativa e popular na gestão da saúde pública.

Assim, das dificuldades enfrentadas pelos Conselhos de Saúde, e que representam demanda concreta para a atuação do Ministério Público, identificadas nas pesquisas selecionadas, destacam-se aquelas relacionadas à fragilidade da vida associativa^{226 227}, à

²¹⁹ MACHADO, op. cit., 2006, p. 34.

²²⁰ LEHMANN, op. cit., p. 142.

²²¹ HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997b, v. 1. p. 177.

²²² MACHADO, op. cit., 2006, p. 59.

²²³ MACHADO et al., op. cit., p. 30.

²²⁴ CHAI, Cássius Guimarães. Governo Local, controle social e ação contra a corrupção: a universalidade da experiência do município de Ribeirão Bonito/ SP – administração pública e sociedade: – instrumentos de participação da sociedade civil. In: MACEDO, M; PRAZERES, M. A. B. (Orgs.). **Democracia, transparência e desenvolvimento sustentável**. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2007. p. 20.

²²⁵ Ibid., p. 20.

²²⁶ BISPO JUNIOR; GERSCHMAN, op. cit.

fragilidade no vínculo entre os conselheiros e à necessidade de capacitação técnica e política, possibilitando uma intervenção mais argumentativa²²⁸. Além desses aspectos, outros aparecem de forma mais difusa na maioria das pesquisas selecionadas: falta de estrutura de trabalho, deficiências no processo de representação e participação social, cooptação pelos governantes, problema de autonomia e organização, falta de transparência e resolutividade nas deliberações, prevalência do saber técnico, entre outros.

4.3 Controle social no SUS

O Poder Executivo é o responsável pela administração do interesse público, desde a arrecadação de receitas até a execução das despesas nas políticas públicas, o que exige acompanhamento e controle. Para isso, dois mecanismos de fiscalização foram criados: (1) as instituições fiscalizatórias, que têm a obrigação ordinária de acompanhar as atividades do Executivo, e (2) a participação do cidadão, quando a sociedade exerce sua vigilância por meio do controle social.

Santos²²⁹ afirma que controle social é um conceito polissêmico com fragmentos de um *presente político em construção*, mas que há um senso comum que o remete ao controle da sociedade sobre o governo e suas ações²³⁰. A pesquisadora traz entre as linhas de compreensão de controle social em sua pesquisa aquelas baseadas em Émile Durkheim e Michael D. Cohen, com destaque para a compreensão normativo-descritiva de Jürgen Habermas. Berclaz²³¹, por sua vez, cria didática classificação: quanto à origem (interno/externo), quanto ao momento (anterior/posterior), repressivo ou preventivo.

No Brasil, as bases do controle social estão dispostas no artigo 198, III, e 204, II e 227, §7º, respectivamente para as áreas da saúde, assistência social e infância e juventude. Para Berclaz:

Esse controle a ser exercido pelo cidadão pode ser levado a termo tanto sob o ponto de vista individual como fomentado por organizações coletivas, dentre as quais a associação livre de pessoas, a composição do terceiro setor, quando não, propriamente, espaços democráticos que tenham a missão de viabilizar o encaminhamento e processamento de informações e dados relacionados à atuação da Administração Pública, como é o caso do funcionamento dos conselhos sociais [...]²³².

²²⁷ OLIVEIRA, A.M.C; IANNI, A.M.Z; DALLARI, S.G. Controle Social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013.

²²⁸ OLIVEIRA, op. cit., 2013.

²²⁹ SANTOS, B., op. cit., p. 17.

²³⁰ Ibid., p. 26.

²³¹ BERCLAZ, op. cit., p. 73.

²³² Ibid., p. 75.

O conceito de Cotta et al.²³³ dispõe que o controle deve ser concebido como o resultado da participação da comunidade no processo da gestão. Para Santos e Bastos²³⁴, é a capacidade que tem a sociedade civil de interferir na gestão pública, objetivando as políticas de saúde e possibilitando a participação social. Já Rolim, Cruz e Sampaio²³⁵ utilizam em seu estudo conceitos de controle social e participação social como expressões equivalentes e relacionadas à diretriz de participação da comunidade prevista na CF/88.

No Brasil, o surgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários, e ao forte controle do Estado sobre a sociedade, provocou o processo de redemocratização, criando-se a ideia de um contraponto e do controle da sociedade sobre o Estado, cunhando-se a expressão controle social²³⁶. A necessidade de participação social apresentada pelo Movimento da Reforma Sanitária no final da década de 1970 era o ponto crucial para efetivar o controle proposto no processo de redemocratização.

A Constituição Federal de 1988 determina que a participação da comunidade é diretriz do sistema de saúde no país (art. 198, III, CF/88) e as Leis n.ºs. 8.080/90 e 8.142/90 trouxeram conteúdos importantes sobre essa participação, ampliando-a, democratizando-a e qualificando-a como controle social – o controle da sociedade sobre a política de saúde²³⁷. Porém, resgatando importante observação de Avritzer²³⁸, não há previsão expressa na Constituição Federal de 1988 dos conselhos como instrumento de controle, nem mesmo os Conselhos de Saúde, mas apenas as diretrizes que estabelecem a participação popular na formulação das políticas públicas.

Correia²³⁹ afirma que a expressão controle social tem sido alvo das discussões nos segmentos da sociedade como sinônimo de participação social nas políticas públicas. Correia²⁴⁰ desenvolve em seu estudo a compreensão de controle social a partir da concepção de Estado e sociedade em Gramsci, segundo o qual há uma unidade orgânica no Estado, que congrega a sociedade política e a sociedade civil com seus aparelhos de hegemonia que mantêm o consenso, a pactuação no lugar das lutas sociais.

²³³ COTTA et al., op. cit., p. 1122.

²³⁴ SANTOS; BASTOS, op. cit., p. 269.

²³⁵ ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, op. cit., p. 141.

²³⁶ BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008> Acesso em: 15 nov.2016. p. 127.

²³⁷ BRASIL, op. cit., p. 34-38.

²³⁸ AVRITZER, Leonardo. Sociedade Civil e participação no Brasil democrático. In: _____. **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 34.

²³⁹ CORREIA, op. cit., p. 1.

²⁴⁰ Ibid., p. 3-5.

Para a pesquisadora, não existe oposição entre Estado e sociedade civil, mas oposição entre classes sociais, de modo que o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado na direção dos interesses destas classes²⁴¹. Correia²⁴² afirma, ainda, que o controle social em Gramsci requer a desconstrução do mito de aparente homogeneização do papel da sociedade civil como portadora de interesses universais.

Lehmann²⁴³, por sua vez, insere o conceito de controle social no seu estudo dissociando-o do conceito de participação popular. Com base nas pesquisas do autor, participação popular está associada à partilha de poder político e à formação das normas do Estado e controle social está associado à submissão do Estado à fiscalização, ao controle do cidadão. No mesmo sentido entende Ferreira²⁴⁴, para quem “*participação é poder político e controle é direito público subjetivo*”.

Assim, verifica-se que o termo controle está relacionado ao cidadão e não às instituições. O cidadão e o conselheiro de saúde exercem controle social, mas as instituições, a exemplo do Ministério Público, exercem controle institucional. Contudo, é evidente que na maioria das pesquisas *controle social* surge como gênero, podendo ser compreendido como espécie quando contraposto ao controle institucional.

Lehmann afirma que o termo controle social não está expresso na Constituição Federal, ao contrário de participação popular, e que esta possui conteúdo mais amplo, de modo que o controle social figura como uma das funções da participação popular:

Com efeito, a abordagem pós-moderna do tema não permite outra conclusão que não a de preferir participação da comunidade ou participação popular ao invés de controle social, e não por uma questão semântica, mas porque são aquelas expressões que permitem identificar a comunidade como titular do bem coletivo extrapatrimonial de que se trata (saúde). Controle, por sua vez, implica em ato volitivo que distingue dois sujeitos: o controlador e o controlado. É expressão que divide, reforçando o paradigma moderno das dicotomias público/privado e indivíduo/Estado, formulação, como já abordado no segundo capítulo, em evidente crise de legitimidade, uma vez que não abre espaço para o resgate do elemento coletivo, que está além do indivíduo e não se confunde com o Estado²⁴⁵.

Assim, Lehmann²⁴⁶ acredita que o termo mais adequado a ser utilizado é participação popular e não controle social, por expressar melhor sua dinâmica e o aspecto

²⁴¹ Ibid., p. 6.

²⁴² Ibid., p. 19.

²⁴³ LEHMANN, op. cit., p. 122.

²⁴⁴ FERREIRA, op. cit., p. 28.

²⁴⁵ LEHMANN, op. cit., p. 124.

²⁴⁶ Ibid., p. 124.

plural das instâncias participativas no SUS. Todavia, mesmo havendo a possibilidade da divergência em relação ao melhor uso dos conceitos “participação” e “controle”, as pesquisas selecionadas usam em sua maioria o termo “controle social” quando se referem à prática cotidiana dos conselheiros de saúde.

Correia, por sua vez, apresenta um conceito para o controle social, como “[...] atuação dos setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas”²⁴⁷. A autora relaciona o controle com a capacidade de interferência na gestão, implicando um elemento de eficiência da atuação dos movimentos no resultado real da gestão.

Dentro do tema controle social podem ser contextualizados os conselhos gestores de políticas públicas, entre os quais se destacam os Conselhos de Saúde, objeto da presente pesquisa. A pesquisa bibliográfica desenvolvida por Santos²⁴⁸ indica que existem modelos de controle social, que se pode dar por meio direto, indireto ou pelas instituições relacionadas, conformando relações de poder que levam à compreensão de conselhos gestores.

De fato, há uma infinidade de conceitos de conselhos gestores. Todavia, a que melhor se adapta à presente pesquisa é aquela prevista em Berclaz, segundo o qual o conselho se refere a:

[...] um 1) grupo de pessoas representativo de um colegiado ou de uma coletividade organizada comunitariamente composto paritariamente por membros governamentais e não governamentais que, 2) a partir de uma institucionalidade reconhecida pelo Estado de modo permanente em todos os níveis federativos como exercício de função pública relevante, 3) reúne-se periodicamente para 4) conhecer e discutir de modo democrático e com autonomia de posicionamento 5) determinados temas ou campos de atuação de política pública 6) objetivando praticar atos 7) voltados ao cumprimento de finalidades específicas, dentre as quais essencialmente controle e monitoramento das políticas públicas, o que inclui poder de tomada de decisão²⁴⁹.

Assim, o conceito apresentado reúne a ideia de que pessoas institucionais (conselheiros de saúde) realizam encontros sistemáticos, pautados pelo ideal constitucional e democrático, para tratar sobre as políticas de saúde e praticar atos concretos com finalidades plurais (administrativo, burocrático, estratégico, normativo, deliberativo, controlador, entre outras), realizando controle social. Berclaz²⁵⁰ ainda acrescenta que a conduta esperada dos

²⁴⁷ CORREIA, op. cit., p. 11.

²⁴⁸ SANTOS, E., op. cit., p. 29.

²⁴⁹ BERCLAZ, op. cit., p. 99.

²⁵⁰ Ibid., p. 105.

membros dos conselhos é a potencialidade de contestar, interpelar, divergir, reclamar e estabelecer diretrizes que corrijam inexistência ou deficiência de uma política pública.

O controle social exercido no espaço dos Conselhos Municipais de Saúde está sujeito a uma série de riscos e problemas. Um deles é a desfiguração de sua natureza plural e deliberativa, prejudicadas pelo tecnicismo que desqualifica o saber popular ou a sua redução a órgão consultivo²⁵¹. A irregularidade do funcionamento pode ser creditada à falta de apoio ou rejeição das autoridades do poder estatal, falta de representatividade e qualificação dos membros, destes derivando os demais problemas e dificuldades²⁵².

Os Conselhos de Saúde devem ser espaço privilegiado das demandas em saúde²⁵³. Silveira, Cançado e Pinheiro²⁵⁶ reafirmam a soberania popular na participação das decisões públicas, legitimando a democracia. Para Correia²⁵⁷, são mecanismos de participação institucionalizada e de controle social, sendo espaços de lutas entre contraditórios para formação de consenso em torno da política de saúde.

Rolim, Cruz e Sampaio²⁵⁸ fazem em sua revisão narrativa uma síntese de quatro posições teóricas propostas por Bravo e Matos²⁵⁹ que têm embasado o debate sobre os Conselhos de Saúde e o controle social. Segundo os autores, a primeira está baseada em Gramsci, em que os conselhos são vistos como arena de conflitos; a segunda em Habermas, em que são vistos como espaço consensual; a terceira em Marx, em que os conselhos são vistos como espaço de cooptação dos movimentos sociais; e a quarta, com influências neoconservadoras, em que são considerados incompatíveis com a democracia representativa²⁶⁰.

Todavia, Silva, Silva e Souza²⁶¹ fazem uma análise histórica em que avaliam que ainda permanece um distanciamento entre o conselho e a sociedade e que esta tem apenas uma representatividade controlada e limitada. Para os autores, bem como para Van Stralen et

²⁵¹ LEHMANN, op. cit., p. 132.

²⁵² Ibid., p. 133-134.

²⁵³ SANTOS; BASTOS, op. cit., p. 270.

²⁵⁴ COTTA, R.M.M. et al. Participação, Controle Social e exercício da cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.419-438, 2009. p. 427.

²⁵⁵ ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, op. cit., p. 142.

²⁵⁶ SILVEIRA; CANÇADO; PINHEIRO, op. cit., p. 49.

²⁵⁷ CORREIA, op. cit., p. 16-17.

²⁵⁸ ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, op. cit., p. 144.

²⁵⁹ BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P. A. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

²⁶⁰ ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, op. cit., p. 144.

²⁶¹ SILVA; SILVA; SOUZA, op. cit., p. 256.

al.²⁶², estudos realizados sobre os Conselhos de Saúde no Brasil apontam uma profunda distância entre o espírito da Lei nº 8.142/90 e a realidade desses colegiados, destacando-se resumidamente os seguintes problemas:

- a) Desconhecimento pelos conselheiros de suas funções;
- b) Não divulgação das decisões do conselho;
- c) Pautas determinadas apenas pelos secretários municipais de Saúde;
- d) Representatividade controlada e limitada;
- e) Condição hegemônica da representação governamental nas reuniões.

Já as possibilidades e potencialidades apontadas nos estudos dos autores estão condicionadas aos seguintes fatores:

- a) Diversidade na composição;
- b) Simetria no poder interno;
- c) Representatividade dos participantes;
- d) Deliberações democráticas;
- e) Prestação de contas à sociedade.

Correia²⁶³ adverte que muitos dos conselhos foram criados apenas formalmente para cumprir requisitos legais, sendo manipulados na composição, e têm sua atuação reduzida a atos para viabilizar repasses de recursos. A efetivação do controle social no campo dos conselhos é limitado por condutas adotadas pelos gestores (falta de transparência, manipulação de dados epidemiológicos, uso de artifícios contábeis, ingerência na escolha e manipulação dos conselheiros) e pelos usuários (fragilidade política, não organicidade e não articulação entre os membros, corporativismo e falta de conhecimento sobre seu papel e sobre a realidade local)²⁶⁴.

Santos e Bastos²⁶⁵, após considerar diferenças no funcionamento dos Conselhos de Saúde em todo o país, afirmam que as principais questões estão relacionadas à deficiência na participação popular, falta de capacidade técnica e política dos conselheiros, desrespeito ao

²⁶² VAN STRALEN et al., op. cit., p. 628.

²⁶³ CORREIA, op. cit., p. 17.

²⁶⁴ Ibid., p. 20.

²⁶⁵ SANTOS; BASTOS, op. cit., p. 271.

princípio da paridade e falta de transparência e estrutura. Para Santos e Bastos²⁶⁶, todas essas questões e o desconhecimento dos mecanismos de participação provocam um descompasso entre as conquistas obtidas no plano formal e a prática do controle social sobre os serviços de saúde.

4.4 O direito e a política na percepção da luta pelo reconhecimento

As bases doutrinárias dos discursos sociais sobre a saúde emergem na segunda metade do século XVIII, na Europa Ocidental, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos (saúde circunscrita à esfera moral), e de constituição das intervenções sobre os sujeitos (é responsabilidade do Estado definir políticas e leis referentes à saúde), remetendo as normas e as práticas de saúde à instância jurídico-política²⁶⁷.

Portanto, torna-se necessário considerar a relação entre o direito e a política, uma vez que os direitos subjetivos, como o direito à saúde, só podem ser estatuídos e impostos pelos organismos detentores do poder político, que tomam decisões que serão obrigatórias para a coletividade, através de um procedimento comunicativo de formação institucionalmente diferenciada da opinião e da vontade²⁶⁸. Por outro lado, entende-se que o direito *fundamental* à saúde é objeto de um discurso de verdade, cuja emergência é condicionada por práticas discursivas e não discursivas, que deve refutar o discurso político do poder²⁶⁹.

O agir comunicativo, no viés da teoria da argumentação fundada na compreensão de pessoas livres e iguais, permite, no arranjo de uma sociedade democrática em que o compromisso republicano da igualdade não se afasta da conduta ética e transparente do legítimo exercício do poder, o fortalecimento do sentimento de pertencimento constitucional. Logo, o referencial teórico da pesquisa tem por base os estudos de Jürgen Habermas e Axel Honneth, especialmente sobre a relação interna entre o direito e a política na percepção da luta pelo reconhecimento. O primeiro pelo conceito procedimental de democracia como institucionalização do processo discursivo da vontade comum e do conceito de poder

²⁶⁶ Ibid., p. 272.

²⁶⁷ PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. p. 301.

²⁶⁸ HABERMAS, op. cit., v. 1, p. 170.

²⁶⁹ BUSSINGER, Elda Coelho de Azevedo; PAULA, Rodrigo Francisco de. O direito entre o discurso político e o poder: estratégias para o estudo dos direitos fundamentais a partir das descobertas epistemológicas de Michel Foucault. In: CHAI, C.G.; BUSSINGUER, E. C. A.; MESQUITA, V.J.C. (Orgs.). **Direito, trabalho e desconhecimento: desafios contra os retrocessos em direitos humanos**. Campo dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2016. (Teoria política e sistemas de justiça, v.2). p.130-139.

comunicativo e de consenso; o segundo por seu discurso sobre a luta por reconhecimento, ambos analisados no presente estudo a partir do espaço de participação da comunidade nos Conselhos de Saúde e do espaço de interação deste com o Ministério Público.

Lehmann destaca a crise paradigmática em que as instituições não conseguem cumprir as missões para as quais foram designadas. Segundo o autor, a dicotomia público/privado deve ser superada, destacando-se o elemento coletivo (sociedade), que está além do indivíduo e não se confunde com o Estado. Realizando uma pesquisa baseada nos paradigmas da pós-modernidade, a partir dos estudos de José Isaac Pilati e Boaventura de Sousa Santos, o pesquisador apresenta a partilha da soberania e o resgate da democracia participativa, em contraponto ao individualismo e representatividade da modernidade, como solução para contornar a crise de legitimidade apontada especialmente em relação à participação popular em saúde²⁷⁰.

Contudo, é em Habermas²⁷¹, quando analisa a complexidade das sociedades contemporâneas, que o Direito e suas instituições são inseridos como formas de integração social diante do risco de desintegração das sociedades pós-convencionais (função social integradora do direito). E o direito legítimo é produzido a partir do poder comunicativo, transformando-o em poder administrativo.

Parte-se da premissa habermasiana de que a linguagem é o meio de todo sentido e de toda validade e é representada pelo entendimento intersubjetivo, é o *medium* universal de incorporação da razão²⁷². O entendimento é o processo pelo qual se produz o acordo/consenso, fundado no reconhecimento intersubjetivo²⁷³. A ação comunicativa de Habermas²⁷⁴ se dá quando a linguagem orientada ao entendimento funciona como fonte de integração social, e nesse ponto se insere o direito, amortizando as instabilidades da socialização, possibilitando a existência de associações, a exemplo dos movimentos sociais ou mesmo dos Conselhos de Saúde, cuja coesão resulta de dois fatores: a ameaça de sanção externa e da suposição de um acordo racionalmente motivado.

E a linguagem e o entendimento linguístico no presente estudo podem ser compreendidos a partir de Habermas²⁷⁵ como meios de transmissão de informações que permitem a interação entre as instâncias de controle social. E, sendo mecanismos de coordenação da ação, passam a exercer uma influência recíproca, um sobre o outro, de

²⁷⁰ LEHMANN, op. cit., p. 19-20.

²⁷¹ HABERMAS, op. cit., v. 1, p. 212.

²⁷² Ibid., p. 25.

²⁷³ Ibid., p. 19-21.

²⁷⁴ Ibid., p. 26.

²⁷⁵ Ibid., p. 36.

maneira funcional. Assim, admitindo que o Conselho de Saúde é o principal parceiro do Ministério Público na defesa de políticas públicas na saúde, a partir de Jürgen Habermas é possível inferir que existem vantagens recíprocas na atuação cooperativa, uma vez que o Ministério Público enriquece a atuação do Conselho de Saúde de recursos simbólicos e práticos, e este legitima a ação do Ministério Público na defesa do direito à saúde, dando fluxos a questões com forte referência na realidade local²⁷⁶.

O espaço de diálogo entre essas instâncias funda um novo campo de práticas de aprimoramento do Estado democrático, instituindo novas formas e mecanismos de pactuação entre as diferentes esferas dos poderes públicos e sua relação com a sociedade²⁷⁷, pois o Ministério Público deve estar presente, dialogando, fomentando e qualificando a participação social, cumprindo importante papel educativo e criativo na mudança social²⁷⁸²⁷⁹. Analisando o relacionamento interinstitucional entre Ministério Público e Conselho de Saúde, o agir comunicativo explica como é possível surgir integração social a partir de critério público da racionalidade do entendimento²⁸⁰.

Os direitos de comunicação e de participação política exercitados pelos Conselhos de Saúde são vistos, a partir de Habermas²⁸¹, como constitutivos para um processo de legislação legítimo, de modo que cada conselheiro não pode ser visto como sujeito isolado, mas sim participante orientado pelo entendimento. A pretensão de legitimidade de uma ordem jurídica construída pelos conselheiros na arena de participação só pode ser resgatada por meio de uma força integradora da vontade de todos. O Direito incide nessa dinâmica para insistir que o sistema não fuja a uma integração mediada por uma consciência que leva em conta a vontade de todos²⁸².

Na verdade, a realidade do crescimento no número de pessoas que adquirem o direito de acesso aos fóruns de participação, como associações, partidos ou mesmo conselhos deliberativos, conduz ao questionamento sobre gozo real de um *status* de cidadão ativo, “[...] através do qual o indivíduo singular pode influir na transformação democrática do seu status”²⁸³, ainda, na transformação democrática de sua realidade e de seu protagonismo.

²⁷⁶ MACHADO, op. cit., 2006, p. 67.

²⁷⁷ MACHADO et al., op. cit., p. 32.

²⁷⁸ MACHADO, op. cit., 2006, p. 68.

²⁷⁹ MACHADO et al., op. cit., p. 30.

²⁸⁰ HABERMAS, op. cit., v. 1, p. 45.

²⁸¹ Ibid., p. 53.

²⁸² Ibid., p. 65.

²⁸³ Ibid., p. 108.

E o direito de participar, visto como direito subjetivo – poder jurídico conferido pela ordem jurídica²⁸⁴ –, possui uma perspectiva intersubjetiva, que é o reconhecimento recíproco dos sujeitos que cooperam²⁸⁵. Garante condições sob as quais os cidadãos podem avaliar, à luz do princípio do discurso, se o direito que estão criando é legítimo²⁸⁶. O princípio do discurso assume, então, a figura de um princípio da democracia quando interligado com o *medium* do direito forma um sistema de autonomia pública²⁸⁷.

No contexto da presente pesquisa, em que se considera o discurso entre os membros dos Conselhos de Saúde e o discurso entre estes e o Ministério Público, deve-se ponderar a necessidade de que ele busque o entendimento e que esteja baseado numa convivência reflexiva, em que todos possam efetivamente tomar parte no discurso, com as mesmas chances de tomar posição, conduzidos representativamente, buscando a participação simétrica²⁸⁸ e neutralizando coerções eventuais que possam influir no processo de entendimento²⁸⁹.

Propondo uma relação de antecedente e consequente, a relação entre as instâncias formais de controle baseada no agir comunicativo (antecedente) propicia, na esfera pública, o espaço de reconhecimento jurídico do indivíduo (consequente). Explica-se resgatando dos estudos de Correia²⁹⁰ o elemento da oposição entre classes sociais dentro do Estado, enquanto unidade formada pela sociedade política e sociedade civil, que travam a luta social em busca da prevalência de seus interesses. Essa ideia de luta introduz o resgate realizado por Honneth²⁹¹, segundo o qual a luta é o elemento moral intrínseco às relações sociais, que buscam garantir não só a autopreservação, mas o reconhecimento recíproco.

Honneth²⁹² indica as três formas de reconhecimento (amor, direito e estima) que contêm em si potencial para causar conflitos. Ele parte dos estudos de Hegel, para quem a luta dos sujeitos para o reconhecimento recíproco gera uma pressão intrassocial para o estabelecimento de instituições garantidoras da liberdade. Para o autor, a ampliação das relações intersubjetivas de reconhecimento está integrada ao processo de individuação que resulta de lutas sociais por meios das quais se operam as transformações sociais de ordem

²⁸⁴ Ibid., p. 117.

²⁸⁵ Ibid., p. 120.

²⁸⁶ Ibid., p. 163.

²⁸⁷ Ibid., p. 165.

²⁸⁸ Ibid., p. 227.

²⁸⁹ Ibid., p. 286.

²⁹⁰ CORREIA, op. cit., p. 6.

²⁹¹ HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Ed. 34, 2015. p. 23.

²⁹² Ibid., p. 23.

normativa²⁹³.

Esse processo de individuação não pode mais ser visto como aquele ligado à Teoria Clássica de Direitos Humanos, encerrado apenas no indivíduo, mas visto segundo a moderna Teoria Crítica dos Direitos Humanos, para a qual os sistemas jurídico, social e político têm paradigma fático e social, em que a realidade válida é a realidade fática, que se apresenta num mundo intersubjetivo, compartilhado²⁹⁴.

Contextualizando na presente pesquisa, o reconhecimento jurídico atribui existência pública e instrumentaliza o acesso à visibilidade, conferindo aos seus agentes e à subjetividade um meio de expressão simbólica, capacitando-o a participar da ordem pública. Contudo, o processo de discussão nos Conselhos de Saúde é prejudicado por uma cultura política que tem dificuldades em reconhecer e respeitar o outro como cidadão²⁹⁵. A luta social por reconhecimento tem como eixo central a definição do conteúdo dos atributos morais e de que propriedades os agentes devem possuir para participar e postula um reconhecimento social e normativo de suas respectivas orientações de valor e modos de vida, ou seja, a gramática dessas lutas tem um caráter moral²⁹⁶.

O sentimento de reconhecimento faz surgir no sujeito a medida de autoconfiança que capacita para a participação²⁹⁷. A luta pelo reconhecimento e a defesa da identidade e da autonomia podem assumir a forma de luta por uma maior participação na formação pública da vontade coletiva.

Os indivíduos aprendem progressivamente a reconhecerem em si próprios competências e direitos de acordo com o curso do desenvolvimento social e intersubjetivo dentro do qual elementos específicos da sua personalidade emergem e conquistam aprovação e reconhecimento social. “Na medida em que os sujeitos aprendem a se familiarizar com as múltiplas possibilidades de assumir identidades, mais conscientes se tornam de suas reais necessidades e aspirações”²⁹⁸.

O Estado e as instituições públicas passam a executar institucional e administrativamente as demandas sociais, enfraquecendo a infraestrutura comunicativa e consequentemente a base cooperativa a partir da qual se mobilizaria uma luta social e política²⁹⁹. Assim como em Habermas³⁰⁰, para Honneth³⁰¹, é a esfera do direito que vai

²⁹³ Ibid., p. 24.

²⁹⁴ ROJAS, op. cit., p. 42-43.

²⁹⁵ OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, op. cit., p. 2330.

²⁹⁶ HONNETH, op. cit., p. 79.

²⁹⁷ Ibid., p. 79.

²⁹⁸ Ibid., p. 229.

²⁹⁹ Ibid., p. 106-110.

assegurar o princípio da igualdade e as condições de autonomia individual necessárias em todas as esferas do reconhecimento que formam a identidade em todas as fases da vida.

Nesse sentido, o papel dos conselhos sociais, como espaços de democracia deliberativa e arena política de luta para controle e monitoramento das políticas públicas, não poderá ser cumprido se na estrutura das relações sociais de reconhecimento as decisões e os atos praticados pelos conselheiros de saúde não tiverem identificação pelo direito como um dos padrões de reconhecimento intersubjetivo³⁰². Ou seja, não basta o reconhecimento do Conselho de Saúde como espaço de luta, mas também como fonte de decisões legítimas, com reflexo jurídico que garanta a suas deliberações um mínimo de coerção.

Nesse ponto, Honneth³⁰³ amplia a teoria habermasiana afirmando que mais do que buscar o consenso, cabem às lutas sociais por reconhecimento exteriorizar a tensão moral implícita nas relações complexas que estabelecem com o Estado, o espaço público, mercado, a indústria da cultura, os partidos políticos e os movimentos sociais.

Nesse contexto, o Ministério Público deve propiciar uma interlocução cada vez maior entre a gestão dos serviços e os Conselhos de Saúde, objetivando encontrar solução para os problemas de saúde existentes. O espaço de diálogo entre essas instâncias funda um novo campo de práticas de aprimoramento do Estado democrático, instituindo novas formas e mecanismos de pactuação entre as diferentes esferas dos poderes públicos e sua relação com a sociedade³⁰⁴.

Berclaz³⁰⁵ aprofunda o reconhecimento dos conselhos sociais como novos sujeitos coletivos e fonte de poder de controle social, a partir do positivismo jurídico presente nas leis emanadas formalmente pelo Estado (Leis 8.080/90 e 8.142/90). Os Conselhos de Saúde, nessa perspectiva, sintetizam “expressões do cidadão sob o ponto de vista coletivo” e possuem no Direito o respaldo para seu agir imperativo nas políticas públicas de saúde.

4.5 A participação social em saúde e o direito comparado: os sistemas de saúde britânico e canadense

O controle social é um mecanismo de democratização da gestão da saúde existente em diversos sistemas de saúde. Na tentativa de verificar e comparar a realização do

³⁰⁰ HABERMAS, op. cit., v. 1, p. 171.

³⁰¹ HONNETH, op. cit., p. 155.

³⁰² BERCLAZ, op. cit., p. 259.

³⁰³ HONNETH, op. cit., p. 253.

³⁰⁴ MACHADO et al., op. cit., p. 30.

³⁰⁵ BERCLAZ, op. cit., p. 263.

controle social na saúde, foram analisados os dois sistemas de saúde que mais se aproximam do SUS: os sistemas britânico e canadense. A comparação entre o sistema brasileiro e os sistemas canadense e britânico está aqui estabelecida apenas no que diz respeito ao controle e à participação social, focalizando somente a atuação no âmbito federal desses países, uma vez que a figura do Ministério Público brasileiro não encontra paralelo em outros ordenamentos.

Historicamente, as práticas sanitárias são decorrentes das distintas articulações entre sociedade e Estado, que definem as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde³⁰⁶. No século XIX, a Revolução Industrial permitiu a organização das classes trabalhadoras e o aumento da sua participação política, principalmente nos países que atingiram um maior desenvolvimento das relações produtivas, como Inglaterra, França e Alemanha, incorporando-se temas relativos à saúde na pauta das reivindicações dos movimentos sociais do período³⁰⁷. A participação política é a principal estratégia de transformação da realidade de saúde, na expectativa de que das revoluções populares resultassem em democracia, justiça e igualdade.

Iniciando pelo sistema de saúde britânico, o National Health Service (NHS) foi implementado a partir de 1948, tendo sido criado em 1946 por Ato do Parlamento Inglês. O Ato de 1946 determinou duas mudanças radicais no provimento dos serviços de saúde: a nacionalização do sistema de saúde e a universalização do acesso a todos os serviços de saúde³⁰⁸.

Tanaka e Oliveira³⁰⁹ destacam que o sistema de saúde britânico possui algumas semelhanças com o sistema de saúde brasileiro, como a universalidade e o caráter público de ambos, além de adotar os mesmos princípios básicos definidores: universalidade, integralidade e gratuidade. Assim como o nosso sistema passou por profunda reforma no período pós-redemocratização, o NHS também foi reformulado no início dos anos 1990. Nesse processo de construção histórica, foi colocado em dúvida o quanto as reformas de caráter liberalizante do Reino Unido mantiveram as principais características do NHS.

Após a reforma do sistema, o governo inglês criou cargos remunerados e eliminou a participação dos profissionais de saúde e de autoridades municipais nas estruturas de representação com a finalidade de priorizar o caráter gerencial de profissionalização da

³⁰⁶ PAIM; ALMEIDA FILHO, op. cit., p. 300.

³⁰⁷ Ibid., p. 302.

³⁰⁸ ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos Barros de. Velhos dilemas no provimento de bens e serviços de saúde: uma comparação dos casos canadense, inglês e americano. **Nova Economia**, v. 10, n. 2, 2009. p. 84.

³⁰⁹ TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2017. p. 8.

gestão. Assim, houve um incentivo à economia do país e maior controle e transparência dos gastos públicos e aumento da eficiência dos serviços prestados por meio da definição de padrões de trabalho, planejamento, monitoramento e controle dos processos³¹⁰.

Rowe e Shepherd³¹¹ destacam em seu estudo as características da agenda política do sistema de saúde do Reino Unido, entre elas o apoio ao aumento da participação do público nas decisões relativas ao planejamento e à prestação de serviços de saúde. A experiência dos Grupos de Atenção Primária (PCGs) indica um consenso marcado entre os decisores locais e centrais quanto à sua compreensão da participação pública, apesar das diversas origens dos membros da diretoria. Para Rowe e Shepherd³¹², a participação pública no sistema de saúde britânico é uma nova perspectiva de gestão pública que a valoriza como uma ajuda à aprendizagem organizacional, dificultada pela falta de orientação substantiva.

Barnes e Coelho³¹³ resumem bem que as origens democráticas da participação pública são mais evidentes na situação brasileira do que na Inglaterra, mas ainda há questões sobre a inclusividade das práticas pelas quais isso é alcançado. Para os autores, o quadro inglês é mais diverso e dinâmico, mas o poder de decisão formal dos fóruns participativos é menor do que no Brasil e que embora as reivindicações de justiça social para a participação tenham sido feitas em ambos os países, ainda há provas limitadas de que estes foram realizados.

Os artigos pesquisados destacam a participação popular no NHS como elemento de democratização da gestão, de qualificação da atenção em saúde recebida pelos pacientes, de estímulo ao sentimento de pertencimento do povo britânico em relação ao sistema de saúde e de integração dos pacientes ao tratamento em si. Ou seja, destaca-se um controle social como controle da sociedade sobre o Estado mais na perspectiva da integralidade, da universalidade e da democratização do planejamento e menos na perspectiva da aplicação ou fiscalização de recursos.

O sistema de saúde canadense, por sua vez, é um sistema sustentado na parceria entre o governo federal e os governos das províncias, consolidado após o Canadian Health Act de 1984. Entre os princípios gerais que definem o sistema nacional de saúde canadense está a administração pública, uma vez que o seguro-saúde deve ser administrado por uma autoridade pública sem fins lucrativos sujeita à auditoria das transações e contabilidade

³¹⁰ Ibid., p. 9.

³¹¹ ROWE, R.; SHEPHERD, M. Public Participation in the New NHS: No Closer to Citizen Control?. **Social Policy & Administration**, v. 36, p. 275–290, 2002. p. 275.

³¹² Ibid., p. 275.

³¹³ BARNES, Marian; COELHO, Vera Schattan. Social participation in health in Brazil and England: inclusion, representation and authority. **Health Expectations**, v. 12, n. 3, p. 226-236, 2009. p. 233.

financeira³¹⁴.

O sistema de saúde canadense é apresentado por Conill³¹⁵ num estudo de caso da província de Quebec, última a adotar princípios federais de universalização, integralidade e gestão pública na reforma realizada em 1971. Segundo Conill³¹⁶, na década de 1980 e início dos anos 1990, ocorrem avaliações nessa província e no conjunto canadense, iniciando-se um período de transformações, entre elas a implementação de medidas de controle social.

Conill³¹⁷ realiza uma avaliação numa perspectiva internacional comparada, destacando que um dos aspectos particulares das medidas adotadas na reforma do sistema canadense foi a manutenção do discurso participativo. Conill³¹⁸ ainda destaca que o modelo anterior previa a participação majoritária de usuários nos Conselhos de Administração dos Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC), reconhecendo-se a importância da incorporação desse novo ator para a inovação institucional.

Todavia, a reforma no sistema de saúde canadense considerou a influência dos usuários limitada, mostrando disposição de ampliá-la a partir da ênfase na participação em nível regional, diversificando-se os atores e garantindo uma intersectorialidade com incorporação de representantes do setor privado, organizações comunitárias, meio escolar e municipalidades. Uma interessante característica deve ser mencionada, trata-se da possibilidade de o conselho de administração dos estabelecimentos poder ser completado com pessoas escolhidas pelos membros eleitos, a fim de garantir conhecimento técnico ou representatividade. Para Conill³¹⁹, o sistema de saúde canadense fez um movimento em direção aos fóruns que legitimem, em última instância e sem muito conflito, suas ações, permitindo uma adequação local das medidas de contenção.

Rabello³²⁰, realizando importante estudo comparativo entre os sistemas de saúde brasileiro e canadense, afirma que desde o século XIX que o governo atua com a sociedade civil, caracterizando-se o sistema pela participação cidadã. A pesquisadora verificou que após a Conferência de Atenção à Saúde, realizada em 1984 naquele país, a política da promoção da saúde tornou-se prioritária, incluindo o desenvolvimento comunitário e o *empowerment* das

³¹⁴ ANDRADE; LISBOA, op. cit., p. 81

³¹⁵ CONILL, Eleonor Minho. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 963-971, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2000000400015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 fev. 2017. p. 968.

³¹⁶ Ibid., p. 969.

³¹⁷ Ibid., p. 969.

³¹⁸ Ibid., p. 969.

³¹⁹ Ibid., p. 969.

³²⁰ RABELLO, LS. Estudo comparado Brasil e Canadá. In: _____. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. p. 107-155. p. 111.

próprias pessoas e das organizações do Estado em relação a elas, possibilitando, dessa forma, a participação cidadã e o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas no nível local.

5 MINISTÉRIO PÚBLICO DO MARANHÃO E CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: realidades e perspectivas

5.1 Ministério Público do Maranhão: a atuação das Promotorias de Justiça dos municípios selecionados

A Região de Saúde de Pinheiro é formada por 17 municípios, organizados em nove comarcas, cada uma possuindo um promotor de justiça com atribuições específicas para a área da Saúde dos municípios englobados, muito embora possam existir outros membros atuando na comarca.

A realidade das Promotorias de Justiça visitadas é bastante difícil, pois há problemas na estrutura de trabalho (edifícios residenciais pequenos alugados para sediar as Promotorias de Justiça), além de um número insuficiente de servidores, uma demanda judicial exaustiva e uma política institucional que exige do promotor de justiça a priorização da atuação judicial.

Com exceção da comarca de Pinheiro, que é de entrância intermediária e possui dois promotores de justiça em exercício, as comarcas inseridas na pesquisa são de entrância inicial, possuindo apenas um promotor de justiça, que acumula uma gama de atribuições judiciais e extrajudiciais. Além disso, há um volume de procedimentos administrativos e investigações em curso, exigindo atualização constante de membros e servidores, destacando-se a importante atuação da Escola Superior do Ministério Público (ESMP), muito embora a falta de capacitação na área da Saúde tenha sido referida nas entrevistas, demonstrando a necessidade de formação continuada nessa área específica.

Apesar de não ter sido objetivo da pesquisa, é possível traçar um breve perfil dos membros do Ministério Público participantes da pesquisa: há prevalência de promotores de justiça do sexo masculino, casados, com idade média 20-40 anos, sem cursos de pós-graduação na área de Direito Sanitário ou Saúde Coletiva, egressos majoritariamente da classe média ou classe média alta, e, com apenas uma exceção (PJ5), a maioria com cinco anos de carreira, em média.

A seguir apresenta-se o Quadro 9 com a descrição das comarcas e os municípios integrantes, a Promotoria de Justiça correspondente e a existência de procedimento administrativo em curso na comarca para acompanhar o funcionamento dos conselhos municipais.

Quadro 9 – Relação de comarcas, municípios, promotores de justiça e procedimentos administrativos em curso

Comarca	Municípios	Promotoria de Justiça	Existência de procedimento administrativo instaurado para acompanhar os CMS
Bacuri	Bacuri e Apicum-Açu	Promotoria de Justiça de Bacuri	Sim
Bequimão	Bequimão e Peri-Mirim	Promotoria de Justiça de Bequimão	Não
Cedral	Cedral e Porto Rico do Maranhão	Promotoria de Justiça de Cedral	Sim
Cururupu	Cururupu e Serrano do Maranhão	Promotoria de Justiça de Cururupu	Sim
Guimarães	Guimarães	Promotoria de Justiça de Guimarães	Não
Mirinzal	Mirinzal e Central do Maranhão	Promotoria de Justiça de Mirinzal	Não
Pinheiro	Pinheiro, Pedro do Rosário e Presidente Sarney	1ª Promotoria de Justiça de Pinheiro	Sim
Santa Helena	Santa Helena e Turilândia	Promotoria de Justiça de Santa Helena	Não
Turiação	Turiação	Promotoria de Justiça de Turiação	Não

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

O Quadro 9 mostra que 55,6% (n=5) das nove comarcas que constituem a Região de Saúde de Pinheiro não possuem procedimento administrativo para acompanhar os Conselhos Municipais de Saúde, frente a 45,5% (n=4) que possuem. Esse dado é bastante representativo da prática cotidiana de interação e acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde pelos promotores de justiça, demonstrando que mais da metade das comarcas visitadas não realiza qualquer monitoramento formal e material da atuação dos conselheiros de saúde, deixando de fiscalizar sua existência e funcionamento adequado.

O monitoramento formal pode ser compreendido como o acompanhamento sistematizado, com método, observando as normas previstas na legislação e que podem eventualmente ser utilizadas para a defesa da participação popular ou do funcionamento adequado das instâncias. Para além disso, figura como termômetro da existência ou não do relacionamento próximo entre Ministério Público e Conselho de Saúde, sugerindo uma fragilidade das práticas interinstitucionais nessas comarcas.

Outro dado relevante também deve ser destacado, consistindo na existência prevalente de comarcas compostas por dois e até três municípios, o que significa que o promotor de justiça possui atribuição para acompanhar dois ou até três Conselhos de Saúde. Nesse caso, devem ser considerados outros elementos que dificultam ou impedem o relacionamento interinstitucional, como o deslocamento territorial constante e o volume maior de atendimento e trabalho judicial e extrajudicial pelo acréscimo populacional, comprometendo a interação necessária entre promotores de justiça e conselheiros de saúde

nesses locais.

Como destacado anteriormente, a atuação mais efetiva do Ministério Público na defesa do direito à saúde e do SUS deu-se após a 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, e a Carta de Palmas, em 1998, quando foram traçadas novas linhas da atuação institucional que acabaram levando à criação de um Plano Nacional de Atuação em Saúde pelo CNPG, cuja principal diretriz era o estímulo ao controle social e acompanhamento da gestão.

A partir daí, os Ministérios Públicos nos estados passaram a estruturar normas internas (resoluções, recomendações, atos regulamentares, provimentos, súmulas de orientação e programas institucionais), ou seja, a formalizar o marco legal (discurso) que balizaria a atuação (práticas) dos membros em cada município.

Avaliando o discurso, deve-se considerar a necessidade de avaliar a produção normativa interna do Ministério Público, seja pela Procuradoria Geral de Justiça, seja pelo Conselho Nacional do Ministério Público. Realizada a busca pelas normas mais recentes e importantes, tem-se o Quadro 10:

Quadro 10 – Normas recentes sobre o tema em vigência no Ministério Público do Maranhão

Origem	Norma	Descrição
CNMP	Recomendação N.º 54/2017	Dispõe sobre a Política Nacional de Fomento à Atuação Resolutiva do Ministério Público brasileiro
MP/MA (Caop/Saúde e PGJ/MA)	Recomendação 03/2014	Adoção de medidas para a fiscalização do funcionamento dos CMS no interior do estado do Maranhão

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

A Recomendação 03/2014 preconiza aos membros do Ministério Público com atribuição na área da defesa do direito à saúde a adoção de algumas medidas, destacando-se:

- 1 - Que oficiem ou recomendem ao Chefe do Poder Executivo Municipal para que, no prazo de até 30 (trinta) dias, **informe a este Órgão Ministerial as condições de funcionamento e regularidade do Conselho Municipal de Saúde**, com estrita observância dos critérios da **paridade das representações e da importância da realização de capacitações e formações aos conselheiros**; a dotação orçamentária anual destinada à execução das despesas do referido conselho, acompanhado de relatório de receitas e despesas detalhadas e do plano de metas/ações do ano em curso, e sobre as providências adotadas para o seu efetivo cumprimento.
- 2 - A(o) Presidente do Conselho Municipal de Saúde, a observância do seu regular funcionamento, enviando, por meio de cópia, do seu regimento interno, das atas de reuniões plenárias realizadas neste ano e do plano de ação para 2014, devendo comunicar este Órgão Ministerial, no prazo de até 30 (trinta) dias.
- 3 - **Que realizem audiências públicas no âmbito das comarcas, para conscientização da população acerca dos mecanismos de fiscalização** e aplicação dos recursos destinados à área da saúde, bem como do **papel do Conselho**

Municipal de Saúde no controle social, em parceria com demais órgãos de controle como TCE, CGU, Ministério Público de Contas.

4 - Que oficiem à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) para que envie o Plano Plurianual de Saúde (PSP) e o Plano Anual de Saúde (PAS), além da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

5 - Propor ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) que delibere a cerca das prioridades e a adequação à realidade epidemiológica e à capacidade das ações de saúde do Plano Plurianual de saúde (PSP) e da Programação Anual de Saúde (PAS)

6 - Requisitar à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) o envio dos Relatórios Quadrimestrais (RQ), dentro do prazo legal, sendo o 1º Quadrimestre até o final de maio, o 2º Quadrimestre até o final de setembro e o 3º Quadrimestre até o final de fevereiro do ano seguinte.

7 - Que recebam, dentro do prazo legal, 30 de março do ano seguinte, da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), o relatório Anual de Gestão (RAG) do ano anterior, para fins de análise e execução do mesmo, segundo as finalidades a serem alcançadas.

8 - Que os membros do Parquet fiscalizem de maneira contumaz o cumprimento dos prazos para alimentação dos Sistemas de Informação de Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e o sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) (grifo nosso)³²¹.

Cada uma dessas medidas busca orientar os promotores de justiça a aperfeiçoar sua atuação junto aos Conselhos de Saúde, especialmente no que diz respeito ao acompanhamento das condições de funcionamento, paridade das representações, realização de capacitações e formações aos conselheiros. O relacionamento com os demais órgãos de controle e a interação com a comunidade também recebeu tratamento na Resolução 03/2014, de modo que as questões mais importantes e vitais foram adequadamente abordadas.

O Conselho Nacional do Ministério Público, por sua vez, editou Recomendação 54/2017, a qual dispõe sobre Política Nacional de Fomento à Atuação Resolutiva do Ministério Público brasileiro, determinando que o Ministério Público adote medidas normativas e administrativas destinadas a estimular a atuação resolutiva e a cultura institucional orientada para a entrega à sociedade de resultados socialmente relevantes. Segundo o documento, atuação resolutiva contribui nas parcerias e nas redes de cooperação, além de ser convergente à missão constitucional do Ministério Público.

Consideradas as normas (discurso) pertinentes ao tema em questão, pode-se avaliar as práticas (ferramentas) operacionalizáveis pelo Ministério Público, especialmente dentro de sua ação resolutiva e extrajudicial. As ferramentas mais importantes são o inquérito civil, as audiências públicas, as recomendações e requisições e o Termo de Ajustamento de Conduta.

³²¹ MARANHÃO. Ministério Público do Maranhão. Recomendação 03/2014 do Caop da Saúde. **Diário Oficial de Justiça do Estado**, São Luís, 2014. Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/arquivos/biblioteca/legislacao/recomendacoes/3644_03_saude.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.

A avaliação das práticas exige a revisão dessas ferramentas e possibilidades já previstas na legislação e nas normas internas do Ministério Público brasileiro, além de outras que devem priorizar a defesa da participação popular nas instâncias definidas na Lei nº 8.142/90, a aproximação da comunidade e a interlocução com os Conselhos de Saúde, instância prioritária da efetivação da participação e do controle preconizados na legislação.

A partir de Lehmann³²², é possível construir um quadro relacionando a ferramenta (prática) com o marco legal (discurso), de forma a melhor visualizar como o Ministério Público pode agir para fortalecer o controle social exercido pelos Conselhos de Saúde:

Quadro 11 – Relação instrumento, conceito e marco legal

Instrumento	Conceito/Finalidade	Marco legal/Regulamentação
Inquérito civil	“O inquérito civil é um procedimento administrativo investigatório a cargo do Ministério Público; seu objeto é a coleta de elementos de convicção que sirvam de base à propositura de uma ação civil pública para a defesa de interesses transindividuais — ou seja, destina-se a colher elementos de convicção para que, à sua vista, o Ministério Público possa identificar ou não a hipótese em que a lei exige sua iniciativa na propositura de alguma ação civil pública” (MAZILLI, 2000, p. 4).	-art. 8º, §1º, da Lei 7.347/85 (LACP) (ingresso no ordenamento jurídico) -art. 129, III, CRFB/88 – recepção constitucional -Resolução 23/2007-CNMP – regulação atual
Termo de Ajustamento de Conduta (TAC)	Instrumento deduzido a termo em que o causador do dano a interesses transindividuais se obriga a adequar sua conduta às exigências da lei, sob pena de cominações já pactuadas no próprio instrumento, o qual terá força de título executivo extrajudicial (MAZZILLI, 1995, p. 2).	-o art. 211 da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) introduziu o compromisso de ajustamento de conduta em matéria de defesa de interesses das crianças e adolescentes -o art. 113 da Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor) inseriu o § 6º ao art. 5º da Lei n. 7.347, de 24 de julho de 1985 (Lei da Ação Civil Pública), por meio do qual o compromisso de ajustamento de conduta passou a ser admissível em matéria referente a quaisquer interesses transindividuais -atualmente também é regulado pela Resolução 23/2007-CNMP
Recomendação	Instrumento destinado à recomposição da legalidade pela via argumentativa e consensual das questões metaindividuais.	-art. 129, II, CRFB -art. 27, p.u., IV, da Lei 8.625/93 -art. 201, §5º, da Lei 8.069/90 -LC 13/93 -Resolução CNMP
Requisições	Instrumento-poder de origem constitucional, com conteúdo de apresentação compulsória de informações e documentos, encontrando limite apenas na cláusula da reserva da jurisdição.	-art. 129, VI, CRFB -art. 26, I, “b” e II, da Lei 8.625/93 -LC 13/93
Audiências públicas	Instrumento de democratização e legitimação da atuação ministerial, por meio da abertura de espaço em que os afetados pela situação polêmica podem se manifestar (LEHMANN, 2013, p. 158), possibilitando amplo debate e oportunidade da sociedade se expressar diretamente junto às instituições.	-art. 27, p.u., da Lei 8.625/93

Fonte: Adaptado de Lehmann³²³.

³²² LEHMANN, op. cit.

³²³ Ibid.

Todos esses instrumentos não poderiam alcançar seus objetivos se não fossem conferidas garantias e prerrogativas aos membros do Ministério Público, protegendo-os dos ataques advindos do abuso de poder político e econômico. São elas a vitaliciedade (art. 128, §5º, I, “a”, CF/88), a inamovibilidade (art. 128, §5º, I, “b”, CF/88) e a irredutibilidade de subsídio (art. 128, §5º, I, “c”, CF/88). Todas elas têm o condão de proteger não a pessoa física do membro, mas a função politicamente estratégica³²⁴.

5.2 Conselhos Municipais de Saúde: o perfil dos conselhos e conselheiros de saúde dos municípios selecionados

Desenhada a rota de visita aos municípios, a primeira tentativa de contato com os conselhos e conselheiros de saúde se deu pela inquirição informal de pessoas nas ruas, estabelecimentos comerciais e em alguns órgãos de assento regular no Conselho Municipal de Saúde, como sindicatos de trabalhadores rurais, sobre a localização e a composição do Conselho de Saúde local. A resposta foi negativa em todas as abordagens, evidenciando que a população em geral desconhece a existência e a localização dos Conselhos Municipais de Saúde e dos conselheiros que os compõem.

Esse resultado confirma os achados de Bispo Junior e Gerschman³²⁵, para quem os Conselhos de Saúde não são reconhecidos por uma parcela significativa da população como representantes de seus interesses ou como responsáveis por balizar os rumos do governo. Farias Filho, Silva e Mathis³²⁶, por sua vez, reconhecem que há fragilização da imagem social dos conselheiros.

Em quatro episódios, o cidadão abordado ainda questionava a pesquisadora se o que ela procurava não era, na verdade, o Conselho Tutelar, demonstrando que apenas este possui existência conhecida e imediatamente lembrada pela população. Esse fato foi associado pela pesquisadora a principalmente dois motivos: os Conselhos Tutelares têm sede e têm membros ativos, remunerados e com dedicação exclusiva às atividades para as quais foram criados, e realidades distintas dos Conselhos de Saúde.

Após essa primeira tentativa de localização dos conselhos e conselheiros pela indicação da população, a pesquisadora realizou uma segunda tentativa, agora por meio de visita às Secretarias Municipais de Saúde, onde se buscou também solicitar, sem sucesso na

³²⁴ Ibid., p. 162-163.

³²⁵ BISPO JUNIOR; GERSCHMAN, op. cit., p. 13.

³²⁶ FARIAS FILHO; SILVA; MATHIS, op. cit., p. 1912.

maioria das vezes, os documentos que seriam analisados na pesquisa: lei de criação do Conselho de Saúde, regimento interno e ata da última eleição.

Tanto na abordagem das pessoas na rua como no contato realizado nas Secretarias Municipais de Saúde a pesquisadora procurou não se apresentar como promotora de justiça, evitando condicionar a interação com o interlocutor, que, como destacado anteriormente, tende a relacionar a presença de um promotor de justiça à ideia de fiscalização.

Encontrando resistência nas Secretarias de Saúde para acessar documentos e localizar os membros dos Conselhos Municipais de Saúde, a pesquisadora buscou apoio nas Promotorias de Justiça, solicitando que os promotores de justiça disponibilizassem a documentação necessária e viabilizassem a identificação e localização dos conselheiros a serem entrevistados.

Dos 17 (dezessete) Conselhos de Saúde pesquisados, somente em 2 (dois) deles (Cururupu e Serrano do Maranhão) não foi encontrada nenhuma resistência, dificuldade ou demora na disponibilização pelo próprio presidente do Conselho de Saúde dos documentos solicitados pela pesquisadora. Em 13 (treze) municípios, a documentação só pode ser acessada com a colaboração dos promotores de justiça, que requisitaram o material previamente. Em 3 (três) municípios não houve a disponibilização do material nem após a requisição ministerial.

Conforme já descrito no percurso metodológico, foram identificados os conselheiros de saúde representantes da sociedade civil e selecionado um membro por Conselho de Saúde para a entrevista segundo o critério da acessibilidade. Em alguns municípios, os conselheiros de saúde, após confirmarem a participação na pesquisa e marcar horário e local para a entrevista, acabaram apresentando posterior recusa à participação, o que levou à necessidade de localização de outro conselheiro para a coleta do material.

Realizadas as entrevistas e coletado o material sobre os conselhos, foi delineado o quadro abaixo, pretendendo-se traçar um perfil dos Conselhos de Saúde, relacionando-se o município, lei e ano de criação dos Conselhos de Saúde, existência de regimento interno, fim do mandato da atual composição, número de membros, critério de escolha da presidência e representação do atual presidente:

Quadro 12 – Perfil dos Conselhos Municipais de Saúde

Município	Lei/Ano de criação do CMS	Existência de Regimento Interno	Fim do mandato da última composição eleita	Número de membros	Presidência/ escolha e mandato atual
Apicum-Açu	Lei nº 129/09	Sim (junho de 2010)	Agosto de 2017	12	Eleição/ sociedade civil
Bacuri	Lei nº 116/97 *Lei nº 365/11	Sim (julho de 2014)	Fevereiro de 2016 (sem data confirmada para nova eleição até a data da entrevista)	12	Eleição/sociedade civil
Bequimão	Lei nº 06/09	Sim (março de 2014)	Março de 2018 (eleição em março de 2016, mandato de 2 anos)	12	Presidência nata para a Secretaria de Saúde (§1º, do art. 11, do RI)
Cedral	Lei nº 70/07	Sim (setembro de 2015)	Setembro de 2016 (até a data da entrevista não havia acontecido a eleição)	12	Eleição/trabalhadores da Saúde
Central do Maranhão	Lei nº 06/07	Sim	Março de 2018 (eleição em março de 2016, mandato de 2 anos)	12	Eleição/ sociedade civil
Cururupu	Lei nº 247/08	Sim (abril de 2012)	Setembro de 2017	12	Eleição/sociedade civil
Guimarães	Lei nº 573/92 *Lei nº 829/13	Sim	Novembro de 2017	16	Eleição/sociedade civil
Mirinzal	Lei nº 019/07 *Lei nº 122/15	Sim	Setembro de 2018 (mandato de 3 anos)	8	Eleição/sociedade civil
Peri-Mirim	Lei nº 09/01	Sim	-----	12	Eleição/sociedade civil
Pedro do Rosário	Não disponibilizado	Não disponibilizado	Não disponibilizado	Não disponibilizado	Não disponibilizado
Pinheiro	Lei nº 1071/97 *Lei nº 2378/06 *Lei nº 2395/07	Sim	2018 (eleição em 2016, mandato de 2 anos)	16	Eleição
Presidente Sarney	Lei nº 19/98	Não disponibilizado	Julho de 2018 (mandato de quatro anos)	8	Eleição/ sociedade civil
Porto Rico do Maranhão	Lei nº 05/97 *Lei nº 026/98 *Lei nº 73/04 *Lei nº 103/08	Sim (Maio/2013)	2017 (eleição em setembro de 2015, mandato de 2 anos)	12	Sociedade civil
Santa Helena	Lei nº 06/91, Lei nº 03/98 (revogadas) *Lei nº 172/13	Sim	-----	12	Eleição
Serrano do Maranhão	Lei nº 136/09	Sim (junho de 2016)	Fevereiro de 2018 (mandato de 2 anos)	8	Eleição/sociedade civil
Turiaçu	Lei nº 585/09	Sim (agosto de 2009)	Fevereiro de 2015 (mandato de 3 anos)	12	Eleição/sociedade civil
Turilândia	Lei nº 04/97 *Lei nº 150/09 *Lei nº 159/09	Não informado	Setembro de 2017 (mandato de 2 anos)	12	Eleição/representante do poder público

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Os resultados indicam que, diferentemente do esperado, a presidência dos Conselhos de Saúde é definida por eleição entre os membros, uma vez que apenas no

município de Bequimão há a previsão de presidência nata para o secretário municipal de Saúde, estando atualmente a maioria deles presidida por representantes da sociedade civil. Além disso, outro achado importante refere-se à identificação de três municípios com o mandato dos conselheiros de saúde já encerrado, sem que houvesse convocação de novas eleições (Bacuri, Cedral e Turiaçu). Os municípios de Peri-Mirim, Pedro do Rosário e Santa Helena não disponibilizaram informações sobre a última composição eleita, de modo que não é possível aferir a realidade local.

Foram identificados 17 conselheiros de saúde representantes da sociedade civil e, após a aplicação da primeira parte da entrevista, com o preenchimento de uma breve ficha cadastral, pode-se traçar o perfil abaixo, a partir do relacionamento do município, entidade representada, cursos recebidos na área do SUS, estado civil, escolaridade, profissão, sexo, idade e função exercida no Conselho de Saúde:

Quadro 13 – Perfil dos conselheiros municipais de saúde

Município	Entidade representa da	Cursos recebidos na área do SUS	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Sexo	Idade	Função no CS
Apicum-Açu	Assoc. Colônia de Pescadores	Não	Solteira	Ensino médio	Pescadora	Feminino	28	Membro
Bacuri	STTR	Não	Solteiro	Ensino médio	Músico	Masculino	46	Membro
Bequimão	STTR	Não	Outros	Ensino médio	Lavrador	Masculino	43	Membro
Cedral	Igreja Assembleia de Deus	Não	Casada	Ensino superior	ACS	Feminino	38	Membro
Central do Maranhão	Igreja Assembleia de Deus	Sim	Solteira	Ensino superior	ACS	Feminino	40	Presidente
Cururupu	Assoc. de Remanescentes de Quilombos	Não	Casado	Ensino médio	Policia l Militar aposentado	Masculino	60	Presidente
Guimarães	Igreja Católica	Não	Outros	Ensino médio	ACS	Feminino	45	Membro
Mirinzal	Igreja Batista	Sim	Casado	Ensino superior	Funcionário Público estadual	Masculino	50	Presidente
Peri-Mirim	Associação dos ACS	Sim	Casado	Ensino superior	ACS	Masculino	39	Presidente
Pedro do Rosário	Igreja Assembleia de Deus	Sim	Outros	Ensino médio	Lavrador	Masculino	35	Membro
Pinheiro	Sindicato dos Servidores Públicos Federais	Sim	Casado	Ensino superior	Agente de saúde pública	Masculino	50	Membro

Presidente Sarney	Igreja Assembleia de Deus	Não	Solteiro	Ensino superior	ACS	Feminino	40	Secretária
Porto Rico do Maranhão	STTR	Não	Casado	Ensino superior	Professor	Masculino	37	Presidente
Santa Helena	Sindicato dos ACS	Sim	Casada	Ensino superior	ACS	Feminino	64	Membro
Serrano do Maranhão	Comunidade quilombola	Não	Outros	Ensino médio	Professor	Masculino	39	Membro
Turiaçu	Sindicato dos pescadores	Não	Casado	Ensino médio	Pescador	Masculino	56	Presidente
Turilândia	Igreja Adventista	Não	Solteiro	Ensino médio	Estudante	Masculino	19	Membro

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Legenda: ACS – Agente Comunitário de Saúde; STTR – Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais.

Os resultados apontam a prevalência de representação dos Sindicatos dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais e de Igrejas Evangélicas, conselheiros de saúde do sexo masculino, casados, com idade média 40-60 anos, sem acesso à capacitação para o desenvolvimento de seu trabalho, apesar de ocuparem com alguma frequência o cargo de presidente, e com formação mínima de ensino médio.

5.3 Cotejamento das entrevistas nos municípios selecionados

Por fim, foram colhidas as respostas prevalentes dos promotores de justiça e conselheiros municipais de saúde para cada um dos tópicos da entrevista, de forma espelhada, para verificar as congruências no discurso que pudessem levar a uma melhor interação das instâncias e, com isso, ao fortalecimento do controle exercido pelos Conselhos de Saúde no SUS. No tópico qualidade do controle, a resposta dada pelos entrevistados foi “ruim”, podendo ser compreendido no sentido de não ser satisfatório e resolutivo:

Quadro 14 – Resumo das respostas convergentes

Pergunta ao MP	Resposta(s) convergentes(s)	Pergunta ao CMS	Resposta(s) convergentes (s)
Participação em reuniões ordinárias	Não costuma frequentar	Participação em reuniões ordinárias	Reuniões frequentemente prejudicadas pela falta de quórum
Articulação com o CMS e demais órgãos de controle	Somente por meio de ofícios	Articulação com o MP e demais órgãos de controle	Não existe
Articulação com a comunidade	Não teria dificuldade de mobilizar a população em torno de um tema de interesse coletivo	Articulação com a comunidade	Não existe. Não há divulgação dos trabalhos e reuniões do CMS. Todavia, alguns membros relatam que levam para as reuniões as demandas de suas comunidades
Articulação com o Caop da Saúde	Somente por meio de ofícios	Autonomia em relação ao gestor da política de Saúde	Sente-se autônomo, mas reconhece que há pessoas vinculadas ao gestor no CMS, especialmente pela existência de vínculo empregatício de familiares dos conselheiros e a Prefeitura
Mecanismos institucionais	Não há procedimentos em curso para acompanhar a regularidade dos CMS e não há conhecimento das normas internas que regulam a matéria	Mecanismos institucionais	Desconhecem o regimento interno e as estratégias de denúncia e articulação com demais órgãos de controle
Qualidade do controle	Não se efetiva, não se realiza	Qualidade do controle	Não se efetiva, não se realiza
Estrutura de trabalho	Problemas no que diz respeito aos recursos humanos	Estrutura de trabalho	Falta sede, telefone, computador/impressora/internet, apoio administrativo
Dificuldades	Capacitação, volume de trabalho e integração/uniformização da atuação	Dificuldades	Capacitação, estrutura, participação do promotor de justiça e falta de motivação dos membros em participar

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

5.4 Avaliação das variáveis

Após analisado o lastro teórico e normativo sobre a participação popular, ou seja, verificada a base teórica da existência formal, passa-se à análise da realidade, partindo da variável “participação nas reuniões” até chegar à variável “dificuldades”, que os entrevistados entendem como mais relevantes, conforme a Figura 1:

Figura 2 – Variáveis da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

5.4.1 Participação nas reuniões ordinárias

Uma das pretensões da pesquisa era verificar a existência de diálogo interinstitucional entre o Ministério Público e os Conselhos Municipais de Saúde maranhenses e discutir o amadurecimento da criação e estruturação dos conselhos, contextualizando o controle social na política de saúde no estado. Para isso, foram definidas variáveis que pudessem ser utilizadas para propor um panorama que orientasse o Ministério Público a operar ações práticas voltadas à superação das limitações dos Conselhos Municipais de Saúde, fortalecendo o controle social e a cidadania.

Guizardi³²⁷ afirma que tal como o direito a saúde não se define estritamente pela sua explicitação constitucional, também a participação política efetiva não depende apenas da existência formal dos Conselhos de Saúde. O funcionamento efetivo, a observação do marco legal mínimo e dos protocolos de trabalho, a legitimidade da representatividade, a força do discurso e a interação com outras instâncias de controle social são alguns dos requisitos mínimos para a existência material dos Conselhos de Saúde.

A questão da participação em reuniões ordinárias foi apresentada tanto aos promotores de justiça como aos conselheiros de saúde, pretendendo identificar a frequência de participação, qual a dinâmica da reunião, como ocorria a interação entre os membros e quais

³²⁷ GUIZARDI, Francini Lube. **Controle social à gestão participativa: perspectivas (pós-soberanas) da participação política no SUS**. 2008. 259 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008. p. 13.

os ganhos para o conselho da participação do Ministério Público nas reuniões.

Quando dirigida aos promotores de justiça, a resposta prevalente foi negativa, demonstrando que a interação com os Conselhos de Saúde se dá de forma muito isolada, infrequente, mas não desvinculada da compreensão dos resultados positivos eventuais. Os resultados sugerem que os promotores de justiça têm a noção do contexto, no que diz respeito às falhas no funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, e que eles reconhecem que o distanciamento entre Ministério Público e Conselho Municipal de Saúde provoca perdas na atuação preventiva das duas instâncias.

A solução de continuidade nas comarcas, quando ocorre a mudança de titularidade nas Promotorias de Justiça, surge como elemento de interrupção nesse processo de interinstitucionalidade funcional. Por isso, repensar as práticas positivas institucionalmente uniformes e contínuas operacionalizadas pelo Ministério Público se tornou um imperativo, essencial para densificar o acesso eficiente da sociedade aos serviços de saúde. E os resultados encontrados sugerem que o ponto de partida é a efetivação do diálogo interinstitucional e controle do funcionamento regular dos conselhos em todos os municípios.

Ou seja, a partir do reconhecimento no discurso dos entrevistados de que a participação dos promotores de justiça traz ganhos para Ministério Público e Conselho Municipal de Saúde, fortalecendo suas atuações, há elementos para certificar que essa prática de aproximação e de participação nas reuniões ordinárias deve ser precedida de um ato normativo diretivo para os promotores de justiça, que estabeleça a participação e o acompanhamento contínuo como uma estratégia institucional de atuação uniforme, num exercício de fractalidade.

Quando questionados, os promotores de justiça entrevistados confirmaram o interesse em aderir a uma programação institucional nesse sentido, muito embora o excesso de atribuições tenha aparecido como elemento limitador, gerando seletividade na atuação. A seletividade pode ser explicada como o ato de escolha realizado pelo promotor de justiça entre as muitas questões postas diante dele e que não podem ser imediatamente administradas pelo volume ou complexidade, selecionando a que considera mais urgente (relação: urgente X importante).

A seguir, apresentam-se as respostas consideradas mais relevantes:

Não, nunca houve esse tipo de relacionamento, nunca fui comunicado ou avisado, de certa forma tive conhecimento de reunião do Conselho de Saúde. Me parece que há um funcionamento à parte, né, que não há realmente essa interação com o Ministério Público (entrevistado PJ2).

O que eu penso da participação do promotor, que ele vai acompanhar de perto a política pública do Conselho da Saúde e ele vai entender mais o que tá acontecendo e ele vai nortear, e ele vai ter muito mais uma atuação preventiva do que uma atuação pra apagar incêndio (entrevistado PJ1).

Nunca fui, nem em M16 nem nas outras comarcas onde trabalhei. Nenhuma. Nunca tive acesso ao cronograma de reuniões. [...] Eu acho que bem esporadicamente é importante participar dessas reuniões [...] quando você está numa comarca pesada, [...] que a gente não tem tempo pra nada, é audiência todo dia e tal, se torna praticamente inviável (entrevistado PJ4).

Os depoimentos acima dos promotores de justiça entrevistados mostram que há a compreensão da falta de interação (entrevistado 2), dos benefícios que ela poderia trazer a uma atuação preventiva (entrevistado 1), além de uma seletividade na escolha de atuações possíveis (entrevistado 4).

Existe entre os promotores de justiça a compreensão de que a sua participação e, portanto, a interação e o contato com os Conselhos Municipais de Saúde têm o potencial para corrigir distorções e deficiências no funcionamento dos Conselhos de Saúde, além de dirigir e qualificar a atuação do Ministério Público:

[...] primeiro, o funcionamento adequado do conselho, porque a gente sabe que existe conselho que só existe no papel, mas o funcionamento dele é importante [...]. Eu acho que sim por dois motivos. Primeiro que o promotor querendo ou não ele é um vigilante ali, então eles vão se sentir “opa, tem uma autoridade me fiscalizando, nós vamos ter que funcionar”. E outro motivo também que eu acho que melhoraria é que eu acho que a gente ressaltaria importância, “poxa, o promotor de justiça participando da reunião”, então isso valoriza demais os conselheiros (entrevistado PJ1).

Então acho que essas reuniões elas iam facilitar tanto o entendimento do problema do sistema de saúde do município como também o contato com os outros conselheiros que normalmente não aparecem tanto. E aí a partir desse contato a gente pode tanto cobrar como trabalhar de forma coordenada (entrevistado PJ7).

Eu acho que é aquela questão mesmo, o promotor tem que estar ali nas proximidades deles, inclusive visitar o local de trabalho deles. Da última vez que eu visitei eu vim saber que levaram um computador de lá, estava desmantelado e levaram, passou quase um mês sem funcionamento. Assim que eu cheguei “cadê o computador daqui”, aí que eu fui, porque eles têm medo de confrontar o prefeito, aí eles se utilizam do Ministério Público como uma forma de trampolim para eles trabalharem melhor. Uma armadura e eles se sentem muito bem com isso, fortalecidos, porque eles sabem que quando o promotor anda com eles, visita uma estrutura ganha robustez, aí eles não vão criar problemas com o poder. Aí o promotor entrando eles ficam com mais satisfação (entrevistado PJ5).

Reforçam-se os achados de Lehmann³²⁸, segundo o qual para dar efetividade à atuação do Ministério Público na questão objeto do presente estudo, o início da solução do problema sem dúvida é a presença física do promotor de justiça nas reuniões dos Conselhos

³²⁸ LEHMANN, op. cit., p. 64.

de Saúde, o que fomentará a efetividade da participação dos conselheiros e inibirá abusos. Para Machado³²⁹, a presença do Ministério Público potencializa a atuação do Conselho de Saúde e instrumentaliza o órgão ministerial com informações para a operacionalização do zelo a que está obrigado.

As indagações que surgem daí são: a participação do promotor de justiça nas reuniões causaria impacto na comunidade para que ela se sentisse estimulada a participar? Considerando as inúmeras atribuições do promotor de justiça, qual a frequência mínima necessária para causar o impacto esperado? Um dos entrevistados apresentou realidade que, se não nos leva a uma resposta, leva a um sentido a seguir, com base em proximidade e interação:

[...] porque congrega pelo menos os participantes, porque eles entendem que depois de eleitos eles somem, e quando eles dizem “olhem, o promotor tá participando de uma reunião”, eles chegam, se interessam, dão opiniões interessantes, é para estimular a participação dos membros [...] pelo menos umas duas ou três vezes (por ano) eu sempre participo. Não é aquela presença regular de toda reunião [...]. É uma coisa episódica para a manutenção da proximidade (entrevistado PJ5).

Os conselheiros de saúde, por sua vez, foram duplamente indagados: sobre a sua participação e sobre a importância da participação do promotor nessas reuniões. Em relação à própria participação como membro, o primeiro relato era sobre episódios recorrentes de reuniões adiadas por falta de quórum, o que levou a um declarado desestímulo dos conselheiros que tentam participar (CS1, CS2, CS5, CS6, CS7, CS9, CS11, CS12, CS14, CS15, CS16 e CS17). Destaca-se uma entrevista que ilustra esse tema: “Frequentemente participo, mas reclamo que os outros não participam. Três meses sem reunião, e no quarto uma reunião com pouca gente, não deu quórum. Em 2016 só teve até agora duas reuniões, foi uma pro plano e uma outra” (entrevistado CS6).

Scorel e Moreira³³⁰ afirmam que participação é intrínseca à vida em sociedade e se caracteriza pela valorização de contatos, espaços e fóruns menos fechados e melhor compartilhados. Tem potencial porque se constitui em uma relação de tomada de decisão e de interação que democratiza os espaços públicos. Todavia, os resultados encontrados na Região de Saúde de Pinheiro parecem confirmar Lehmann³³¹, quando reconhece que no contexto brasileiro o processo de participação popular não é praticado com efetividade, o que somente

³²⁹ MACHADO, op. cit., 2006, p. 41.

³³⁰ SCOREL, Sarah; MOREIRA, Rasga. Participação social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 853.

³³¹ LEHMANN, op. cit., p. 52.

seria possível se houvesse um resgate da soberania participativa.

Berclaz afirma que a existência simbólica e retórica de conselhos sem capacidade de mobilização ou interferência no controle de políticas públicas é uma fraude e engodo à ideia de democracia deliberativa. Para o autor, não é desejável que haja conselhos sociais que não tenham se constituído em “[...] instâncias efetivas e legítimas de participação cidadã e democrática na discussão dos rumos e dos destinos da política que o Estado apresenta para realização dos direitos fundamentais”³³².

Por outro lado, os resultados da presente pesquisa ainda sugerem problemas na representatividade dos membros, que nem sempre são escolhidos pela entidade, mas pelo gestor, muitas vezes substituindo de forma arbitrária os membros eleitos. Os trechos de entrevistas abaixo demonstram alguns contextos selecionados:

No dia da conferência, quem estava lá representava alguma igreja, foi chamado. Só estava eu lá no momento. Foi o convite lá pra igreja (que não mandou ninguém pra conferência) e pelo fato de eu participar, ser da igreja nessa época, permaneci e fiquei lá como representando a igreja. Mas não foi a igreja que me escolheu e formalmente me encaminhou como representante da igreja na conferência, não, foi mandado na época da conferência o ofício convite pra lá que era pra estar alguém da igreja ou mandado pelo pastor, e ele não mandou e quem estava no dia e participava da igreja era só eu e eu me habiliti (entrevistado CS4).

Fui convidada pelo presidente para ser conselheira, não fui indicada pela minha entidade [...] (entrevistada CS9).

[...] os outros não foram mais chamados. Porque aí eu fui perguntando por que, aí falou “não convocaram mais a gente, então a gente não está mais no programa”, então eu perguntei como que não estão mais se não teve eleição? (entrevistada CS11).

Além disso, essa escolha por entidade é apontada por Berclaz³³³ como inadequada e corporativa, incluindo pessoas jurídicas e não pessoas físicas na liderança comunitária, convertendo-se numa representação “presumida” dessas entidades, sem a devida legitimidade e com perda de contato integrativo com a base da população, prejudicando a democracia participativa.

Verificou-se, ainda, uma declarada inabilidade de compreensão das atribuições e documentos manuseados na rotina dos conselheiros, além da falta do sentimento de poder no discurso, confirmando os achados de Berclaz³³⁴, para quem os membros não têm compreensão do relevante papel a ser desempenhado, quer porque existe este conhecimento, porém falta autonomia e competências subjetivas aos membros para adotarem as medidas

³³² BERCLAZ, op. cit., p. 106.

³³³ Ibid., p. 116.

³³⁴ Ibid., p. 106.

necessárias. Em pelo menos três municípios foram encontrados Conselhos de Saúde com mandatos vencidos (maio de 2015, fevereiro de 2016 e setembro de 2016), sem que houvesse nenhuma convocação para nova eleição ou providência do Ministério Público nesse sentido.

Os trechos de entrevistas abaixo demonstram alguns contextos selecionados no que diz respeito às dificuldades de conhecimento técnico:

Realmente é complicado (os documentos, relatórios), eu não consigo entender. Já me vi na necessidade de assinar sem ter entendido nada, tanto é que eu já recusei uma vez de assinar porque não entendi. E sinto isso com os outros conselheiros também (entrevistado CS7).

Muito número, muito dinheiro, e tem hora que a gente fica tão... chega a dar sono. Às vezes a gente fica até sem dar opinião. Eu não vou falar porque eu não estou entendendo nada. Não tô entendendo nada naquela reunião (entrevistado CS13).

Todos os problemas relacionados à participação dos conselheiros, à representatividade ou mesmo à força efetiva de suas deliberações evidenciam o oposto do processo democrático necessário nessas arenas, tendo em vista que não há a inclusão de todas as pessoas envolvidas, não há chances reais de participação no processo deliberativo, não há direito de escolha dos temas e os membros não possuem capacitação ou informações suficientes para produzir bons argumentos³³⁵.

Em relação à importância da participação do promotor de justiça, a reação dos conselheiros de saúde entrevistados era sempre positiva, posicionando-se o Ministério Público como ator relevante e viabilizador do engajamento e qualificação do espaço e dos membros, de compreensão dos discursos e de empoderamento dos conselheiros de saúde. Esse achado remonta a Hobbes³³⁶, no clássico *Diálogo entre um filósofo e um jurista*, no qual um filósofo e um jurista conversam sobre o poder soberano, e afirmam que *povo comum* só se detém diante de assuntos relacionados à política local quando instigados por alguém que considere sábio, douto em leis ou que fale mal dos governantes. É o que Gohn³³⁷ passou a chamar de elitismo democrático, em que só as elites podem exercer a racionalidade.

A participação do promotor de justiça nas reuniões do Conselho de Saúde foi apresentada pelos conselheiros como relevante e impactante, pelo simbólico de sua presença física e pelas colaborações concretas que podem ser dadas na dinâmica desses espaços, sendo um primeiro passo importante de aproximação. E o Ministério Público deve tomar a iniciativa, como uma ação básica e eficaz para o fortalecimento dos vínculos institucionais

³³⁵ HABERMAS, op. cit., v. 2, p. 42.

³³⁶ HOBBS, Thomas. **Diálogo entre um filósofo e um jurista**. São Paulo: Martin Claret, 2011. p. 23.

³³⁷ GOHN, op. cit., p. 35.

necessários ao melhor exercício do controle social. Questionado sobre a importância da participação do promotor de justiça nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, um dos entrevistados declarou:

Eu acho que sim, por um certo ponto sim, porque as pessoas teriam mais interesse em participar das reuniões para que pudesse haver uma colaboração da participação dos membros, porque alguns eu acredito que não levam muito a sério a participação ali na reunião. Ontem estava marcado pras quatro horas, eu cheguei às quatro horas e esperei até cinco e não apareceu ninguém, só apareceu quatro pessoas e não houve a reunião (entrevistado CS1).

Para Machado³³⁸, o Ministério Público tem um potencial de interlocução entre a sociedade e o Estado, fomentando o acesso direto da sociedade civil às questões referentes ao espaço público, como gestão e fiscalização. Esse processo pode ser compreendido a partir do conceito de Habermas de “ação comunicativa”, segundo o qual o debate e o diálogo travados nas esferas públicas podem gerar ações políticas efetivas na dissolução dos conflitos com o propósito de se obter consenso e entendimento na arena política, com a consolidação progressiva das instituições democráticas, cada vez mais permeáveis à sociedade civil.

E esse potencial é identificado no discurso dos conselheiros de saúde entrevistados. Quando inquiridos sobre a relevância da participação dos promotores de justiça nas reuniões ordinárias, os conselheiros entrevistados afirmam que a presença do Ministério Pública agrega elementos de engajamento dos conselheiros e de segurança no espaço de discussão.

A seguir, trecho da entrevista do CS2, segundo o qual:

A participação do promotor é muito importante porque ele estando participando ele não vai ouvir só a minha voz, mas também a voz dos outros conselheiros e os outros conselheiros que não tem mais entendimento melhor eles vão ficar mais seguros “ah, o promotor está presente eu vou falar”, e às vezes não fala porque fica com a timidez, com medo de ser prejudicado em outro lugar. [...] Acho importante porque ele ia ter contato com as queixas e com as denúncias. Outra vantagem da participação existe, além dele tomar conhecimento de quem são os conselheiros ele toma conhecimento do que acontece com a sociedade, com a saúde no município. Ele tendo conhecimento ele não tá falando com uma só pessoa, ele está tendo o conhecimento por várias pessoas que são os conselheiros ali presentes, o grupo como um todo, aí ele pode opinar isso aqui está certo isso está errado, vamos arrumar. É também pra dar um suporte pra própria sociedade, porque aí a gente diz, “olha o promotor está participando do conselho, você também deve ir, deve participar que é importante”. Então como o povo sempre gosta de dizer e ser olhado por uma autoridade, então eles também começa a querer ter coragem para participar e saber que é importante (entrevistado CS2).

³³⁸ MACHADO, op. cit., 2013, p. 72.

Outra importante colaboração da participação do promotor de justiça nas reuniões, na perspectiva dos conselheiros de saúde, é evitar que o gestor desconsidere as deliberações dos conselheiros, apontada como principal causa de desestímulo à participação nesses espaços:

Na realidade, eu posso até lançar a opinião ali dentro do conselho, [...] mas minha opinião não vai ser válida, por isso que eu acho que muitos conselheiros não vão e não estão comprometidos por isso, por esse motivo, eles acham que a opinião deles ali dentro não vai ser válida, como é a realidade, eles acham que o conselheiro está ali só pra votar e pra fazer valer as leis, ele não acha que o conselheiro está ali para dar opiniões e para dar sugestões, de como poderia ser feito para melhorar. Então acredito assim, que em geral a população não está interessada porque algumas opiniões que a gente dá lá dentro não são válidas (entrevistado CS1).

Esses resultados confirmam Machado³³⁹, quando afirma que essa proximidade tem potencial para de fato fortalecer o controle social porque faz com que a atuação dos conselhos frente aos gestores se torne mais consistente e eficiente graças à autoridade que lhes é investida por um representante do Ministério Público atuante e presente nas reuniões. Para Machado:

Ao incorporar táticas, técnicas, enunciados – a saber, a própria lógica de compreensão e de atuação específica ao campo do Direito no exercício de suas competências – os conselhos não apenas alteram seu modo de abordar problemas e de propor soluções, mas se tornam principalmente aptos a ensejar novas questões na área, tanto do Direito quanto na Saúde. O MP, neste sentido, desempenha um “papel pedagógico”, pois possibilita ao Conselho a entrada em um campo que antes lhe parecia incompreensível³⁴⁰.

A proximidade entre Ministério Público, detentor do poder-dever, e Conselhos de Saúde, espaço público de participação popular institucionalizada, permite o exercício da tarefa de vigilância e mediação entre os atores da esfera pública e o Estado, garantindo que a racionalidade sistêmica não corrompa os espaços democráticos de deliberação e formação de políticas públicas³⁴¹.

5.4.2 Articulação com os demais órgãos de controle

A estratégia da articulação das instituições surge nos estudos de Chai, para quem “[...] a vigilância da comunidade local, sempre informada, precisa sair dos muros da inércia

³³⁹ MACHADO, op. cit., 2006, p. 67.

³⁴⁰ Ibid., p. 67.

³⁴¹ ALVES, op. cit., p. 42

para uma ação igualmente estratégica de reação com os descomprometimentos sociais de interesse geral”³⁴². E compreender a dinâmica de atuação articulada entre o Ministério Público e Conselhos de Saúde, municipais e o estadual, é propiciar o “[...] igual respeito e consideração pela justificação adequada dos atos de poder”³⁴³, que tendem a se traduzir em novos ganhos para a participação qualitativa e popular na gestão da saúde pública.

Na presente pesquisa, a questão da articulação com os demais órgãos do controle foi apresentada aos conselheiros de saúde e aos promotores de justiça, pretendendo avaliar a relação interinstitucional entre Ministério Público e Conselho de Saúde. Buscou-se verificar se havia, na percepção dos entrevistados, articulação com os demais órgãos de controle, se ela se desenvolvia satisfatoriamente, e quais as razões de uma eventual avaliação negativa.

Para 85,7% (n=6) dos PJ entrevistados, a articulação com os demais órgãos de controle apresenta problemas ou limitações que afetam a atuação do Ministério Público, enquanto que 14,3% (n=1) considera que ela se desenvolve satisfatoriamente, operando a interação interinstitucional esperada. A avaliação negativa foi explicada pelos entrevistados com a declaração de desconhecimento dos membros do Conselho Municipal de Saúde, da existência de um relacionamento apenas formal, com no máximo a “troca de ofícios”, da falta de proximidade e frequência às reuniões ordinárias, do reconhecimento passivo do desperdício do potencial de um relacionamento estratégico para a saúde no município.

Todavia, há o reconhecimento de que a relação com os outros órgãos de controle é via de efetividade para o bom funcionamento do sistema de saúde, conforme declarou o entrevistado PJ2: “[...] enquanto a gente não tiver uma ação coordenada a nível institucional, até com outras, abrangendo outras instituições, né, eu não vejo como ter resultado efetivo como a gente almeja”.

Quando dirigidas aos conselheiros de saúde, os resultados apontam para pouca ou nenhuma interação com os demais órgãos de controle, inclusive com o Ministério Público, muito embora as respostas acabassem sendo dirigidas para reforçar a importância da participação do promotor de justiça nas reuniões. Esse resultado é ainda mais evidente nas respostas dos conselheiros de saúde dos municípios que são termos judiciários, sugerindo que a distância geográfica incide de forma negativa, dificultando ou impedindo ainda mais a articulação desses Conselhos de Saúde com os demais órgãos de controle, entre eles o Ministério Público.

³⁴² CHAI, op. cit., p. 14.

³⁴³ Ibid., p. 15.

A partir desses resultados, é necessário considerar que os Conselhos de Saúde possuem competências definidas na Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, entre as quais se destaca a previsão expressa da necessidade do relacionamento interinstitucional para o fortalecimento do sistema:

[...]

XVIII - 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;

[...]

XXVI - **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** (grifo nosso)³⁴⁴.

Cotta et al. afirmam, a partir do seu objeto de pesquisa, que o Conselho de Saúde é visto apenas como um instrumento de repasse de informações, exigência legal para a homologação das decisões pré-definidas pela Secretaria de Saúde, com pessoas capturadas ideologicamente pelos gestores, “[...] dificultando a transformação desse espaço institucional num instrumento para a garantia da concretização do princípio constitucional da participação social no SUS”³⁴⁵.

Considerando que os conselheiros de saúde e promotores de justiça entrevistados informaram que é deficiente o relacionamento com os demais órgãos de controle, esse resultado sugere que está ocorrendo o descumprimento do Plano Nacional de Atuação em Saúde (do CNPG) e da Resolução 453/2012-CNS, deixando de ser incrementado e aperfeiçoado o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos.

5.4.3 Articulação com a comunidade

Batista e Melo³⁴⁶ defendem que de fato o Conselho de Saúde é um espaço capaz de receber as demandas da comunidade, mas que existe uma incredulidade em relação à participação no setor da saúde, creditada à falta de atitude participativa dos cidadãos e ao uso

³⁴⁴ BRASIL. Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 236, seção 1, col.v, 12 de junho 2012. p. 57.

³⁴⁵ COTTA et al., op. cit., p. 1125.

³⁴⁶ BATISTA; MELO, op. cit., p. 342-343.

indevido do conhecimento técnico científico. Nesse mesmo sentido, Berclaz adverte que:

[...] muitos colegiados não só são desconhecidos da população, como, mesmo quando são divulgados e integram a esfera de conhecimento do povo que neles participa, contentam-se em ocupar uma existência e um papel meramente simbólico, muito distante de constituírem-se em instâncias válidas de controle social e de participação popular na Administração Pública³⁴⁷.

Assim, a relação com a comunidade foi inserida no roteiro das entrevistas com propósitos distintos, dependendo do entrevistado (Ministério Público ou Conselho de Saúde). Com os promotores de justiça, pretendia-se verificar se o promotor se sentia legitimado na comunidade em que está inserido e se sentiria dificuldades de mobilizar as pessoas em torno de um tema, por exemplo, durante a realização de audiências públicas. Com os conselheiros de saúde, buscou-se questionar se a comunidade tinha inserção no conselho, se as reuniões eram divulgadas para a população em geral e se o entrevistado identificava a presença de pessoas da comunidade durante as reuniões.

A resposta convergente entre os promotores de justiça foi a de que o Ministério Público possui reconhecida e evidente credibilidade entre as pessoas de sua comunidade e de que não teria dificuldades em aglomerar ou mobilizar os cidadãos em torno de eventos, campanhas ou atividades que exigissem a participação popular (PJ1, PJ3, PJ4, PJ5, PJ6, PJ7). O PJ2 relatou dificuldade nessa mobilização e associou-a com a solução de continuidade nessa aproximação muitas vezes promovida pela movimentação na carreira entre as comarcas no estado ou ao excesso de atribuições e atividades processuais.

Derivada dessa questão, surgiu aquela que pretendia identificar a articulação do promotor de justiça com o Centro de Apoio Operacional da Saúde (CAOP/Saúde), tentando analisar apenas superficialmente o atual perfil do apoio prestado frente à real necessidade identificada pelos entrevistados. Os resultados apontam para a necessidade do CAOP/Saúde ofertar qualificação aos membros, especializando o conhecimento prático sobre o SUS, investir na formação continuada, no diálogo entre órgão de execução e órgãos de controle e na uniformização da atuação na área da saúde, firmando a fractalidade necessária para resultados mais uniformes e permanentes em todas as comarcas do estado do Maranhão.

A qualificação dos membros deve buscar corrigir o baixo contato do promotor de justiça com a legislação do SUS e com a matriz da gestão do sistema, na perspectiva técnica e principiológica, pois se o SUS se utiliza do discurso jurídico para se apresentar aos gestores, conselheiros e aos próprios usuários, é essencial que o Ministério Público, inclusive por meio

³⁴⁷ BERCLAZ, op. cit., p. 258.

dos Centros de Apoio Operacional da Saúde, fomenta a dinamização desse conhecimento e atuação, por meio da formação continuada e da busca de estratégias de uniformização da atuação dos membros.

Para 88,2% (n=15) dos conselheiros de saúde entrevistados há um afastamento da comunidade em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, seja por vícios na representatividade, seja por ausência de divulgação das atividades e importância dos conselhos, enquanto 11,8% (n=2) acreditam que existe uma proximidade adequada entre a comunidade e o Conselho Municipal de Saúde. Os resultados sugerem que as falhas no processo de eleição afetam a representatividade, com a inserção de pessoas que não estão efetivamente envolvidas com os movimentos sociais organizados, o que explica parcialmente o desconhecimento da sociedade.

A quinta diretriz da Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, estabelece para os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal um rol de competências, entre as quais se destacam:

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;

[...].

XXIV - 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;**

XXV - 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 (grifo nosso)³⁴⁸.

Desse modo, os resultados sugerem que os Conselhos Municipais de Saúde estão formalmente constituídos, mas desobedecendo às orientações estabelecidas na Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde³⁴⁹ no que diz respeito ao relacionamento com a comunidade. Além disso, verifica-se grande dificuldade de captar sujeitos que estejam, de fato, engajados com algum movimento social originário dos territórios onde vivem, repetindo os achados de Shimizu e Moura³⁵⁰. Prevalece, como bem verificou Berclaz³⁵¹, a representação

³⁴⁸ BRASIL, op. cit., 2012.

³⁴⁹ Ibid.

³⁵⁰ SHIMIZU, Helena Eri; MOURA, Luciana Melo de. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1180-1192, dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401180&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015136180>. p. 87.

³⁵¹ BERCLAZ, op. cit.

jurídica, ou seja, da entidade, quando deveria haver a representação civil indicada pela entidade, da pessoa física, do cidadão que, dentro do espaço comunitário daquela entidade, possui protagonismo e teria condições de operar atos de fala de controle nas reuniões ordinárias.

As falhas no processo de divulgação também foram apontadas como justificativa para o desconhecimento da população dos membros atuantes dos Conselhos Municipais de Saúde. Todavia, nenhuma estratégia de publicização dos encontros, das atividades ou da composição foi identificada nos Conselhos de Saúde visitados, seja operada pelo gestor, seja operada pelo presidente dos CMS. Dessa maneira, é possível inferir que essa falha na divulgação do papel dos conselheiros de saúde e das reuniões ordinárias é um dos principais impedimentos para a mudança de paradigma da participação popular nos municípios visitados, tendo em vista que não permite a geração de um importante fator de agendamento social e a deflagração da mobilização necessária.

5.4.4 Mecanismos institucionais

Esse ponto da entrevista pretendia verificar se os entrevistados faziam uso das estratégias de interação previstas na legislação pertinente, isto é, se os promotores de justiça tinham instaurado em suas comarcas algum procedimento administrativo (*lato sensu*) para o acompanhamento dos Conselhos de Saúde e se os conselheiros de saúde tinham conhecimento ou faziam uso de alguma estratégia prevista no regimento interno que viabilizasse o fluxo de informações e denúncias para o Ministério Público e demais órgãos de controle.

Embora haja a convergência entre os promotores de justiça de que os Conselhos Municipais de Saúde não existem ou não funcionam adequadamente, os resultados apontam que 71,4% (n=5) dos promotores de justiça entrevistados não haviam adotado nenhuma intervenção ou providência concreta para essa questão (PJ1, PJ2, PJ3, PJ4 e PJ7), enquanto 28,6% (n=2) informaram a instauração de procedimentos administrativos para o acompanhamento e fiscalização do funcionamento dos Conselhos de Saúde (PJ5 e PJ6). O que se percebe é que é necessário deslocar a instituição do conhecimento de que os conselhos não funcionam para uma intervenção efetiva, preparada a partir da perspectiva de quem vai aplicar para que possa ser exequível e, preferencialmente, adotada como política institucional uniforme.

Os resultados apontam, ainda, que nas Promotorias de Justiça em que foram localizados procedimentos administrativos instaurados e que já mantinham informações

preliminares dos Conselhos de Saúde, como lei municipal de criação, regimento interno e ata da última eleição com a composição atual do colegiado, mantinham melhores condições de efetivar o acompanhamento do funcionamento adequado do Conselho Municipal de Saúde em comparação com aquelas Promotorias de Justiça que não mantinham nenhum instrumento formal de acompanhamento.

A existência do procedimento administrativo impõe ao promotor de justiça um contato institucional importante com o Conselho de Saúde, que embora tímido tem o potencial de funcionar como indutor do fluxo de informações, elemento primordial para a prática do diálogo interinstitucional.

Por outro lado, as leis de criação e os regimentos internos dos Conselhos Municipais de Saúde avaliados não arrolam mecanismos claros de acionamento de órgãos como Ministério Público, Tribunais de Contas ou mesmo o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus). Quando os conselheiros entrevistados eram inquiridos sobre esse ponto, demonstravam dificuldade de compreender o que se queria saber e finalizavam declarando que até aquele momento não tinha sido necessário tal providência ou que desconheciam a existência de tais mecanismos, não sabendo informar como deveriam atuar para dar fluxo às informações e denúncias aos demais órgãos de controle.

Os resultados encontrados remetem aos estudos de Chai, para quem é preciso que o cidadão participante desse processo plural de executar e controlar as funções públicas tenha claros o seu papel e os limites de sua atuação, sobretudo os instrumentos legais dos quais dispõe para procurar a correção de eventuais desvios no exercício do poder pelo administrador público, “[...] bem como saber identificar alguns mecanismos jurídicos dos quais possa socorrer-se para ver sanada a agressão a direito coletivo ou individual indisponível”³⁵². O autor ainda pondera que nesse processo de fiscalização e controle é importante que o conselheiro de saúde (cidadão) tenha argumentos jurídicos-políticos ao seu dispor, e saiba quais momentos nos processos de formulação e execução de políticas públicas a lei já lhe assegura a participação.

5.4.5 Qualidade do controle

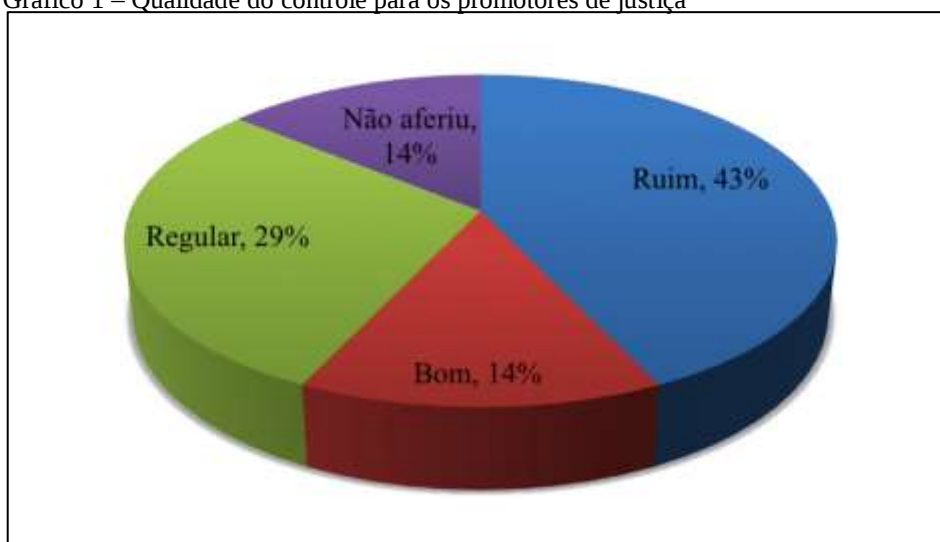
Os entrevistados foram provocados pela pesquisadora, a partir do contexto apresentado no curso da entrevista, a atribuir uma nota, não necessariamente numérica, ao

³⁵² CHAI, op. cit., p. 21.

controle, institucional para o Ministério Público e social para o Conselho Municipal de Saúde, realizado no seu município/comarca.

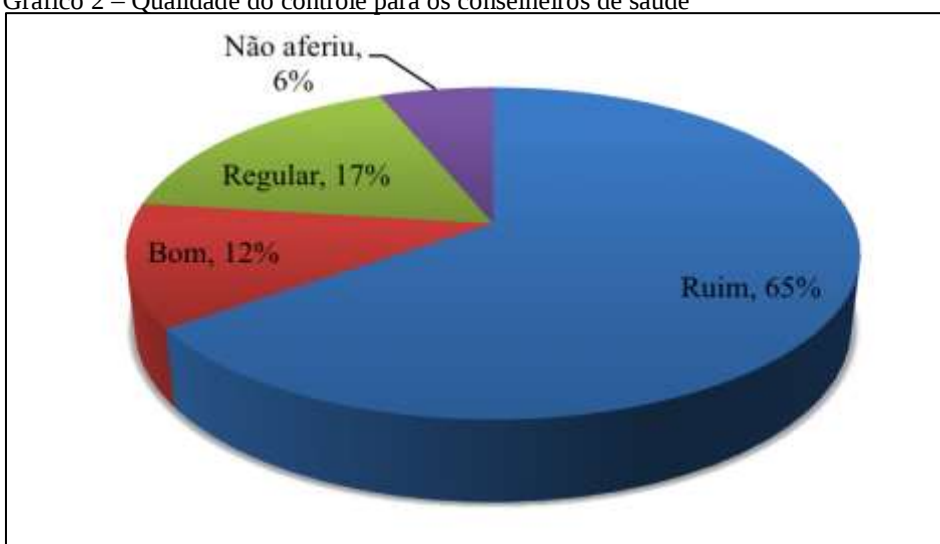
O resultado prevalente foi a afirmação de que o controle era “ruim” ou “insuficiente”, derivado de problemas que foram tratados no tópico “dificuldades e limitações enfrentadas”, entre os quais se destaca a falta de capacitação e de efetividade do controle. Em apenas três municípios, os entrevistados responderam que o controle era bom. A seguir, são apresentados os Gráficos 1 e 2, com as respostas por tipo de entrevistado.

Gráfico 1 – Qualidade do controle para os promotores de justiça



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Gráfico 2 – Qualidade do controle para os conselheiros de saúde



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

O reconhecimento da falta de qualidade do controle exercido pode ser observado nas respostas abaixo:

A reunião não tem qualidade. O povo vem assina e vai embora. Porque muitas vezes nós fazemos assim umas cobranças pro município e muitas vezes não tem êxito e isso desestimula [...] Nota baixa, o controle está ruim e não está efetivo (entrevistado CS6).

Seria assim, na gestão nossa nunca foi uma prestação de contas pro conselho. E outra coisa, os relatórios de gestão nunca foi. Nunca recebemos ou assinamos prestação de contas, nunca foi pra gente. Se tiver minha assinatura não fui eu que assinei. Nunca foi pra nós pra assinar, não sei nem o tamanho. A qualidade do controle é ruim porque não temos acesso a nada, que era pra ter (entrevistado CS8).

Há também alguns conselheiros que julgam que o controle tem qualidade, mas durante sua fala percebe-se a evidente falta de compreensão a respeito das reais atribuições do Conselho de Saúde: “Tem muita coisa pra melhorar, mas não é tão ruim até porque a gente tem um controle, né, por exemplo de quantas pessoas são vacinadas. Então, tudo isso vai para o conselho, é apresentado, tá entendendo, até quantas crianças nascem” (entrevistado CS10).

Verificou-se, ainda, que conselheiros de saúde que estavam no segundo ou terceiro mandatos não demonstraram aumento no domínio dos assuntos relacionados à sua atribuição, ao controle social e ao funcionamento do SUS, demonstrando que a falta de capacitação e a baixa qualidade do controle exercido perdura ao longo do tempo, não tendo sofrido nenhuma gestão pelo Ministério Público ou pelos demais órgãos de controle.

As entrevistas revelavam que as práticas cotidianas dos conselheiros municipais de saúde estão centradas na fiscalização dos serviços de saúde, como a presença e a qualidade do atendimento em saúde ou o fornecimento de medicação, repetindo os achados de Shimizu e Moura³⁵³. Os resultados parecem sugerir que a má qualidade do controle, atribuída pelos próprios entrevistados, pode ser corrigida por uma capacitação que procure melhorar a compreensão sobre a atribuição dos CMS e sobre o controle social, a participação da comunidade no planejamento, o acompanhamento da implementação das políticas públicas de saúde, bem como sobre a gestão da saúde³⁵⁴.

5.4.6 Autonomia em relação ao gestor

Esse questionamento, dirigido apenas aos conselheiros de saúde, buscava verificar se o entrevistado se localizava numa posição subalterna ou intimidada diante do gestor da política de saúde. Reconhecendo que é uma questão complexa e de matriz sócio-cultural-associativa, buscou-se verificar a existência de obstáculos ao desempenho da razão discursiva,

³⁵³ SHIMIZU; MOURA, op. cit., p. 86.

³⁵⁴ Ibid., p. 86.

como a falta de igualdade ou outras questões que retiram a autonomia dos diversos segmentos participantes do conselho, a partir da compreensão habermasiana de que a atuação de cada falante há de se pautar por razões de interesse geral e comum e não por interesses particulares.

Todos os entrevistados responderam que se sentiam livres para exercer suas funções de conselheiros. Porém, quando questionados se pensavam o mesmo em relação aos seus pares, a resposta prevalente foi negativa, havendo relatos de que quando os conselheiros eram pessoas sem vínculos com o município ou com vínculos mediante concurso público, existiam parentes próximos a esses conselheiros que eram contratados pela prefeitura, prejudicando a autonomia perante as atividades no Conselho Municipal de Saúde.

Dessa forma, verifica-se nas entrevistas que a visão que os conselheiros têm de si mesmos não é compatível com a visão que têm em relação ao grupo e que há registro de uma interferência na autonomia dos Conselhos Municipais de Saúde por meio de uma estratégia de cooptação dos membros de forma indireta pelos gestores, que, segundo os entrevistados CS2, CS6, CS8, CS13 e CS17 acabam por incorporar no serviço público de forma precária (contratos temporários de trabalho) membros das famílias dos conselheiros, prejudicando a dinâmica, o comprometimento e a imparcialidade da atuação, como ilustra o trecho abaixo:

[...] a maioria dos conselheiros, dos membros, a maioria são funcionários contratados da prefeitura, a maioria. E isso atrapalha. Eu acho que eles não teriam coragem de peitar o prefeito. Às vezes tem uns conselheiros que são concursados, mas tem pessoas da família deles que são contratados, então eles tem medo de peitar (entrevistada CS 13).

5.4.7 Estrutura de trabalho

Os promotores de justiça, quando questionados se a estrutura de trabalho que tinham a sua disposição era elemento que impedia a interlocução com os conselheiros de saúde dos municípios da comarca, 85,71% (n=6) responderam que não, muito embora reconhecessem que dificultava quando associada à carga de trabalho e ao excesso de atribuições, levando a uma seletividade na atuação e à fraca interação com todos os conselhos gestores nos municípios.

Os conselheiros de saúde, por sua vez, arrolavam inúmeros problemas ligados à falta de estrutura, que foi explicitada como a falta de sede, de telefone, computador, impressora, internet, apoio administrativo, financeiro e operacional. Em nenhum dos 17 municípios visitados o Conselho Municipal de Saúde contava com sede. Sempre era disponibilizada uma sala de uso geral na Secretaria Municipal de Saúde e em apenas três

situações (17%) havia uma placa na porta de tal sala, identificando-a como “sede” do conselho.

Os resultados ainda apontam para uma insatisfação dos conselheiros entrevistados em relação ao voluntariado característico aos conselhos gestores. Em municípios como Cururupu e Porto Rico do Maranhão, existem alguns conselheiros que são pescadores ou agricultores e que moram em áreas rurais distantes, alguns até em ilhas, e que têm custos pessoais para participar da reunião, já que pagam pelo deslocamento até a sede do município onde ocorrem as reuniões ordinárias. Por conta disso, o voluntariado é sempre questionado, tendo surgido nas entrevistas inclusive como um dos causadores do desinteresse e da baixa participação dos conselheiros ausentes.

5.4.8 Dificuldades identificadas

O questionamento em relação às dificuldades buscou que o entrevistado identificasse o que o impedia ou limitava de exercer de forma mais qualitativa a sua função para realizar (conselheiros de saúde) ou fortalecer (promotores de justiça) o controle social no SUS.

Os promotores de justiça indicaram a ausência de um programa institucional de interação com os órgãos de controle social que fosse uniforme e integrado, orquestrado pelo CAOP/Saúde, com ênfase em um suporte baseado na capacitação continuada de membros e servidores.

Outra dificuldade apontada foi a existência de uma política institucional que privilegia e fomenta a atuação judicial, uma vez que os mapas de controle de produtividade buscam prevalentemente marcadores da atuação processual, condicionando os promotores de justiça a atenderem as urgências judiciais em detrimento da ação preventiva.

As dificuldades apontadas pelos conselheiros de saúde foram: estrutura de trabalho (sede, equipamentos etc.), havendo uma correlação recorrente com a fraca participação dos membros e com a falha na articulação com a comunidade; capacitação, que não só desestimula o conselheiro como prejudica a qualidade do controle por ele exercido; relacionamento com o gestor, que foi recorrentemente apresentado como autor de ingerências e insensível às necessidades e deliberações do Conselho Municipal de Saúde; aproximação com o Ministério Público, que surge como instituição que tem o potencial de densificar e qualificar a atuação dos conselheiros de saúde.

A capacitação surgiu como principal dificuldade em todas as entrevistas, tanto dos promotores de justiça como dos conselheiros de saúde, pelo *encapsulamento* do saber especializado próprio da gestão do SUS. Os resultados confirmam os estudos de Paiva, Van Stralen e Costa³⁵⁵, nos quais o segmento usuários é percebido com poucos recursos para exercer o papel deliberativo nos conselhos, haja vista a falta de informação, escolaridade, habilidade e clareza acerca da dinâmica e funcionamento. Paiva, Van Stralen e Costa explicam o termo *capacitação* a partir de aspectos de ordem técnica, política e logística:

No que se refere à capacidade técnica, alguns apontamentos são majoritariamente considerados, como a importância do grau de escolaridade e a valorização de certo "perfil", leia-se, um conjunto de habilidades para o exercício deliberativo, como capacidade argumentativa e conhecimento especializado sobre a política de saúde³⁵⁶.

A noção de capacitação revela o privilégio atribuído ao discurso tecnocrata-especializado, de modo que o segmento dos usuários termina por apresentar dificuldades no exercício deliberativo, dificultando o diálogo entre os segmentos e levando a uma pressão para a aprovação imediata de projetos com argumentos de ordem financeira como balizadores³⁵⁷.

A partir do giro linguístico proposto por Habermas³⁵⁸ e sua importância para a democracia e para a emancipação da participação popular, como foi muito bem desenvolvido por Alves³⁵⁹, o tecnicismo proposto pela administração pública nas reuniões dos Conselhos de Saúde visa somente minar esse espaço de controle social pela inoculação da ideia de que a gestão não pode ser alcançada pela comunidade. Para o autor:

A mesma indiferença dispensada à participação popular ocorre com o “modelo tecnocrata” de decisão, nos quais a esfera pública é reduzida à mera legitimadora das decisões que supostamente passam por questões técnicas elevadas, não alcançáveis a atores sociais que, embora possam apontar com propriedade as deficiências administrativas, não saberiam apontar as soluções³⁶⁰.

Observa-se que enfrentar a questão da capacitação, principalmente de promotores de justiça, exige um descortinamento da relação entre Direito e Medicina. Para melhor

³⁵⁵ PAIVA, Fernando Santana de; VAN STRALEN, Cornelis Johannes; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 487-498, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200487&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2017.

³⁵⁶ Ibid., p. 491.

³⁵⁷ Ibid., p. 492.

³⁵⁸ HABERMAS, op. cit., v. 1, p. 27.

³⁵⁹ ALVES, op. cit., p. 86-87.

³⁶⁰ Ibid., p. 86-87.

concretude do direito à saúde, profissionais do Direito deveriam dominar conhecimentos mínimos no método de utilização e aplicação dessa linha científica para as melhores tomadas de decisões, seja no sentido de promover ações de saúde, fiscalizar e monitorar os sistemas de saúde, bem como de efetivar decisões judiciais embasadas com maior propriedade³⁶¹.

Nesse ponto, insere-se a razão da capacitação técnica especializada, que teria o potencial de otimizar a atuação dos promotores de justiça e conselheiros de saúde, garantindo a materialização de um controle efetivo do sistema de saúde. O discurso jurídico deve se apropriar, então, do conhecimento técnico do SUS, mormente da ferramenta da gestão, para operacionalizar concretamente a fiscalização do sistema e, conseqüentemente, o acesso às ações e serviços, ou seja, para atingir a assistência, que é o *telos* do sistema de saúde.

Resumindo os resultados encontrados, eles podem ser expressos no quadro abaixo:

Quadro 15 – Dificuldades apontadas pelos entrevistados

DIFICULDADES	
Promotores de Justiça	Conselheiros de Saúde
-Capacitação -Solução de continuidade na ocasião de remoções e peso da atuação judicial na PGJ -Ausência de planejamento institucional para a uniformização das estratégias -Relação com o gestor da política municipal de saúde -Vícios na eleição dos membros	-Capacitação -Estrutura de trabalho -Baixa divulgação da importância e função do CMS -Desrespeito às deliberações do CMS pelo gestor -Ausência do MP -Falta de interesse dos conselheiros e da população -Falta de interação entre os conselheiros -Falta de remuneração para viabilizar o deslocamento e o tempo dos membros à disposição das atividades do CMS -Falta de autonomia financeira do CMS para articular sua independência

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

³⁶¹ BARTOLOMEI, Carlos Emanuel Fontes et al. Medicina e direito: atuação na integralidade destes dois saberes. **Diagn. Tratamento**, v. 15, n. 1, p.39-42, jan./mar. 2010. p. 41.

6 MINISTÉRIO PÚBLICO DO MARANHÃO: proposições para uma atuação que impacte o controle social no SUS

A proposta do atual capítulo é atender ao terceiro objetivo específico da pesquisa e propor formas de atuação do Ministério Público junto à sociedade e ao Estado para o fortalecimento da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, mas dentro das mesmas balizas propostas por Alves³⁶², para quem o Ministério Público deve garantir a participação popular na formação e aperfeiçoamento das políticas públicas, mas sem imiscuir-se na formação do mérito administrativo.

Aderindo ao estudo de Berclaz³⁶³, para quem o Ministério Público é responsável por garantir a existência e o funcionamento adequado dos conselhos sociais, bem como a efetividade de suas deliberações, tem-se que, uma vez constatando inconformidades no funcionamento dos Conselhos de Saúde, dificuldades ou abusos na efetivação da participação popular nas reuniões, o Ministério Público deverá usar os instrumentos legais, instaurando inquérito civil, expedindo recomendações ou firmando compromisso de ajustamento de conduta, visando à solução das dificuldades.

Todavia, para cada problema existe uma estratégia de atuação com base nas ferramentas institucionais à disposição do promotor de justiça, ponderadas a realidade do Ministério Público do Maranhão e a questão da independência funcional a ele conferida. Como primeiro protocolo de atuação, defende-se o estabelecimento da frequência regular às reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde dos municípios da comarca, o que também é defendido por outros autores selecionados na presente pesquisa.

Com base nos achados da presente pesquisa e nas pesquisas que compuseram o estado da arte já delineado acima, identificaram-se os problemas mais recorrentes e relevantes, com a apresentação breve de estratégias de atuação dos promotores de justiça junto aos Conselhos de Saúde, à sociedade e ao Estado para a solução da questão:

a) CMS que não exercem atividade deliberativa: Os promotores de justiça devem frequentar com regularidade as reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde dos municípios da comarca para identificar se houve a redução do CMS a mero órgão consultivo, com ausência da atividade deliberativa e fiscalizatória dos conselheiros, promovendo uma integração que estimule uma intervenção mais efetiva, proativa e condizente com a natureza do conselho. Essa integração permite a coordenação dos planos de ação das duas instâncias de

³⁶² ALVES, op. cit., p. 14; 136.

³⁶³ BERCLAZ, op. cit., p. 316.

controle, de modo que as ações de uma possam ser “engatadas” nas da outra por meio da influência funcional e recíproca³⁶⁴.

O membro do Ministério Público, constatando inconformidades na atuação dos conselheiros, deve buscar uma estratégia extrajudicial progressiva. Primeiro, deve instaurar um procedimento administrativo para investigar as causas dessa limitação. A investigação e a participação nas reuniões permitirão que o promotor de justiça verifique se a inconformidade se deve a falhas internas (capacitação dos conselheiros, por exemplo) ou externas (ingerência do gestor, por exemplo).

Cada uma dessas situações exige uma ação específica, que pode iniciar por uma recomendação para o gestor, para que se abstenha de interferir de maneira disfuncional, ou para o presidente do Conselho de Saúde, para que articule ou promova a necessária capacitação dos demais membros. Caso não seja acolhida a recomendação, o promotor de justiça pode lançar mão do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), visando solucionar as irregularidades e dificuldades. Por fim, não sendo sanadas as distorções, pode ajuizar a Ação Civil Pública (ACP) pertinente.

b) Falta de acatamento de informações, auditoria e fiscalização por parte do CS ou desrespeito às resoluções do CMS: É possível, ainda, que o gestor não esteja exatamente reduzindo o CMS a órgão consultivo, ou seja, que exerça formalmente atividade deliberativa, mas que essa atividade não seja efetiva, substancial, por exemplo quando não estejam sendo acatados pedidos de informações, auditoria e fiscalização por parte do CMS ou que esteja havendo desrespeito às suas resoluções.

O Ministério Público pode, mediante instauração de procedimento preparatório ou inquérito civil, em constatando tais situações, lançar mão, em um primeiro momento, da recomendação e, em não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta, objetivando solucionar essas dificuldades.

Resta repetir que o Ministério Público pode realizar a indução da participação popular como elemento de efetivação do SUS, na sua perspectiva formal e material, pois sua vocação constitucional não se restringe à garantia do direito à saúde, mas à garantia do correto funcionamento do sistema³⁶⁵.

c) Desrespeito à paridade na composição estabelecida na Resolução 453/2012-CNS: A composição dos Conselhos de Saúde se dá por meio de eleição ocorrida geralmente durante as Conferências Municipais de Saúde, quando as entidades existentes nos municípios

³⁶⁴ HABERMAS, op. cit., v.1, p. 36.

³⁶⁵ LEHMANN, op. cit., p. 150.

são convidadas a indicar seus representantes. Todavia, pode ocorrer que o mandato dos conselheiros expire antes das Conferências, cabendo ao conselho deliberar e deflagrar o processo de nova eleição. Além disso, é comum que se verifique a presença de uma paridade formal que não encontra correspondência adequada nas funções e atos praticados pelos conselhos.

De qualquer modo, durante o processo de eleição é que se configura o melhor momento de acompanhar não só a paridade, mas a lisura no processo de representação, de escolha das entidades que indicarão candidatos e de interferência dos gestores nos nomes indicados pelas entidades, de forma a não burlar a necessária pluralidade, representatividade e independência dos futuros conselheiros de saúde.

Identificando o desrespeito, o promotor de justiça deve verificar se o fato é fruto de uma legislação municipal em desacordo com a legislação nacional, se é fruto de uma ação deliberada do presidente do conselho ou se é caso de inadequação no Regimento Interno do conselho.

No primeiro caso, o promotor de justiça deve acionar o Legislativo municipal para a adequação da norma local ou ajuizar as ações pertinentes. Ou seja, sendo o desrespeito fundado em norma legal, o Ministério Público deve representar pela inconstitucionalidade ou ajuizar Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) pela ofensa à diretriz prevista no art. 198, III, CRFB/88. No segundo caso, ação ou omissão do presidente do conselho, o promotor de justiça deve expedir recomendação ou propor TAC, estipulando prazos para a adequação ou a realização de nova eleição, conforme o caso. Por fim, sendo o desrespeito fundado em mero regulamento, ou seja, previsto no Regimento Interno do conselho em questão, o promotor de justiça pode expedir recomendação e/ou firmamento de TAC. Não havendo a solução pela via extrajudicial, deve propor Ação Civil Pública.

d) Falta ou vícios na eleição direta para presidente do CMS: Entre os municípios pesquisados, apenas um deles ainda prevê a presidência nata do Conselho de Saúde para o secretário municipal de Saúde, de modo que todos os demais já utilizam a eleição para a definição da presidência, havendo em algumas situações a previsão de alternância entre as representações (sociedade civil e poder público). Todavia, essa previsão normativa exige uma continuação da fiscalização, verificando-se se realmente há um processo eletivo devido, com a participação de todos os membros e sem a interferência do gestor.

Também é importante considerar que há a possibilidade de que o desempenho da função de presidente seja apenas formal, e que a verdadeira condução dos trabalhos seja realizada materialmente por membro distinto daquele que foi eleito, o que somente pode ser

constatado se o promotor de justiça estabelecer como primeiro protocolo a frequência regular às reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde dos municípios da comarca. A partir daí, pode instaurar o inquérito civil ou mesmo um procedimento preparatório, expedindo recomendação e, em não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta.

Se a presidência nata ou qualquer vício no processo de escolha do presidente estiver fundado na lei municipal, o Ministério Público deve acionar o Legislativo municipal, para que promova a adequação, ou ajuizar ACP. Sendo o desrespeito fundado em mero regulamento, como o Regimento Interno, expede-se recomendação e/ou firmamento de TAC. Não havendo a solução pela via extrajudicial, propor ACP.

e) Falta de estrutura de trabalho: A falta de estrutura surgiu em todas as entrevistas dos conselheiros de saúde e foi claramente verificada pela pesquisadora. Os Conselhos Municipais de Saúde visitados funcionavam precariamente em espaços improvisados dentro das Secretarias de Saúde, muitas vezes sem ao menos uma placa na porta para identificação, sem equipamentos de informática (computador e impressora), telefone e o sinal de internet. A péssima situação de trabalho dos conselheiros de saúde reforça o componente simbólico da falta de poder e de resolutividade da atuação, bem como sugerem um desprestígio da participação e do protagonismo dos conselheiros na política de saúde local.

O Ministério Público pode, mediante instauração de procedimento preparatório ou inquérito civil, em constatando tais situações, lançar mão, em um primeiro momento, da recomendação e, em não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta, objetivando solucionar essas dificuldades.

A estruturação dos Conselhos de Saúde deve ser a pedra de toque para a avaliação do respeito que a gestão municipal, responsável por fornecer essa estrutura, tem com o funcionamento do controle social exercido pelos conselheiros de saúde. Não havendo sucesso na resolução extrajudicial da questão, com o uso das ferramentas institucionais e da mediação pelos promotores de justiça, estes devem propor as ações de obrigação de fazer ou ações civis públicas para a solução do problema, além de eventual responsabilização dos gestores pela omissão.

f) Falta de divulgação nos meios de comunicação, do papel dos conselheiros, bem como das pautas e calendários das reuniões: A pouca inserção de informações sobre as ações dos conselheiros de saúde na comunidade causa uma insensibilização dos cidadãos no processo necessário de participação, como também desmobiliza os movimentos sociais.

O Ministério Público possui a função também de educar a população, auxiliando-a no exercício da titularidade do direito à saúde e estimulando o sentimento de pertencimento em relação aos serviços de saúde, ideal bastante defendido nas pesquisas de Lehmann³⁶⁶ e Alves³⁶⁷. Dessa maneira, a instituição deve procurar fomentar a interação dos Conselhos Municipais de Saúde com a comunidade e com os demais órgãos de controle, realizando audiências públicas para destacar a relevância pública da atuação dos conselheiros de saúde.

g) Capacitação técnica: Trata-se da falta de conhecimento dos conselheiros de saúde (representantes dos usuários) sobre o funcionamento prático dos programas fiscalizados. A atuação extrajudicial do Ministério Público, que permite a instauração de procedimentos investigatórios e a realização de audiências públicas, está calcada nas competências relacionais e na busca pela mediação e resolutividade, contribuindo para tornar horizontais as relações entre Estado e sociedade. Essa atuação aproxima o Ministério Público da sociedade e transforma a realidade social. Todavia, há que se fomentar o desenvolvimento das instituições democráticas e não ocupar o eventual hiato deixado por elas.

Nesse sentido, surge a indagação sobre qual providência o promotor de justiça deve adotar quando da verificação de que há necessidade de capacitação para os conselheiros de saúde. Procedimentos administrativos e recomendações para que o presidente do Conselho de Saúde ou o gestor municipal realize a capacitação são as primeiras providências.

A seguir, um quadro resumo das principais dificuldades e estratégias de atuação Lehmann³⁶⁸ e Machado³⁶⁹:

Quadro 16 – Relação problema-estratégia

Problemas no funcionamento dos CS	Estratégia de atuação do MP
Redução do CS a mero órgão consultivo	-estabelecer como primeiro protocolo a frequência regular às reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde dos municípios da comarca -pode o membro do Ministério Público, mediante instauração de inquérito civil, em constatando tais situações, lançar mão, em um primeiro momento, da recomendação e, em não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta, visando solucionar essas irregularidades e dificuldades
Desrespeito à paridade na composição, estabelecida na Resolução 453/2012-CNS (substituiu a Res. 333/2003)	-estabelecer como primeiro protocolo a frequência regular às reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde dos municípios da comarca -instauração de IC, expedindo recomendação e, em não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta OBS: a. Sendo o desrespeito fundado em norma legal: MP deve representar pela inconstitucionalidade ou ajuizar ADI pela ofensa à diretriz prevista no art. 198, III, CRFB; b. Sendo o desrespeito fundado em mero regulamento: expedição de

³⁶⁶ LEHMANN, op. cit.

³⁶⁷ ALVES, op. cit.

³⁶⁸ LEHMANN, op. cit.

³⁶⁹ MACHADO, op. cit., 2006.

	recomendação e/ou firmamento de TAC. Não havendo a solução pela via extrajudicial, propor ACP.
Falta de eleição direta para presidente	-estabelecer como primeiro protocolo a frequência regular às reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde dos municípios da comarca -instauração de IC, expedindo recomendação e, em não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta OBS: a. Sendo o desrespeito fundado em norma legal: MP deve representar pela inconstitucionalidade ou ajuizar ADI pela ofensa à diretriz prevista no art. 198, III, CRFB; b. Sendo o desrespeito fundado em mero regulamento: expedição de recomendação e/ou firmamento de TAC. Não havendo a solução pela via extrajudicial, propor ACP.
Falta de infraestrutura	-estabelecer como primeiro protocolo a frequência regular às reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde dos municípios da comarca -pode o membro do Ministério Público, mediante instauração de inquérito civil, em constatando tais situações, lançar mão, em um primeiro momento, da recomendação e, em não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta, visando solucionar essas irregularidades e dificuldades
Falta de acatamento de informações, auditoria e fiscalização por parte do CS	-estabelecer como primeiro protocolo a frequência regular às reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde dos municípios da comarca -pode o membro do Ministério Público, mediante o uso do poder requisitório, prestar o auxílio aos conselheiros -pode o membro do Ministério Público, mediante instauração de inquérito civil, em constatando tais situações, lançar mão, em um primeiro momento, da recomendação e, em não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta, visando solucionar essas irregularidades e dificuldades
Falta de divulgação nos meios de comunicação, do papel dos conselheiros, bem como das pautas e calendários das reuniões	-estabelecer como primeiro protocolo a frequência regular às reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde dos municípios da comarca -pode o membro do Ministério Público, mediante instauração de inquérito civil, em constatando tais situações, lançar mão, em um primeiro momento, da recomendação e, em não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta, visando solucionar essas irregularidades e dificuldades -realização de audiências públicas
Desrespeito às resoluções do CS	-frequência do MP às reuniões -pode o membro do Ministério Público, mediante instauração de inquérito civil, em constatando tais situações, lançar mão, em um primeiro momento, da recomendação, no sentido de que observe as resoluções, e, não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta, visando solucionar essas irregularidades -audiências públicas -ACP
Presidência ocupada pelo gestor	-frequência do MP às reuniões -pode o membro do Ministério Público, mediante instauração de inquérito civil, em constatando tais situações, lançar mão, em um primeiro momento, da recomendação e, em não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta, visando solucionar essas irregularidades e dificuldades -não havendo solução pela via extrajudicial, ACP
Falta de conhecimento dos conselheiros de saúde (usuário) sobre o funcionamento prático dos programas fiscalizados	-frequência do MP às reuniões -pode o membro do Ministério Público, mediante instauração de inquérito civil, em constatando tais situações, lançar mão, em um primeiro momento, da recomendação para que o gestor providencie a realização de cursos de capacitação dos conselheiros e, em não sendo esta acolhida, do Termo de Ajustamento de Conduta, visando solucionar essas irregularidades e dificuldades

Fonte: Adaptado de Lehmann³⁷⁰ e Machado³⁷¹.

³⁷⁰ LEHMANN, op. cit.

É importante ressaltar que há controvérsias sobre a possibilidade de o próprio Ministério Público assumir a capacitação dos conselheiros, quando os resultados da pesquisa apontam que os próprios promotores de justiça têm sua atuação na área da saúde limitada pela ausência de capacitação técnica especializada.

Portanto, uma proposição fundamental para que a atuação do Ministério Público impacte o controle social no SUS apresenta um primeiro imperativo: a realização de alterações estruturais importantes no recrutamento (concurso) e na formação continuada dos membros, fomentando o conhecimento técnico necessário na área da saúde. Isso exigirá que o discurso jurídico se aproprie das ferramentas de gestão e fiscalização do SUS, da abertura e do intercâmbio científico entre a Medicina e o Direito, especialmente numa sociedade desigual, tão vulnerável ao sucateamento dos serviços de saúde e ao retrocesso das conquistas históricas que foram sedimentadas na Constituição Federal de 1988.

A falta de conexão da norma com a realidade concreta com a qual terá que lidar o jurista e a necessidade de adequação do próprio Direito à evolução, diversidade e complexidade da sociedade é um tema que surge nos estudos de Silva e Bussinger³⁷², quando repensam a modificação das atitudes e estratégias para o ensino do Direito e afirmam que a complexidade das relações sociais e dos problemas que se apresentam para o profissional do Direito nos dias atuais não têm espaço nas academias.

Todavia, a restrição e o cerceamento do conhecimento humano não interessam ao SUS, ao Ministério Público e ao exercício digno do direito à saúde de toda sociedade, o que exige que a instituição tome a iniciativa de ampliar o conhecimento científico estratégico, crítico e funcional dos membros e servidores, dando mais efetividade à atuação do corpo ministerial como um todo.

Uma outra importante questão é apontada por Rojas³⁷³ e diz respeito à reflexão necessária dentro do Ministério Público sobre a atuação dos seus membros como atores políticos, não com a adoção de posições partidárias ou ideológicas, mas no desenvolvimento adequado das potencialidades próprias do seu *munus* constitucional, credenciando os promotores de justiça para atuar na vida pública para além da formação jurídica, acadêmica e científica, ou seja, agregando valores sociais que podem ser encontrados na vivência e no contato próximo com a comunidade, o que permite prestigiar os saberes e experiências

³⁷¹ MACHADO, op. cit., 2006.

³⁷² SILVA, Tatiana Mareto; BUSSINGER, Elda Coelho de Azevedo. O positivismo como obstáculo epistemológico à produção do conhecimento jurídico: o dogmatismo e suas consequências para a formação do jurista. **Revista de Pesquisa e Educação Jurídica** Brasília, v. 2, n. 1, p. 214-234, jan./jun. 2016. p. 214-234.

³⁷³ ROJAS, op. cit., p. 131.

populares no ambiente da participação popular³⁷⁴.

Assim, uma atuação ministerial que impacte o controle social ou qualquer outro interesse público deve observar essas duas balizas: resolutividade (Marcelo Pedroso Goulart) e transformação (Rodrigo Cançado Anaya Rojas). Deve emancipar a sociedade, mas deve humanizar a instituição. Deve observar a norma e o arcabouço já estruturado à disposição da defesa dos interesses sociais, mas deve levar o membro à imersão em outros saberes técnicos, como a medicina, e, sobretudo, saberes populares.

As formas de atuação do Ministério Público junto à sociedade e ao Estado para o fortalecimento da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde deve ser precedida pela imersão na realidade social dessas instâncias de controle e, uma vez constatando inconformidades no funcionamento dos Conselhos de Saúde, sejam dificuldades estruturais ou na participação popular nas reuniões, o Ministério Público deverá usar os instrumentos legais previstos. Porém, essa ação deve ser necessariamente complementada por uma atuação democrática e pedagógica³⁷⁵, inclusiva da sociedade nos processos de poder, a qual também permitirá aos promotores de justiça uma maior aproximação dos processos sociais, comprovando o ganho recíproco existente nessa interação.

Por fim, para que haja resultados importantes e consistentes nessa atuação é necessário que ela seja uniforme, que ela possa transpor as barreiras do discurso da independência funcional e se estabelecer como política institucional, democrática e planejada, não fragmentada, contínua e transformadora. Considerando o objeto da presente pesquisa, não se propõe que sejam encontradas soluções iguais para todas as comarcas do estado do Maranhão, mas que sejam institucionalmente estabelecidos patamares mínimos de atuação uniforme e contínua, com foco na emancipação da participação popular no SUS, firmando um pacto permanente e irreversível com os sujeitos sociais do SUS que não seja perdido durante a movimentação dos membros entre as comarcas (remoção/promoção).

6.1 Experiência exitosa: Promotoria de Justiça de Cururupu

Dentro dessa proposta de repensar as práticas institucionais resolutivas e transformadoras, objetiva-se neste item realizar um breve recorte do projeto “Semana de Debates Jurídicos” realizado pela Promotoria de Justiça de Cururupu em 2005. A experiência impactou positivamente a participação popular na cidade, tendo sido referida pelos

³⁷⁴ Ibid., p. 143.

³⁷⁵ Ibid., p. 162.

entrevistados como um marco para a mudança de paradigma, convertendo-se em exemplo de intervenção operada pelo Ministério Público do Maranhão que fortaleceu o controle social, principalmente no SUS, a partir das balizas de aproximação interinstitucional, mobilização, sensibilização e capacitação da sociedade civil.

Uma das propostas do projeto era capacitar a comunidade para o controle social, a composição substancial dos conselhos gestores no município e o fortalecimento das relações interinstitucionais, com a participação de palestrantes e debatedores do Poder Judiciário, Ministério Público, Tribunais de Contas e Controladoria Geral da União. A iniciativa do Ministério Público na comarca de Cururupu inaugurou um espaço de convergência cidadã, onde a sociedade local e os membros dos Conselhos Setoriais puderam receber capacitação e interagir com outras instituições, formando vínculos para uma necessária e salutar interlocução sobre o controle social.

O projeto, de iniciativa do promotor de justiça titular da comarca de Cururupu, Dr. Cássius Guimarães Chai, buscava identificar as demandas nas áreas mais sensíveis (Saúde, Educação e Segurança Pública e Proteção Ambiental) e realizar um posterior cruzamento dessas informações com os serviços públicos oferecidos nos municípios da comarca, a partir da concepção encontrada em Gustin³⁷⁶.

Num momento posterior, foram realizadas atividades de interlocução e sensibilização, construindo-se uma rede de parcerias com o setor público, mas sobretudo com as escolas públicas e privadas, com os sindicatos locais e com as populações quilombolas e artesãs, muito presentes nos municípios da comarca (Cururupu e Serrano do Maranhão). Como o contexto local apresentava uma gama de manifestações culturais e religiosas, o Ministério Público fortaleceu a comunicação no processo de aproximação com a sociedade civil, estendendo o convite indistintamente a todas as instituições religiosas, nos seus mais variados matizes e representações culturais. O objetivo era que todos percebessem o Ministério Público como um parceiro que enxergava com igualdade os membros da sociedade civil.

Completadas as etapas de identificação das necessidades da população e de comunicação com as diferentes representações e seguimentos da sociedade civil e do Estado, foram realizados ciclos de audiências públicas e campanhas de mobilização, que iam desde concurso de redação nas escolas públicas e particulares a mobilização das instituições para que houvesse a oferta de cursos para capacitação dos membros dos conselheiros setoriais

³⁷⁶ GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa. **Das necessidades humanas aos direitos**: ensaio de sociologia e filosofia do direito. Belo Horizonte, MG: Del Rey, 2009.

daqueles municípios.

O objetivo pretendido nessa fase era, a partir do conhecimento de quais as demandas por políticas públicas a sociedade civil buscava, e que eram vertidas ao Ministério Público, demonstrar de que maneira elas poderiam ser atendidas no plano da informação para o exercício do direito ao acesso às políticas públicas em questão. Assim, foi elaborado o projeto das “Jornadas Jurídicas” como uma (1) ação de sensibilização e (2) uma ação de capacitação como ferramentas para o controle social da administração pública, focando, essencialmente, naqueles serviços públicos relacionados à Educação, Saúde e Proteção Ambiental.

O destaque para a ação de sensibilização considerou quatro elementos: (1) o cidadão necessita dos serviços de saúde do município e, portanto, tem interesse em receber um melhor serviço público; (2) indivíduos despertos para as mesmas necessidades e interesses estão mais disponíveis para se encontrar e se organizar; (3) instituições vocacionadas à mediação entre Estado e sociedade civil devem se habilitar para viabilizar essa interlocução; (4) a apresentação de resultados efetivos de melhora na qualidade dos serviços e das políticas públicas é elemento de estímulo à continuação da participação popular.

A partir das “Jornadas Jurídicas de Cururupu” foram implantadas ações setorializadas de formação e de capacitação técnica continuada dos Conselhos de Saúde, Idoso, Assistência Social, Educação e Meio Ambiente, além de mobilização para a implantação de conselhos setoriais que ainda não estavam devidamente em funcionamento nos municípios da comarca, como o Conselho de Segurança Comunitária. Nessa etapa, o Ministério Público realizou importante interlocução entre os Conselhos Setoriais e instituições públicas, como CGU e TCE, que puderam participar das ações de capacitação técnica com cursos regulares e disponibilização de material.

A “I Jornada de Debates Jurídicos de Cururupu” teve como tema “*Democratizando o conhecimento jurídico, fortalecendo a cidadania*”, e como principais subtemas:

- 1) “O Papel das Instituições Públicas e dos Poderes Instituídos”.
- 2) “Serviço Público com Qualidade”, com as palestras “Responsabilidade no Sistema Educacional” e “Acesso à Saúde”.
- 3) “Recursos Públicos”, com as palestras “Conselhos Setoriais de Gestão Municipal” e “Segurança Pública e Responsabilidade Comunitária”.
- 4) “Orçamento Participativo”, com o debate público sobre “Estatuto da Cidade e o Código de Posturas”.

Em outubro do mesmo ano, dando seguimento à proposta de formação continuada dos membros dos conselhos gestores e de aproximação e interação interinstitucional permanente, a Promotoria de Justiça de Cururupu realizou a “II Jornada de Debates Jurídicos de Cururupu”, sob o tema “*Um Pacto pela Ética nas Relações Sociais*” e que teve como principais subtemas:

- 1) “Transparência Fiscal – O Cidadão no Controle”.
- 2) “O Poder Legislativo como Casa do Povo – Fiscalizando a Política Pública”.
- 3) “Conselhos Municipais”.
- 4) “Mobilização Social – O Papel dos Sindicatos e das Associações de Classe”.
- 5) “Licitações Públicas – Critérios e Requisitos”.
- 6) “Decidindo sobre os Recursos Públicos – PPA, LDO e LOA”.

A fiscalização e a formação técnica estratégica foram trabalhadas nesse segundo momento e puderam, para além de despertar o interesse da comunidade, estabelecer uma agenda regular de capacitação e interação entre as instituições, observando o fomento à participação popular, a aproximação entre os órgãos de controle e a sociedade, a democratização do saber jurídico e técnico, estreitando os vínculos entre sociedade civil e Ministério Público.

A capacitação realizada pelo Ministério Público junto aos Conselhos Setoriais da comarca de Cururupu também buscou, dentro da matriz de democratização do conhecimento jurídico, aproximar a sociedade civil dos mais importantes marcos legais, entre eles a Constituição Federal, a Lei Orgânica Municipal, o Regimento Interno da Câmara Municipal, Lei da Ação Popular e da Ação Civil Pública.

Acredita-se que as ações de formação e capacitação sejam determinantes para o êxito de uma articulação mais efetiva e facilita o trabalho do Ministério Público porque com uma demanda mais qualificada, em que as pessoas sabem identificar suas necessidades, elas podem alcançar a concretização dos direitos humanos³⁷⁷. Nesse mesmo sentido, Chai³⁷⁸ já afirmava que o conhecimento é importante instrumento de libertação e uma condição de igualdade de participação, pois no processo de fiscalização e controle é “[...] importante que o cidadão tenha argumentos jurídicos-políticos ao seu dispor, e saiba quais momentos nos processos de formulação e execução de políticas públicas a lei já lhe assegura a

³⁷⁷ Ibid., p. 10.

³⁷⁸ CHAI, op. cit., p. 15.

participação”³⁷⁹.

As jornadas realizadas em Cururupu despertaram o interesse da comunidade e oportunizaram a capacitação dos conselheiros de saúde, entre outros conselheiros municipais, além de ter viabilizado parceria com órgãos como a CGU, que naquela oportunidade ofereceu material e treinamento, implantando-se um novo paradigma e uma nova realidade, o do conhecimento para a libertação e para a igualdade.

Os conselheiros entrevistados e a visita realizada pela pesquisadora no Município de Cururupu evidenciaram que a experiência das “Jornadas Jurídicas” garantiu, naquela oportunidade, um efetivo aumento no número de reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde, demonstrando um incremento na participação popular. Além disso, a observação livre permitiu verificar que os membros conhecem termos técnicos e manuseiam melhor prestação de contas, Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e os relatórios de gestão, diferencial garantido pela capacitação continuada, parte mediada e parte operada pelo Ministério Público.

A iniciativa de aproximação realizada pelo Ministério Público foi essencial para esse processo de fortalecimento do controle social exercido pelos conselhos municipais em Cururupu, principalmente pelo Conselho Municipal de Saúde, de modo que as práticas interinstitucionais se apresentaram como uma importante ferramenta de atuação. Verificou-se que os passos mais importantes foram a aproximação com a comunidade e a capacitação dos conselheiros. Os resultados sugerem, ainda, que a participação do promotor de justiça tem a potencialidade de acionar a máquina estatal e de mobilizar e articular a sociedade civil.

A partir da análise do projeto, pode-se afirmar que o êxito das “Jornadas Jurídicas” se deu em virtude de duas variáveis: (1) atuação no plano da informação para a população de uma forma geral e (2) procedimentos de capacitação técnica particularizados por setor de atuação dos serviços públicos.

A primeira variável buscou capacitar a sociedade civil local para (a) o exercício do direito de petição (art. 5º, XXXIV, “a”, CF/88), orientando como (b) exercer a representação formal para os agentes responsáveis pela fiscalização da administração pública e de que forma (c) realizar a articulação com o Ministério Público, formalizando a demanda com maior eficácia (datas, pedido e objeto identificáveis), uma vez que, se o conteúdo do Direito é mutável, a forma jurídica é irrenunciável. A segunda variável buscou aproximar e aliar gestão pública com o respectivo conselho setorial de fiscalização da administração

³⁷⁹ Ibid., p. 21.

pública, dentro da matriz de mediação da relação Estado/sociedade civil operada pelo Ministério Público.

Analisado o modelo implantado em Cururupu, é necessário refletir sobre a importância de uniformizar a iniciativa e o projeto “Jornadas Jurídicas” como política institucional, para que essas ações possam ser desenvolvidas em outras comarcas, criando-se uma rede de práticas interinstitucionais uniformes que garantam continuidade e resolutividade à linha de atuação, mas com uma margem para que cada promotor de justiça possa, dentro da independência funcional e com autonomia, adaptar e adequar essa diretriz institucional às necessidades locais.

A proposta de revisitar a experiência de Cururupu tem o potencial de levar o Ministério Público a repensar as práticas institucionais a partir da atuação mais resolutiva e transformadora, no sentido das ações pedagógico-institucionais, que devem ser preponderantes para densificar políticas institucionais que permitam um fluxo de informações necessário ao exercício efetivo de direitos sociais por quem são os titulares desses direitos. O resultado prático da ação uniforme será a criação de uma rede de informações articuladas interinstitucionalmente que funcionará como meio ao efetivo controle dos deveres públicos e ao exercício dos direitos sociais pela sociedade civil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa articulou duas áreas complexas – Saúde e Direito – para analisar as práticas e as normas do Ministério Público do Maranhão para o fortalecimento do controle social exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde. Objetivou-se descrever o perfil dos conselhos e dos conselheiros de saúde no estado do Maranhão, analisar o nível de articulação interinstitucional entre promotores de justiça e Conselhos de Saúde dos municípios maranhenses e propor formas de atuação junto à sociedade e ao Estado para o fortalecimento da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde no exercício do controle social do SUS.

A participação popular é um dos pilares do SUS consagrados no art. 198, III, CF/88. Como instrumento de democracia participativa, tem a função de garantir à comunidade espaço direto na formulação, implementação e gestão das políticas públicas, afastando as práticas paternalistas e desenvolvendo o senso de responsabilidade comum.

Na defesa do regime democrático, a atuação do Ministério Público na seara sanitária deve direcionar não só para a garantia do direito à saúde, mas, sobretudo, para o correto funcionamento do sistema de saúde. A instituição ministerial deve focar sua atuação principalmente na defesa da democracia deliberativa, materializada na forma da participação popular, este último princípio do SUS preconizado na Constituição Federal.

A intervenção do Ministério Público é essencial para o fortalecimento do controle social exercido pelos Conselhos de Saúde no estado do Maranhão. A efetivação do controle social no SUS está para além da atuação dos seguimentos sociais no espaço institucional dos conselhos, requerendo a articulação de forças que defendam e representem o interesse coletivo em torno de um projeto para a defesa do direito à saúde. Todavia, no Ministério Público do Maranhão a interação com os Conselhos de Saúde ainda está marcada por práticas frágeis, isoladas e não uniformes e por um tímido e escasso discurso institucional.

No Brasil existem Conselhos de Saúde em todos os municípios brasileiros. Constatou-se na pesquisa que, no Estado do Maranhão, todos os 217 municípios possuem formalmente Conselhos Municipais de Saúde e no caso específico da Região de Saúde de Pinheiro, formada por 17 municípios organizados em 9 comarcas. Cada comarca possui um promotor de justiça com atribuições específicas e em cada município atua um Conselho de Saúde.

Por meio da pesquisa de campo foi possível observar que no perfil dos 17 conselheiros de saúde predomina o sexo masculino (64,7%), sendo 64,7 % casados (as);

52,9% com ensino médio e 47,1% possuem ensino superior; a profissão surge com bastante heterogeneidade (pescadores, lavradores, professores e estudantes), destacando-se os agentes comunitários de saúde com 35,2%; a faixa etária predominante foi a de 36 a 40 anos, com 35,2% dos conselheiros entrevistados. Dos entrevistados, 58,8% são membros, 35,3% exercem cargo de presidente e 5,9% exercem outras funções no CMS. Mais da metade dos entrevistados (64,7%) declarou não ter recebido nenhum curso na área de SUS.

O resultado da análise do perfil dos Conselhos de Saúde evidencia que todos possuem lei municipal de criação e Regimento Interno, muito embora tais documentos não tenham sido disponibilizados integralmente para a pesquisadora em três situações. Em pelo menos três municípios (Bacuri, Cedral e Turiaçu) os conselheiros de saúde foram encontrados com mandatos vencidos, de modo que os Conselhos de Saúde estavam sem funcionamento regular há vários meses. Mais da metade dos Conselhos de Saúde (58,8%) possui 12 membros, sendo que os demais tinham entre 8 e 16 membros titulares. Apenas em um dos municípios pesquisados a presidência do Conselho Municipal de Saúde existe como cargo nato do secretário municipal de Saúde, com previsão expressa na lei municipal e no Regimento Interno, de modo que em todos os demais (94,11%) a presidência é escolhida por eleição simples.

Além disso, dois importantes resultados foram encontrados: 1) nenhum dos 17 Conselhos de Saúde possui sede própria, funcionando em salas ou espaços improvisados nas Secretarias Municipais de Saúde; 2) ausência de estrutura mínima de trabalho, como computador, impressora, telefone e acesso à internet. Essas duas questões dificultam o trabalho dos conselheiros, o fluxo de informações e conhecimento com as demais instituições de controle, a visibilidade e a legitimidade perante o restante da população de cada município pesquisado.

Apesar dos resultados indicarem que não há uma parcela significativa de Conselhos de Saúde presidida pelos próprios secretários municipais de Saúde, restou evidente que estes ainda dificultam a sustentabilidade financeira dos conselhos e não corrigem distorções graves como ausência de sede própria, telefone e acesso à internet. Também não há fomento regular à capacitação técnica dos conselheiros, o que gera um controle sem qualidade, impedindo ou dificultando a defesa do interesse público em torno da política e da gestão de recursos públicos em saúde.

A maioria dos Conselhos Municipais de Saúde visitados se tornaram espaços capturados ou imobilizados pelo poder público, pois além da falta de autonomia dos conselheiros havia a falta de condições técnicas e materiais de trabalho, de forma que não se

tratava de um contexto de participação da comunidade no processo da gestão. Todavia, o Ministério Público pode atuar para convertê-los em espaços de luta para a conquista de mais poder dentro do Estado por meio de aproximação e participação das reuniões, fiscalização da estrutura necessária e integração da comunidade, favorecendo o acesso da sociedade ao controle social e à eficiência dos serviços de saúde.

No que diz respeito à articulação interinstitucional entre o Ministério Público e os Conselhos Municipais de Saúde, a maioria dos promotores de justiça entrevistados (85,7%) manifestou que a articulação com os demais órgãos de controle apresenta problemas ou limitações que afetam a atuação do Ministério Público, o que foi explicado por fatores como: desconhecimento dos membros do CMS, existência de um relacionamento apenas formal, falta de proximidade e frequência às reuniões ordinárias, reconhecimento passivo do desperdício do potencial de um relacionamento estratégico para a saúde no município.

Os conselheiros de saúde, por sua vez, apontam para pouca ou nenhuma interação com os demais órgãos de controle, inclusive com o Ministério Público, muito embora tenham reforçado a importância da participação do promotor de justiça nas reuniões.

A partir do diagnóstico realizado, espera-se provocar maior interação entre os órgãos, instituições e responsáveis pelo controle social no SUS, estabelecendo um espaço de discussão para fortalecimento e conscientização dos conselheiros a respeito de seus direitos e deveres de cidadania e da importância da participação efetiva e consistente da comunidade no Conselho de Saúde.

A atuação do Ministério Público junto aos Conselhos de Saúde somente será efetiva se tiver o condão de conferir força e legitimidade à participação popular no SUS. E a participação deve se dar após o enfrentamento das seguintes questões: a) conflito entre a linguagem técnica exigida e a linguagem leiga dos conselheiros nesse órgão; b) a tutela excessiva das instâncias governamentais sobre os Conselhos de Saúde, tornando-os meros aprovadores de suas políticas e relatórios. c) falta de recursos materiais para manter o conselho; d) falta de interesse em participar do conselho por parte da população e/ou falhas na representatividade.

É possível propor formas de atuação junto à sociedade e ao Estado para o fortalecimento da atuação dos CMS, para isso o Ministério Público pode: a) participar das reuniões ordinárias quando da apresentação do Plano Municipal de Saúde, da Programação Anual de Saúde e dos Relatórios de Gestão (Anual e Quadrimestrais); b) fiscalizar a escolha dos membros (representatividade) e a eleição para presidente; c) fiscalização da infraestrutura financeira, administrativa e física; d) recomendar a divulgação na comunidade das funções e

competências, trabalhos e decisões dos conselheiros e da composição do Conselho de Saúde; e) responsabilização judicial dos gestores pelo não cumprimento das resoluções dos Conselhos de Saúde e da Resolução 453/2012-CNS (dotação orçamentária para o bom funcionamento dos Conselhos de Saúde); f) estimular e exigir a capacitação dos conselheiros de saúde.

O agir institucional pode estimular o contato adequado com as demandas dos cidadãos que efetivamente sofrem com o mal funcionamento do sistema, condição essencial para que as carências propiciadas pela deficiência ou omissão do agir estatal possam ser identificadas de modo adequado e despertar uma reação mais resolutiva e condizente com o mister constitucional.

Todavia, todas essas medidas podem ser vistas como ações externas a serem operadas pelo Ministério Público, havendo a necessidade de considerar que também há ações internas a realizar, ou seja, medidas estruturais importantes, destacando-se inclusão de conhecimento técnico em saúde no processo de seleção (concurso) dos promotores de justiça e na formação continuada dos membros.

O presente estudo buscou favorecer a reflexão sobre a potencialidade da ampliação e intensificação do relacionamento entre Ministério Público e Conselhos Municipais de Saúde na realização do controle social que efetive o acesso aos serviços de saúde, bem como a necessidade de profissionalização dos conselheiros de saúde, a exemplo da que ocorreu com os conselheiros tutelares, que são eleitos, remunerados e submetidos a constante processo de capacitação e acompanhamento pelo Ministério Público, provocando a reavaliação da importância da formação, instrumentalização e profissionalização no exercício do controle social.

Porém, não finda as possibilidades de estudos posteriores, especialmente sobre “o papel dos conselheiros de saúde e a repercussão de sua atuação na comunidade”. Também podem ser pesquisadas “as implicações do princípio da autonomia funcional do Ministério Público para a implementação de práticas institucionais de interação com os órgãos de controle do SUS” e “repensando o voluntariado da atuação dos membros dos conselhos gestores e sua repercussão no fortalecimento do controle social”.

Após a incursão nos municípios pesquisados, conclui-se que o controle institucional no Sistema Único de Saúde no Estado do Maranhão realizado pelo Ministério Público é tímido e superficial, apesar das possibilidades, capacidades e atribuições conferidas pela Constituição Federal de 1988. Os Conselhos Municipais de Saúde, principal órgão de controle social do SUS, apresentam deficiências e limitações conhecidas do Ministério

Público, que ainda não orientou sua política institucional para um relacionamento próximo, constante e uniforme em todo o estado do Maranhão, por meio de práticas de diálogo interinstitucional.

A primeira prática a ser operada pelo Ministério Público é a integração MP/CMS/comunidade com a problemática da saúde. Ou seja, o Ministério Público deve tomar a iniciativa e criar estratégias institucionais uniformes para todas as comarcas que garantam o pleno funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde e a participação de todos no acompanhamento da gestão do sistema de saúde, fortalecendo o papel político dos conselheiros de saúde e qualificando o controle por meio de fomento à instrumentalização e profissionalização da estrutura dos CMS, estimulando a sua existência material e a aproximação com a população e suas demandas.

A comunidade deve ser aproximada das instâncias de controle, chamada à fiscalização da sociodiversidade na representatividade dos conselheiros escolhidos, a acompanhar a efetividade do funcionamento adequado do Conselho de Saúde, como condição para formulação e controle de melhores políticas públicas em saúde nos municípios do estado do Maranhão.

O desempenho do papel articulador do Ministério Público ambienta as melhores possibilidades da defesa do regime democrático, mas só atinge a excelência na obediência à Constituição Federal quando se aproxima das bases comunitárias, com a proximidade dos novos movimentos sociais e dos demais segmentos da sociedade civil, permitindo o fluxo interinstitucional necessário para o fortalecimento das instituições e das estratégias de defesa das políticas públicas.

A segunda prática a ser adotada pelo Ministério Público pode ser exigir, pelas vias extrajudiciais e judiciais, que em cada comarca do estado do Maranhão haja compromisso dos gestores da saúde na efetivação dos CMS, envolvendo sustentabilidade financeira e estrutural e o fortalecimento da cultura democrática e da gestão participativa. Também pode identificar e corrigir por meio de procedimentos e investigações quais são as deficiências encontradas que impedem ou dificultam a gestão democrática e transparente dos recursos na saúde, a começar por aquelas que comprometam a autonomia dos conselheiros em relação ao gestor da política de saúde.

A aproximação do MP, iniciada com a implementação institucional da frequência às reuniões ordinárias, potencializa o papel constitucional dos Conselhos de Saúde e do próprio MP, pois qualifica o controle e alimenta com informações que operacionalizam a função ministerial primordial de defesa da saúde pública.

Os dados coletados evidenciaram que há a necessidade do desenvolvimento de ferramentas de capacitação, tanto para os promotores de justiça como para os conselheiros de saúde, exigindo a integração de importantes colaboradores como a Corregedoria Geral do Ministério Público (CGMP), a Escola Superior do Ministério Público (ESMP) e o Centro de Apoio Operacional da Saúde (CAOP/Saúde), descortinando-se a interdisciplinaridade necessária para o conhecimento técnico do sistema de saúde.

É preciso romper paradigmas e a inércia e preparar o promotor de justiça para acessar a informação e se apropriar da compreensão do SUS, como essencial para que se implemente o direito à saúde preconizado na Constituição. Também é necessário fomentar a capacitação continuada dos conselheiros de saúde. O funcionamento dos conselhos da forma que foram encontrados pode estar dando lugar à ocorrência de crimes, além do dano coletivo à saúde pública pela falta de efetividade do SUS e pela falta de resolutividade da atuação das instituições responsáveis pelo controle social e pela defesa do direito à saúde.

Não há uma receita de bom funcionamento e interação, mas o ponto de partida é o Ministério Público procurar o Conselho de Saúde, tomar a iniciativa da interação institucional. Esse relacionamento traz vantagem para as duas instâncias. Para o Ministério Público existe o benefício imediato da legitimação, do conhecimento antecipado das demandas, do fortalecimento da atuação extrajudicial. Para os conselheiros de saúde traz o benefício do fortalecimento de sua atuação e, portanto, do controle sobre o SUS.

Em seguida, o MP pode utilizar o bom canal de comunicação e legitimidade que tem junto à sociedade para fomentar a participação social de todo e qualquer cidadão nos fóruns de discussão de políticas públicas, incluindo sujeitos e realizando intercâmbio com outras instâncias de controle participativas, para agregar valores democráticos, pluralidade de discursos e opiniões, oportunidade de gestão e decisão sobre os caminhos a serem adotados pelo Estado.

As limitações da presente pesquisa, portanto, estão localizadas na impossibilidade de identificação e esgotamento de todos os problemas que dificultam ou impedem o relacionamento mais funcional e ativo das instituições Ministério Público do Maranhão e Conselhos Municipais de Saúde, bem como na apresentação de soluções e proposições que não estejam apenas na superfície da questão, como estrutura de trabalho e capacitação, deixando de abordar questões históricas, sociais e simbólicas que podem melhor explicar e resolver o problema da pesquisa. Além disso, a explicação para alguns fenômenos complexos de ordem social, cultural e associativa, que exige uma imersão filosófica e antropológica, poderia estender a pesquisa para além do perfil originalmente pretendido dentro do Mestrado

Profissional.

Todavia, além dessas limitações de ordens científicas e metodológicas, existiram aquelas de ordem operacional que podem, em alguma proporção, ter perturbado a qualidade dos dados coletados. Foram elas: a dificuldade de localizar os entrevistados, o temor de alguns conselheiros em falar sobre o tema por medo de perseguição das autoridades locais ou mesmo por medo da figura da pesquisadora, que era também promotora de justiça e, portanto, evocava inicialmente a ideia de fiscalização e não de pesquisa; fraca divulgação do material sobre os Conselhos de Saúde em cada município.

A democratização e a efetivação da política de saúde nos municípios da Região de Saúde de Pinheiro dependem, entre outras coisas, do aprimoramento da relação MP/CMS, que num círculo virtuoso promoverá frutos de qualificação e fortalecimento do controle social exercido pelos Conselhos de Saúde nos municípios maranhenses. Os municípios maranhenses mudaram ao longo desses vinte anos de implantação do SUS e os atores sociais envolvidos com a saúde pública também. Com efeito, confirmam-se a importância do Ministério Público e a necessidade de reforçar sua atuação diante das demais instituições que realizam o controle social no SUS, mormente os Conselhos de Saúde.

As relações entre democracia, direito, política e saúde devem buscar valorizar as conquistas obtidas e o apoio recíproco entre as instituições para a identificação e correção dos erros e problemas na construção de novos caminhos para os desafios contemporâneos. Mas essas relações não podem ser esgotadas no presente trabalho, nem havia essa pretensão. Não se pretende propor formas estanques e salvíficas, nem houve a visão de um Ministério Público messiânico. Ao contrário, a proposta reconheceu que o arcabouço legislativo, já bastante desenvolvido, criou sujeitos institucionais que precisam ser alinhados na defesa do direito à saúde, da cidadania e dos ideais democráticos, não no formato “nós contra eles”, mas numa nova gramática de integração, pertencimento e emancipação.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Alberto Manuel Poletti. Mecanismos de participación popular em el derecho constitucional comparado latinoamericano: reflexiones sobre democracia y gobierno. In: CHAI, C.G.; BUSSINGUER, E. C. A.; MESQUITA, V.J.C. (Orgs.). **Ensaio crítico**: do político ao jurídico. Campo dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2016.

ALVES, José Márcio Maia. **Ação comunicativa e participação popular na formação e aperfeiçoamento de políticas públicas de interesses sociais**: uma proposta para a efetividade da participação popular, a partir da atuação do Ministério Público. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos Barros de. Velhos dilemas no provimento de bens e serviços de saúde: uma comparação dos casos canadense, inglês e americano. **Nova Economia**, v. 10, n. 2, 2009.

ARRUDA NETO, Pedro Thomé de. A implementação pela via judicial das políticas públicas na área da saúde mental: o papel do Ministério Público. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.6, n.1-3, p.38-61, 2005.

ASENSI, Felipe Dutra. **Indo Além da Judicialização**: o Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010. 206p:il.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade Civil e participação no Brasil democrático. In: _____. **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. Edições 70, 2011.

BARNES, Marian; COELHO, Vera Schattan. Social participation in health in Brazil and England: inclusion, representation and authority. **Health Expectations**, v. 12, n. 3, p. 226-236, 2009. p. 233.

BARTOLOMEI, Carlos Emanuel Fontes et al. Medicina e direito: atuação na integralidade destes dois saberes. **Diagn. Tratamento**, v. 15, n. 1, p.39-42, jan./mar. 2010.

BATISTA, Elizabeth da Costa; MELO, Elza Machado. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor saúde. **Cien Saúde Colet**, v. 16, n.1, p. 337-347, 2011.

BENETI, Anna M Canavarro. Considerações sobre o enfoque epistemológico do materialismo histórico dialético na pesquisa educacional. **Revista Ibero Americana de Educação**, São Paulo, n. 50, p. 1-15, sep. 2009.

BERCLAZ, Márcio Soares. **A Natureza Político-jurídica dos Conselhos Gestores no Brasil**: uma leitura a partir da política da libertação e do pluralismo jurídico. Curitiba: UFPR, 2013.

BISPO JUNIOR, J.P; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde**

Coletiva, v.18, n.1, p.7-16, 2013.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria constitucional da democracia participativa**: por um direito constitucional de luta e resistência; por uma nova hermenêutica; por uma repolitização da legitimidade. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 2004.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

_____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Recomendações para a constituição e estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/ma_-_pga_2008_-_cns_-_resolucao_33.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprovar as seguintes Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Revogada as Resoluções 33/1992 e a de nº 319/2002. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm>. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 236, seção 1, p. 57, col.v, 12 de junho 2012.

_____. Decreto 8.243/2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008> Acesso em: 15 nov.2016.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P. A. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BUSSINGER, Elda Coelho de Azevedo; PAULA, Rodrigo Francisco de. O direito entre o discurso político e o poder: estratégias para o estudo dos direitos fundamentais a partir das descobertas epistemológicas de Michel Foucault. In: CHAI, C.G.; BUSSINGUER, E. C. A.; MESQUITA, V.J.C. (Orgs.). **Direito, trabalho e desconhecimento: desafios contra os retrocessos em direitos humanos**. Campo dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2016. (Teoria política e sistemas de justiça, v.2). p.130-139.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1 jan./jun. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>> Acesso em: 07mar. 2016.

CHAI, Cássius Guimarães. Governo Local, controle social e ação contra a corrupção: a universalidade da experiência do município de Ribeirão Bonito/ SP – administração pública e sociedade: – instrumentos de participação da sociedade civil. In: MACEDO, M; PRAZERES, M. A. B. (Orgs.). **Democracia, transparência e desenvolvimento sustentável**. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2007.

_____; AMORIM, Maurício Oliveira. A corrupção e a teoria da escolha racional. In: COURA, Alexandre de Castro; CHAI, Cassius Guimarães. (Orgs.). **Mediação, Sistema de Justiça e Administração Pública: o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Advocacia Pública**. São Luís: Procuradoria Geral de Justiça do Estado do Maranhão/Jornal da Justiça/Cultura, Direito e Sociedade (DGP/CNPq/UFMA), 2014.

CONILL, Eleonor Minho. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 963-971, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2000000400015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 fev. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Dados gerais**: página inicial. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/index.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete Simões da et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Ed. Cortez, 2006. Disponível em: <<http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-6.pdf>> Acesso em 07 mar. 2016.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 15, p. 2437-2445, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018>> Acesso em: 21 fev. 2017.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. O Controle Social em Cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.1121-1137, 2011.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia**. São Paulo: Atlas, 2006.

FARIAS FILHO, M.C.; SILVA, N. A; MATHIS, A. Os limites da ação coletiva dos conselheiros municipais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1911-1919, 2014.

FERNANDES NETO, Antonio Joaquim. Ministério Público e direitos humanos: a construção permanente. **Caderno Mídia e Saúde Pública III**, p. 29-35, 2008.

FERREIRA, Claudemiro Soares. **Políticas públicas de fomento ao controle social: estudo da relação entre participação social e falhas na gestão pública em prefeituras municipais da região nordeste**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010.

FIGUEIREDO, H.C. **Saúde no Brasil: sistema constitucional assimétrico e as interfaces com as políticas públicas**. Curitiba: Juruá, 2015.

FRANCO, Maria Laura P Barbosa. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Brasília, DF: Liber Livro Editora, 2008 (Série Pesquisa, 6).

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GLOBEKNER, Osmir Antonio. **A Saúde entre o público e o privado: o desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos**. Curitiba: Ed. Juruá, 2011.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2011.

GOMES, Maurício Augusto. Ministério Público na Constituição de 1988: breves anotações. **Justitia**, São Paulo, v. 51, n. 145, p. 64-78, jan./mar. 1989. Disponível em: <<http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/25675>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

GOULART, Marcelo Pedroso. **Elementos para uma teoria geral do Ministério Público**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2013.

GUIZARDI, Francini Lube. **Controle social à gestão participativa: perspectivas (pós-soberanas) da participação política no SUS**. 2008. 259 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa. **Das necessidades humanas aos direitos: ensaio de sociologia e filosofia do direito**. Belo Horizonte, MG: Del Rey, 2009.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997b, v. 1.

_____. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997a. v. 2.

HOBBS, Thomas. **Diálogo entre um filósofo e um jurista**. São Paulo: Martin Claret, 2011.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Ed. 34, 2015.

LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. **Participação popular em saúde e Ministério Público**: contribuições para a efetivação do Sistema Único de Saúde. Florianópolis: UFSC, 2013.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. p. 38.

KELSEN, Hans. **A democracia**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

MACHADO, Eduardo de Paula. **Ministério Público, gestão social e os conselhos gestores de políticas públicas**. Lavras: UFLA, 2013.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. **Direito à saúde, integralidade e participação**: um estudo sobre as relações entre sociedade e Ministério Público na experiência de Porto Alegre. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza et al. Novos espaços e estratégias na gestão em saúde pública: notas sobre parcerias entre Conselhos de Saúde e Ministério Público. In: PINHEIRO, Roseni et al. **Gestão em Redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS, 2006. p.25-36.

MAZZILLI, Hugo Nigro. Os limites da independência funcional no Ministério Público. **Revista dos Tribunais**, RT 715/571, maio, 1995. Disponível em: <<http://www.mazzilli.com.br/pages/artigos/limitesindep.pdf>> Acesso em: 26 jan. 2017.

MOREIRA, M.R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

MÜLLER, Friedrich. **Direito, linguagem e violência**: elementos de uma teoria constitucional, I. Tradução de Peter Naumann. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 1995.

_____. **Quem é o povo?** a questão fundamental da democracia. 3. ed. Tradução de Peter Naumann. São Paulo: Max Limonad, 2003.

_____. **Métodos de trabalho do direito constitucional**. 3. ed. Tradução de Peter Naumann. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

_____. **Teoria estruturante do direito**. 2. ed. Tradução de Peter Naumann e Eurides Avance de Souza. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009a.

_____. **O novo paradigma do direito**: introdução à teoria e metódica estruturantes. 2. ed. Tradução de Peter Naumann e outros. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009b.

MARANHÃO. Resolução nº 44 de 16 de junho de 2011. Dispõe sobre a conformação das regiões de saúde. **Diário Oficial do Estado do Maranhão**, 2011.

_____. Ministério Público do Maranhão. Recomendação 03/2014 do Caop da Saúde. **Diário Oficial de Justiça do Estado**, São Luís, 2014. Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/arquivos/biblioteca/legislacao/recomendacoes/3644_03_saude.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.

MENDES, K.R. **Curso de Direito da Saúde**. São Paulo: Saraiva, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

NEUNER, Jörg. Os direitos humanos sociais. In: SARLET, IW, (Org.) **Jurisdição e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006. p. 145-168.

OLIVEIRA, Lúcia Conde de. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no nordeste brasileiro**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2006.

OLIVEIRA, Felipe Faria de. O Ministério Público Resolutivo: tensão entre a atuação preventiva e a autonomia institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.317-339, 2013.

OLIVEIRA, A.M.C; IANNI, A.M.Z; DALLARI, S.G. Controle Social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de; ANDRADE, Eli Iola Gurgel de; MILAGRES, Marcelo de Oliveira. Ministério Público e políticas de saúde: implicações de sua atuação resolutiva e demandista. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 3, p. 142-161, 2015.

OLIVEIRA, Lucia Conde de; PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Viena: ONU, 1948.

PACHECO, Marcos Antonio B. **Estado multicultural e direitos humanos: tópicos constitucionais dos direitos étnicos**. São Luís: UFMA, 2005.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIVA, Fernando Santana de; VAN STRALEN, Cornelis Johannes; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 487-498, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200487&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2017.

PEREIRA, Ana Lúcia et al. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PEREIRA, Claudia Fernanda de Oliveira. **Direito Sanitário: a relevância do Controle nas Ações e Serviços de Saúde**. Belo Horizonte: Ed. Fórum, 2004.

QUEIROZ, Fernanda Dayane dos Santos; CHAI, Cassius Guimarães. Universalidade do Direito à saúde e suas contradições no estado democrático. In: CHAI, Cassius Guimarães **Republicanismo entre ativismo judicial e a proibição de retrocesso**. Campo dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2016. (Série Tópicos em teoria do direito político). p.198.

RABELLO, LS. Estudo comparado Brasil e Canadá. In: _____. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. p. 107-155.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, E.C. de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. 2006. Monografia (Especialização em Saúde da Família), UNA-SUS, UNIFESP, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016.

RIBEIRO, Carla Fernanda de Barros. **O Ministério Público e o Controle Social: possibilidades de interação na construção da defesa e garantia do direito à saúde**. Londrina: [s.n.], 2008.

ROJAS, Rodrigo Cançado Anaya. **Participação Popular e Ministério Público no Brasil: defesa do regime democrático e dos interesses metaindividuais no marco de uma trajetória crítica dos direitos humanos**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2012.

ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do Contrato Social**. São Paulo: Ed. Nova Cultural LTDA, 1999. (Coleção Os Pensadores).

ROWE, R.; SHEPHERD, M. Public Participation in the New NHS: No Closer to Citizen Control?. **Social Policy & Administration**, v. 36, p. 275-290, 2002.

SAMPIERI, R. H. et al. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTANA, Priscila de. **Implementação do direito à saúde no município do Rio de Janeiro: Conselho Municipal de Saúde e Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cor do tempo quando foge: uma história do presente**. São Paulo: Cortez, 2014.

SANTOS, Elisama Carvalho dos. **O estado da arte e as dimensões do controle social:** atuação dos Conselhos Municipais de Assistência Social da Bacia do Rio Grande -Bahia 2014. 184 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Gestão Social), Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2014.

SANTOS, C.C.S.; BASTOS, L.R. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 266-273, 2011.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. Campinas: Ed. Saberes, 2009.

SCOREL, Sarah; MOREIRA, Rasga. Participação social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SHIMIZU, Helena Eri; MOURA, Luciana Melo de. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1180-1192, dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401180&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015136180>.

SILVA, Elizelma Maria da. **O Ministério Público e a defesa do direito à saúde:** um estudo sobre a atuação ministerial para a consolidação do SUS. 2009. 105f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

SILVA, Cláudio Valdivino; SILVA, Diego Ferreira Lima; SOUZA, Elza Maria. A participação da sociedade civil no setor de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n.2, p. 254-259, 2013.

SILVA, Tatiana Mareto; BUSSINGER, Elda Coelho de Azevedo. O positivismo como obstáculo epistemológico à produção do conhecimento jurídico: o dogmatismo e suas consequências para a formação do jurista. **Revista de Pesquisa e Educação Jurídica** Brasília, v. 2, n. 1, p. 214-234, jan./jun. 2016.

SILVEIRA, Thiago Sousa; CANÇADO, Airton Cardoso; PINHEIRO, Lauro Santos. A Participação no Conselho Municipal de Saúde de Imperatriz-MA na perspectiva da Gestão Social e da Cidadania Deliberativa. **AOS - Amazônia, Organizações e Sustentabilidade**, v. 3, n.1, p. 45-60, jan./jun.2014. Disponível em: <<http://www.bibliotekevirtual.org/revistas/AOS/v03n01/v03n01a03.pdf>> Acesso em: 30 mar. 2015.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: São Paulo: Atlas, 2007.

VAN STRALEN, C. J., et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30978.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

ZAMBON, V.D.; OGATA, M.N. Controle Social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.6, p. 921-927, 2013.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

O senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que se destina a analisar as práticas do Ministério Público do Maranhão para o fortalecimento do controle social exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde no estado do Maranhão.

Sua participação será respondendo uma entrevista, em que se deseja identificar o seu grau de escolaridade, treinamento profissional, participação em reuniões ordinárias, nível de articulação interinstitucional, nível de articulação com a comunidade, mecanismos institucionais à disposição do promotor de justiça, qualidade do controle exercido, estrutura de trabalho, dificuldades e limitações na sua atuação.

O senhor (a) não terá nenhum gasto e nenhum ganho financeiro por participar desta pesquisa. Os benefícios que o senhor (a) deverá esperar com a sua valiosa participação será a identificação das possibilidades de atuação conjunta para o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde.

Sempre que o senhor (a) desejar, serão oferecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. A qualquer momento, o senhor (a) poderá recusar participar do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que para isso sofra qualquer penalidade ou prejuízo.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação, sendo assim, em nenhum momento seu nome será divulgado, nem mesmo nas publicações que possam resultar deste estudo.

Pesquisador responsável (Orientador)
Prof. Dr. Marco Antonio Barbosa Pacheco

Pesquisador responsável (Orientando)
Ilma de Paiva Pereira
Cel.: 99114-5595(ipaiva@mpma.mp.br)

São Luís, ____/____/____.

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B - ENTREVISTA COM OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

I PARTE – FICHA CADASTRAL

- 1) Município de atuação
- 2) Idade
- 3) Sexo
- 4) Estado civil
- 5) Nível de escolaridade
- 6) Cursos recebidos na área do SUS
- 7) Entidade representada
- 8) Profissão
- 9) Função que ocupa na instituição

II PARTE – ROTEIRO

- 1) Participação em reuniões ordinárias – comparece regularmente
- 2) Nível de articulação com o MP e demais órgãos de controle – são encaminhadas denúncias ao MP? Durante os debates, os conselheiros fazem menção ao MP para fortalecer seus argumentos?
- 3) Nível de articulação com a comunidade – denúncias da comunidade são trazidas à plenária do conselho
- 4) Autonomia do conselheiro em relação aos gestores da política pública
- 5) Qualidade do controle exercido e estrutura de trabalho
- 6) Dificuldades e limitações na sua atuação
- 7) Eleição – presidência é cargo nato do gestor?

APÊNDICE C - ENTREVISTA COM OS PROMOTORES DE JUSTIÇA

I PARTE – FICHA CADASTRAL

- 1) Município de atuação
- 2) Idade
- 3) Sexo
- 4) Estado civil
- 5) Tempo na instituição
- 6) Cursos recebidos na área do SUS

II PARTE – ROTEIRO

- 1) Participação em reuniões ordinárias – participou de quantas reuniões em 2016?
- 2) Nível de articulação com o CS e demais órgãos de controle – costuma receber denúncias dos conselheiros ou fazer atendimento para tratar de assuntos relacionados à saúde com os conselheiros
- 3) Nível de articulação com a comunidade – já realizou reuniões ou audiências públicas com a comunidade para tratar da necessidade de participação popular ou sobre proposição de demandas nas reuniões ordinárias
- 4) Interação do promotor de justiça com o Centro de Apoio Operacional da Saúde – como aprimorar
- 5) Mecanismos institucionais a disposição do promotor de justiça – conhecimento de resoluções, abertura de procedimentos etc.
- 6) Qualidade do controle exercido – avaliação do controle exercido pelo MP e do controle exercido pelos CS
- 7) Estrutura de trabalho
- 8) Dificuldades e limitações na sua atuação

APÊNDICE D - QUADRO RESUMO DAS ENTREVISTAS COM OS PROMOTORES DE JUSTIÇA

Promotor de justiça	Participação nas reuniões	Articulação com o CMS	Articulação com a comunidade	Articulação com o CAOP da Saúde	Qualidade do controle	Mecanismos institucionais	Estrutura de trabalho	Dificuldades
PJ1	NÃO	RUIM	possui credibilidade; não teria dificuldades em mobilizar os cidadãos	RUIM	REGULAR	NÃO	Não impede a atuação	Capacitação, solução de continuidade na ocasião de remoções e peso da atuação judicial na PGJ
PJ2	NÃO	RUIM	RUIM	RUIM	RUIM	NÃO	Não impede a atuação	Capacitação, ausência de planejamento institucional, uniformização das estratégias
PJ3	NÃO	RUIM	possui credibilidade; não teria dificuldades em mobilizar os cidadãos	RUIM	RUIM	NÃO	Não impede a atuação	Capacitação e relação com o gestor
PJ4	NÃO	RUIM	possui credibilidade; não teria dificuldades em mobilizar os cidadãos	RUIM	NÃO AFERIU	NÃO	Não impede a atuação	Capacitação e vícios na eleição dos membros
PJ5	SIM	BOA	possui credibilidade; não teria dificuldades em mobilizar os cidadãos	RUIM	BOM	SIM	Não impede a atuação	Capacitação e relação com o gestor
PJ6	NÃO	RUIM	possui credibilidade; não teria dificuldades em mobilizar os cidadãos	RUIM	REGULAR	SIM	Não impede a atuação	Capacitação, recursos humanos na PJ, integração e uniformização da atuação
PJ7	NÃO	RUIM	possui credibilidade; não teria dificuldades em mobilizar os cidadãos	RUIM	RUIM	NÃO	Não impede a atuação	Capacitação de membros e servidores

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

APÊNDICE E - QUADRO RESUMO DAS ENTREVISTAS COM OS CONSELHEIROS DE SAÚDE

Conselheiro de saúde	Participação nas reuniões (2016)	Articulação com o MP	Articulação com a comunidade	Autonomia em relação ao gestor	Qualidade do controle	Mecanismos institucionais	Estrutura de trabalho	Dificuldades
CS1	Compareceu, mas não houve quórum; acredita que a presença do MP alteraria a falta de quórum recorrente	RUIM (não tem)	RUIM, população não conhece os conselheiros de saúde e não participa das reuniões	SIM	RUIM	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, sem placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Estrutura de trabalho -Poder de fala -Desrespeito às deliberações do CMS pelo gestor
CS2	Comparece. Não são reuniões mensais. Relata episódios em que as reuniões foram suspensas quando a posição do gestor foi contestada	RUIM, mas acredita que é importante para fluir as denúncias e para que o MP se aproprie da realidade de saúde local	RUIM, população não conhece os membros do CMS, não participa das reuniões e não há divulgação	SIM	RUIM	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, sem placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Descumprimento das deliberações do CMS pelo gestor, causando sentimento de desautorização -Distanciamento com MP -Falta de estrutura (sede e demais equipamentos) -Falta de mobilização social
CS3	Comparece. Não são reuniões mensais. Relata episódios em que as reuniões foram suspensas por falta de quórum	RUIM	RUIM, a população está desestimulada em participar	SIM	RUIM, relata episódio em que assinou documentos sem ler	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, sem placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis - Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Estrutura de trabalho -Baixa divulgação da importância e função do CMS -Desrespeito às deliberações do CMS pelo gestor

Conselheiro de saúde	Participação nas reuniões (2016)	Articulação com o MP	Articulação com a comunidade	Autonomia em relação ao gestor	Qualidade do controle	Mecanismos institucionais	Estrutura de trabalho	Dificuldades
CS4	Comparece. São reuniões mensais	RUIM	RUIM, a população está desestimulada em participar, não conhece os membros e não há divulgação	SIM	SIM	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, sem placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	Capacitação e estrutura
CS5	Comparece. Não são reuniões mensais. Relata episódios em que as reuniões foram suspensas por falta de quórum	RUIM	RUIM, a população está desestimulada em participar, não conhece os membros e não há divulgação	SIM	REGULAR	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, COM placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Estrutura de trabalho -Baixa divulgação da importância e função do CMS -Desrespeito às deliberações do CMS pelo gestor -Ausência do MP -Falta de interesse dos conselheiros e da população
CS6	Comparece. Não são reuniões mensais. Relata episódios em que as reuniões foram suspensas por falta de quórum	RUIM	RUIM, a população está desestimulada em participar, não conhece os membros e não há divulgação	SIM, mas indica que não há autonomia dos demais membros	RUIM, “o povo assina e vai embora”	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, sem placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Falta de interação entre os conselheiros -Estrutura de trabalho -Baixa divulgação da importância e função do CMS -Desrespeito às deliberações do CMS pelo gestor
CS7	Comparece. São reuniões mensais, mas relata episódios em que as reuniões foram suspensas por falta de quórum	REGULAR, mas precisa melhorar	RUIM -comunidade não participa, nem conhece os membros do CMS -não há divulgação das atividades na comunidade	SIM, cita episódios de retaliação motivados pela sua autonomia	REGULAR	NÃO CONHECE	-Sala no posto de saúde, SEM placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Estrutura de trabalho

Conselheiro de saúde	Participação nas reuniões (2016)	Articulação com o MP	Articulação com a comunidade	Autonomia em relação ao gestor	Qualidade do controle	Mecanismos institucionais	Estrutura de trabalho	Dificuldades
CS8	Comparecia. Não eram reuniões mensais. Relata episódios em que as reuniões foram suspensas por falta de quórum. Mandato acabou em maio de 2015 e estão desde lá sem eleições convocadas	Não existe, mas reconhece a importância	RUIM -comunidade não participa, nem conhece os membros do CMS -não há divulgação das atividades na comunidade -relaciona a falta de interesse da população com a falta de sede e de visibilidade	SIM, cita episódios de retaliação motivados pela sua autonomia	RUIM, informa que durante o seu mandato nunca houve a apresentação de prestação de contas	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, COM placa na porta, que mal cabe os conselheiros; -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Estrutura de trabalho, pela falta da sede e do apoio financeiro para o funcionamento do CMS -Ausência do MP
CS9	Compareceu apenas uma vez. Não são reuniões mensais. Relata episódios em que as reuniões foram suspensas por falta de quórum	Não existe, mas reconhece a importância	RUIM -comunidade não participa, nem conhece os membros do CMS -não há divulgação das atividades na comunidade	SIM	RUIM	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, sem placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Estrutura de trabalho -Dificuldades no relacionamento com o gestor
CS10	Comparece. São reuniões mensais, mas relata episódios em que as reuniões foram suspensas por falta de quórum	Não existe, mas reconhece a importância	RUIM -comunidade não participa, nem conhece os membros do CMS -não há divulgação das atividades na comunidade	SIM, embora seja funcionário público contratado da atual gestão	REGULAR	NÃO CONHECE	-Sala no NASF, sem placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Falta de participação dos conselheiros -Estrutura de trabalho -Falta de remuneração para viabilizar o deslocamento e o tempo dos membros à disposição das atividades do CMS

Conselheiro de saúde	Participação nas reuniões (2016)	Articulação com o MP	Articulação com a comunidade	Autonomia em relação ao gestor	Qualidade do controle	Mecanismos institucionais	Estrutura de trabalho	Dificuldades
CS11	Comparecia. Não eram reuniões mensais. Relata desistência da função depois de ingerências do gestor. Mandato acabou em setembro de 2016 e estão desde lá sem eleições convocadas	Não existe, mas reconhece a importância	RUIM -comunidade não participa, nem conhece os membros do CMS -não há divulgação das atividades na comunidade -acha que a falta de sede gera desestímulo na população	SIM, mas relata que todos os demais conselheiros de saúde eram “do lado do prefeito”, além de apontar vícios na representatividade e e convocação	NÃO AVALIOU	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, sem placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Ausência de apoio do MP -Estrutura (sede)
CS12	Comparece. São reuniões mensais. Apesar de reclamar da participação dos membros, não houve relato de episódios em que as reuniões tenham sido suspensas por falta de quórum	Muito boa, constante e efetiva	REGULAR, pois apesar da divulgação das reuniões e do papel do CMS, a população participa pouco	SIM	SIM	SIM	-Sala na SMS, COM placa na porta -Tem equipamentos de informática disponíveis -Tem apoio administrativo	-Autonomia ou apoio financeiro -Capacitação -Falta de remuneração para viabilizar o deslocamento e o tempo dos membros à disposição das atividades do CMS
CS13	Comparece. São reuniões mensais, mas relata episódios em que as reuniões foram suspensas por falta de quórum. Relata atrasos, excesso de linguagem técnica que impede que ela compreenda e falta da atividade do planejamento	Não existe, mas reconhece a importância	RUIM -comunidade não participa, nem conhece os membros do CMS -não há divulgação das atividades na comunidade	SIM, mas relata que alguns conselheiros são cooptados pelo gestor de forma indireta, através da oferta de emprego a seus familiares	RUIM	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, sem placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Estrutura de trabalho -Ausência de apoio do MP

Conselheiro de saúde	Participação nas reuniões (2016)	Articulação com o MP	Articulação com a comunidade	Autonomia em relação ao gestor	Qualidade do controle	Mecanismos institucionais	Estrutura de trabalho	Dificuldades
CS14	Comparecia. Não eram reuniões mensais. Relata desistência da função depois de ingerências do gestor. Mandato acabou em fevereiro de 2016 e estão desde lá sem eleições convocadas	Não existe, mas reconhece a importância	RUIM -comunidade não participa, nem conhece os membros do CMS -não há divulgação das atividades na comunidade	SIM, mas relata que todos os demais conselheiros de saúde eram “do lado do prefeito”	PÉSSIMO	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, sem placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	Estrutura e Capacitação
CS15	Comparece. São reuniões mensais, mas relata episódios em que as reuniões foram suspensas por falta de quórum	Não existe, mas reconhece a importância, principalmente para fazer com que o gestor passe a respeitar e atender as deliberações do CMS	RUIM -comunidade não participa, nem conhece os membros do CMS -não há divulgação das atividades na comunidade	SIM	BOA	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, sem placa na porta -Tem equipamentos de informática disponíveis -Tem apoio administrativo	-Descumprimento pelo gestor das deliberações do CMS -Capacitação -Estrutura
CS16	Comparece. São reuniões mensais, mas relata episódios em que as reuniões foram suspensas por falta de quórum. No período eleitoral as reuniões foram suspensas e até a realização das entrevistas ainda não tinham sido retomadas	Não existe, mas reconhece a importância	RUIM -comunidade não participa, nem conhece os membros do CMS -não há divulgação das atividades na comunidade	SIM, mas relata retaliações e suspensão das reuniões quando as decisões contrariam o gestor	RUIM	NÃO CONHECE	-Sem sala predefinida, ou na SMS ou na própria Prefeitura, sem placa na porta -Não tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Estrutura -Capacitação -Falta de remuneração para viabilizar o deslocamento e o tempo dos membros à disposição das atividades do CMS -Dificuldades no relacionamento com o gestor

Conselheiro de saúde	Participação nas reuniões (2016)	Articulação com o MP	Articulação com a comunidade	Autonomia em relação ao gestor	Qualidade do controle	Mecanismos institucionais	Estrutura de trabalho	Dificuldades
CS17	Comparece. São reuniões mensais, com boa participação. Não houve relato de episódios em que as reuniões tenham sido suspensas por falta de quórum	BOM e reconhece a importância da atuação conjunta	REGULAR -comunidade participa somente na apresentação da prestação de contas, conhece os membros do CMS e há divulgação das atividades na rádio comunitária	SIM	BOA	NÃO CONHECE	-Sala na SMS, sem placa na porta -Tem equipamentos de informática disponíveis -Não tem apoio administrativo	-Capacitação -Estrutura -Interação com o MP -Qualificação da participação da comunidade

Fonte: Elaborado pela autora (2017).