



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA- MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA - UFSB
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE

BETÂNIA DO AMARAL E SOUZA

PARTICIPAÇÃO, SOCIEDADE CIVIL E A CAPACIDADE DE INFLUENCIAR
POLÍTICAS SOCIAIS: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas

PORTO SEGURO – BAHIA

2020



BETÂNIA DO AMARAL E SOUZA

**PARTICIPAÇÃO, SOCIEDADE CIVIL E A CAPACIDADE DE INFLUENCIAR
POLÍTICAS SOCIAIS: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade, Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal Sul da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Estado e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Estado, Instituições e Governança.

Orientadora: Sandra Adriana Neves Nunes.

PORTO SEGURO – BAHIA

2020

Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia - Sistema de Bibliotecas

S729p Souza, Betânia do Amaral e, 1988 -
Participação, sociedade civil e a capacidade de influenciar políticas
sociais: o caso do conselho municipal de saúde de Teixeira de Freitas. /
Betânia do Amaral e Souza. – Porto Seguro, 2020.
183 f.

Orientadora: Sandra Adriana Neves Nunes
Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Sul da Bahia.
Campus Sosígenes Costa. Programa de Pós-graduação em Estado e
Sociedade.

1. Participação Social. 2. Conselhos de Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4.
Política de Saúde. 5. Teixeira de Freitas. I. Nunes, Sandra Adriana
Neves. II. Título.

CDD: 361.6

**PARTICIPAÇÃO, SOCIEDADE CIVIL E A CAPACIDADE DE INFLUENCIAR
POLÍTICAS SOCIAIS: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas**


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade, Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal Sul da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Estado e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Estado, Instituições e Governança.

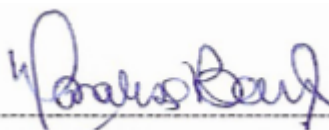
Porto Seguro - Ba, 10 de junho de 2020.



Sandra Adriana Neves Nunes
UFSB/PPGES
(Orientadora)



Rafael Andres Patino Orozco
UFSB/PPGES



Monalisa Nascimento dos Santos Barros
UESB

Penso em minha filha, Sofia. Estou emocionada e as lágrimas correm livremente... A ela não sei explicar a imensidão do meu amor, dedico-lhe este trabalho!

AGRADECIMENTOS

Enfim chegou o momento tão almejado! Momento que me deixa aliviada e com a sensação de dever cumprido. Também é o momento de agradecer! Toda persistência e esforços seriam em vão se eu não pudesse contar com vocês! Então, para realmente tornar esse trabalho completo, quero agradecer a todos que me ajudaram e estiveram presentes nessa realização.

Começo agradecendo a Deus, pois sem Ele nada seria possível! Somente o Senhor sabe quantas foram as angústias que passei, mas, mesmo diante de tantas dificuldades cuidou de mim e tornou o meu sonho possível. Obrigada Senhor pela força, ânimo e coragem!

Agradeço à Universidade Federal do Sul da Bahia por ser um espaço que privilegia o conhecimento e onde todas as ideias são bem recebidas, bem como ao Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade, pela oportunidade de desenvolver este trabalho e por contribuir com a minha formação acadêmica.

Toda a minha gratidão ao corpo docente do PPGES e, em especial, à minha querida orientadora professora Sandra Nunes! Que presente! Agradeço por ter acolhido o meu projeto, as minhas ideias e por me ajudar a desenvolvê-las. Obrigada pela disponibilidade de sempre, pela orientação incansável, por sua atenção, apoio e intervenções que enriqueceram este trabalho! A senhora contribuiu com o meu amadurecimento acadêmico e profissional!

Aos professores Rafael Andres Patino Orozco e Monalisa Nascimento dos Santos Barros, membros da banca, por cooperarem com o amadurecimento das ideias e com a construção do percurso metodológico para concretização dessa pesquisa. Muito obrigada!

Às turmas do PPGES 2018 e 2019! Agradeço pelo companheirismo, pelos momentos de descontração com muitas risadas e pelas caronas!!! Não sei o que seria de mim sem vocês!

Agradeço à minha irmã, por me convidar a entrar nessa grande aventura e confiar mais em mim do que eu mesma! E ao meu irmão pela disponibilidade nas caronas de madrugada até a rodoviária de Teixeira de Freitas.

Aos meus pais, pelo constante apoio e amor dedicados a toda minha vida, bem como à confiança que me motivou a prosseguir na vida acadêmica. Gratidão eterna!

À minha linda filha, Sofia, meu amor, minha vida... espero poder recompensá-la de tantas ausências durante esse processo... obrigada por compreender minha incessante busca pelo conhecimento. Minha filha, faça isso por você!

Ao meu noivo Eujácio, meu incentivador e grande companheiro nesta difícil jornada. Obrigada, amor, pelas dicas e por às vezes me resgatar das leituras para que eu pudesse “respirar”!

Ao Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas, em especial aos conselheiros Ailton e Félix! Obrigada pela compreensão e acolhimento aos meus inúmeros pedidos! Vocês sempre me receberam com paciência e cordialidade durante esse período de pesquisa.

Quero registrar o meu carinho por todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão dessa jornada! Desejo sucesso em suas caminhadas.

RESUMO

Os conselhos de saúde são reconhecidos no Brasil como espaços para interação da sociedade com o Estado nas decisões políticas sobre o Sistema Único de Saúde, sendo uma importante inovação democrática que oferece oportunidade para que aqueles que usam os serviços do SUS participem do seu planejamento. A deliberação é o principal instrumento de negociação destes órgãos que tende a gerar decisões mais eficientes e mais democráticas, com vistas a possibilitar o caráter transformador e ativo dos conselhos. Contudo, a disseminação dessas instituições pelo país tem revelado alguns problemas, dentre eles, a real capacidade delas em operar e tomar decisões que se traduzam em práticas no âmbito da gestão pública. Partindo desse contexto, buscou-se verificar a efetividade deliberativa do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (CMS/TF) nos anos de 2018 e 2019 no que tange à sua função propositiva, a partir da compreensão do seu desenho institucional e do seu processo decisório, adotando-se para tanto, os modelos de análise desenvolvidos por Faria (2007) e Faria e Ribeiro (2010) e a base teórica-metodológica de Souza e Heller (2019). Dessa forma, a pesquisa foi desenvolvida em duas etapas distintas: pesquisa documental e pesquisa de campo. A primeira incluiu a análise de conteúdo das legislações que criaram e regulamentaram o CMS/TF, do seu Regimento Interno, bem como das atas e resoluções produzidas por ele no biênio citado. A segunda correspondeu às entrevistas semiestruturadas com os sujeitos que integram ou já integraram o espaço de interlocução do Conselho e, ainda, com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Verificou-se com este estudo que o Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas encontra dificuldades para exercer o seu trabalho, cumprindo parcialmente o papel para o qual foi criado. Desta forma, apresentou grau médio de efetividade deliberativa, destacando-se como uma instituição que exerce, predominantemente, a função de controle sobre as políticas de saúde municipais. O estudo reconhece que, apesar do Conselho não ter se apresentado como proponente de políticas públicas, não deixa de ser um espaço importante para a deliberação, visto que se mostrou permeável à inclusão de vários atores sociais. Constatou-se que a superação dos obstáculos encontrados perpassa pela existência e valorização de um projeto político participativo pela gestão e pelo envolvimento daqueles que se comprometeram a exercer a função de conselheiro de saúde. Sugere-se, para estudos futuros, agregar outros elementos avaliativos para se obter informações sobre o destino das decisões, possibilitando verificar em que medida houve, de fato, a implementação das deliberações do CMS de Teixeira de Freitas no âmbito das políticas públicas de saúde do município.

Palavras-Chave: Participação Social; Conselhos de Saúde; Gestão em Saúde; Política de Saúde; Teixeira de Freitas.

ABSTRACT

Health Councils are recognized in Brazil as spaces for society to interact with the State in political decisions about the Unified Health System (SUS), being an important democratic innovation that offers an opportunity for those who use SUS's services to participate in its planning. Deliberation is the main negotiating instrument of these bodies that tends to generate more efficient and more democratic decisions, in order to enable the transformative and active character of the council. However, the dissemination of these institutions throughout the country has revealed some problems, among them, their real capacity to operate and make decisions that translate into public management practices. From this context, we sought to verify the deliberative effectiveness of the Teixeira de Freitas Municipal Health Council (CMS / TF) in the years 2018 and 2019 regarding its propositional function, from the understanding of its institutional design and its decision-making process, adopting the analysis models developed by Faria (2007) and Faria and Ribeiro (2010) and the theoretical and methodological basis of Souza and Heller (2019). Thus, the research was developed in two distinct stages: Documentary research and field research. The first included the content analysis of the legislation that created and regulated the CMS / TF, of its Internal Regulation, as well as its minutes and resolutions in the mentioned biennium. The second corresponded to the semi-structured interviews with the subjects who are part of or used to be part of the council's dialogue space, and also with the technical team of the Municipal Health Department. It was verified with this study that the Teixeira de Freitas Municipal Health Council encounters difficulties to perform its work, partially fulfilling the role for which was created. In this way, it presented a median degree of deliberative effectiveness, standing out as an institution that predominantly exercises the function of control over municipal health policies. The study recognizes that, despite the fact that the council did not present itself as a proponent of public policies, it is still an important space for deliberation, since it proved to be permeable to the inclusion of various social actors. It was found that overcoming the obstacles encountered involves the existence and appreciation of a participatory political project through the management and involvement of those who have committed to exercise the function of health counselor. It is suggested, for future studies, to add other evaluative elements to obtain information on the direction of decisions, making it possible to verify the extent to which, in fact, the implementation of the deliberations of the Teixeira de Freitas's CMS within the scope of public health policies of the County.

Key words: Social Participation; Health Councils; Health Management; Health Policy; Teixeira de Freitas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Serviços de Média e Alta complexidade – Teixeira de Freitas- BA	31
Quadro 2 - Documentos que tratam direta ou indiretamente das atribuições do CMS/TF.....	37
Quadro 3 - Graus de capacidade deliberativa	45
Quadro 4 - Artigos encontrados nos bancos de dados (SciELO/Google Acadêmico) sobre os Conselhos Municipais de Saúde, com foco em sua efetividade deliberativa	77
Quadro 5 - Composição do CMS/TF conforme o seu Regimento Interno.....	91
Quadro 6 - Grau de institucionalização do CMS/TF.....	95
Quadro 7 - Grau de democratização do CMS/TF.....	95
Quadro 8 - Grau de representação do CMS/TF.....	95
Quadro 9 - Estrutura do CMS/TF -2018 e 2019.....	96
Quadro 10 - Reuniões do CMS/TF registradas nos anos de 2018 e 2019	101
Quadro 11 - Composição do CMS/TF – 2018.....	103
Quadro 12 - Composição do CMS/TF – 2019.....	104
Quadro 13 - Apuração do grau de institucionalização do CMS/TF.....	110
Quadro 14 - Apuração do grau de democratização do CMS/TF.....	110
Quadro 15 - Apuração do grau de representação do CMS/TF.....	110
Quadro 16 - Demonstração das pautas das reuniões que geraram debates, conforme registro das atas de reuniões do CMS/TF nos anos de 2018 e 2019.....	114
Quadro 17 - Resoluções decorrentes de deliberações ocorridas em reuniões do CMS/TF - 2018 e 2019.....	131
Quadro 18 - Graus de capacidade deliberativa do CMS/TF nos anos de 2018 e 2019.....	133

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da macrorregião do Extremo Sul Baiano	28
Figura 2 - Mapa da região de saúde de Teixeira de Freitas	29
Figura 3 - SUS: Formulação de políticas e participação no processo social	72
Figura 4 - Estrutura institucional e decisória do SUS	72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de intervenções por segmento participante das reuniões plenárias do CMS/TF – 2018 e 2019.....	121
Gráfico 2 - Temas discutidos nas reuniões plenárias do CMS/TF – 2018 e 2019.....	124
Gráfico 3 - Funções prevalentes no CMS/TF – 2018 e 2019.....	126
Gráfico 4 - Resoluções do CMS/TF publicadas e não publicadas nos anos de 2018 e 2019.	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios da Macrorregião Extremo Sul Baiano	29
Tabela 2 - Número de reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS/TF de 01/2018 a 12/2019.....	112
Tabela 3 - Frequências dos conselheiros às reuniões do CMS/TF nos anos 2018 e 2019.....	119
Tabela 4 - Número de intervenções e porcentagens por segmento participante das reuniões plenárias do CMS/TF – 2018 e 2019.....	120
Tabela 5 - Frequências e porcentagens dos temas discutidos nas reuniões plenárias do CMS/TF – 2018 e 2019.....	123
Tabela 6 - Funções prevalentes no CMS/TF – 2018 e 2019.....	125
Tabela 7 - Resoluções do CMS/TF publicadas e não publicadas nos anos de 2018 e 2019.....	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADRT	Acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho
BA	Bahia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDL	Câmara dos Dirigentes Lojistas
CE	Ceará
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMS/BH	Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte
CMS/TF	Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMUSA	Conselho Municipal de Saneamento de Belo Horizonte
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRF/BA	Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia
CSAMAE	Conselho Superior da Agência Reguladora Municipal de Água e Esgoto de Belém
CTA/SAE	Centro de Testagem e Aconselhamento / Serviço de Atendimento
CTO	Centro de Traumatologia e Ortopedia
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DF	Distrito Federal
DOE	Diário Oficial do Estado

DOM	Diário Oficial do Município
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HMTF	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LDO	Lei de Diretriz Orçamentária
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPs	Orçamentos Participativos
PA	Pará
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PIB	Produto Interno Bruto
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PPA	Plano Plurianual
PR	Paraná
PSP	Programa de Saúde Prisional
PT	Partido dos Trabalhadores
RI	Regimento Interno
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINDACESB	Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Endemias do Extremo Sul da Bahia
SINDEC	Sindicato dos Empregados do Comércio de Teixeira de Freitas
SINTREXBEM	Sindicato dos Trabalhadores na Silvicultura, no plantio, nos tratos culturais, extração e beneficiamento da madeira em atividades florestais e indústrias moveleiras no Extremo Sul da Bahia
SP	São Paulo
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSB	Universidade Federal do Sul da Bahia
UMMI	Unidade Municipal Materno-Infantil
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 METODOLOGIA	27
2.1 LOCAL DA PESQUISA	27
2.1.1 Rede assistencial de saúde de Teixeira de Freitas	30
2.1.2 Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas – CMS/TF.....	33
2.2 TIPO DE PESQUISA	35
2.3 ETAPAS DA PESQUISA	36
2.3.1 Pesquisa documental.....	36
2.3.2 Pesquisa de Campo.....	38
2.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39
2.5 ANÁLISE DE DADOS.....	40
2.5.1 Pesquisa documental.....	40
2.5.2 Entrevistas.....	45
2.6 GARANTIAS ÉTICAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	46
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	48
3.1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DEMOCRACIA.....	48
3.2 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO BRASIL.....	52
3.2.1 Participação popular no Brasil.....	52
3.2.2 Conselhos gestores como canais de participação cidadã e controle social.....	57
3.2.2.1 <i>O processo de deliberação e a efetividade do conselho gestor.....</i>	<i>59</i>
3.2.2.2 <i>Disseminação dos conselhos e dificuldades para a sua efetividade.....</i>	<i>62</i>
3.3 OS CAMINHOS PERCORRIDOS PARA UMA GESTÃO DEMOCRÁTICA DA SAÚDE	65
3.3.1 Uma abordagem histórica do Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil	65
3.3.2 Saúde como direito: principais leis	67
3.3.3 Representação e controle social na saúde	70
3.4 ESTUDOS QUE VERSAM SOBRE O FUNCIONAMENTO DOS CMS E SUA EFETIVIDADE DELIBERATIVA: LIMITES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS.....	75
4. PARTICIPAÇÃO, SOCIEDADE CIVIL E A CAPACIDADE DE INFLUENCIAR POLÍTICAS SOCIAIS: O CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA DE FREITAS.....	84

4.1 DESENHO INSTITUCIONAL E COMPETÊNCIAS.....	85
4.1.1 Aspectos legais da criação do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas..	85
4.1.2 Institucionalização do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas.....	89
4.1.3 O exame dos graus de institucionalização, de democratização e de representação do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas.....	94
4.1.4 Dinâmica de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas: entre o legal e o real.....	96
4.2 A CAPACIDADE DELIBERATIVA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA DE FREITAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DECISÓRIO.....	111
4.2.1 A influência dos atores no debate do Conselho: investigando a igualdade deliberativa.....	113
4.2.2 Temas dominantes no Conselho Municipal de Teixeira de Freitas: a participação sociopolítica no Conselho.....	122
4.2.3 Resoluções do Conselho: a materialização das deliberações.....	130
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	142
APÊNDICES.....	156
ANEXOS.....	184

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação versa sobre a efetividade da participação da sociedade civil no planejamento, na avaliação e no controle do sistema público de saúde, em seus distintos níveis. Ela está integrada à Linha de Pesquisa “Estado, Instituições e Governança”, do Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade da Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB.

O interesse em estudar o campo das políticas públicas em saúde e, especificamente, a participação e o controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), partiu da minha experiência como secretária executiva do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (CMS/TF) no período de 2013 a 2016. Nessa, foi possível observar uma constante batalha travada entre a gestão e a sociedade civil, em que esta buscava maior autonomia nas decisões e rumos do CMS/TF e, conseqüentemente, mais influência nas políticas públicas em saúde. Alguns avanços foram vivenciados neste período e cada conquista em relação ao crescimento da participação social foi comemorada pelos usuários e trabalhadores. A exemplo, em 27 de julho de 2015 foi sancionada a Lei Municipal nº 893/2015 que alterou dispositivos da Lei Municipal nº 278/2002 de 21 de março de 2002. A referida lei significou uma reformulação na estrutura do CMS permitindo maior acesso da população e poder na tomada de decisões, uma vez que autorizou que o presidente desse órgão fosse eleito em plenária pela maioria dos membros, deixando de ser, obrigatoriamente, o Secretário Municipal de Saúde.

Complementando a minha experiência profissional, que muito influenciou a escolha do tema a ser pesquisado, é sabido que o “conselho de saúde talvez seja potencialmente o mais consolidado no Brasil, dada a história de lutas comunitárias por saúde nos anos 70 e ao movimento sanitarista” (GOMES, 2003, p. 13) e que a “política de saúde é considerada, entre as políticas sociais, a que mais avançou em termos de descentralização” (ALMEIDA¹, 1996, apud GOMES, 2003, p. 12). Assim, diante do exposto e por acreditar na participação e controle social como alicerces para o fortalecimento dos serviços públicos, esta pesquisa foi desenvolvida.

Ela não foi pensada ao acaso. O campo de investigação concernente à Participação e ao Controle social é vasto, complexo e tem sido objeto de crescente interesse por parte de pesquisadores. De fato, a participação, tal como é concebida nos dias de hoje, resulta de um

¹ ALMEIDA, M.H.T. Federalismo e Políticas Sociais. IN Affonso, Rui de Britto Álvares e Silva, Pedro Luiz Barros. **Descentralização e Políticas Sociais**. São Paulo: FUNDAP,1996.

longo processo de lutas sociais protagonizadas por movimentos sociais, sindicatos, categorias profissionais, instituições públicas, associações civis e intelectuais para superar as deficiências do Estado em termos de políticas públicas e mostrar que ele, sozinho, não seria capaz de suprir as demandas da sociedade. De modo geral, para se entender os conselhos como mecanismos participativos no cenário das políticas públicas e, em especial, no contexto da saúde, é necessário remontar suas origens no cenário político brasileiro.

Movimentos sociais contra-hegemônicos e pró-democráticos, na década de setenta, contribuíram para a consolidação de uma nova política de saúde que buscou se adequar às reais necessidades da população, viabilizando sua universalização e equidade. Essa nova política foi instituída na Constituição Federal de 1988, após o regime ditatorial, que em seu artigo 196 definiu que a saúde passaria a ser um direito de todos e dever do Estado, garantido por intermédio de políticas sociais e econômicas que buscam a redução do risco de doença e outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (MACEDO, 2005).

Dessa forma, para a instituição do SUS foram definidas algumas diretrizes, entre as quais destaca-se a “participação da comunidade” como mecanismo de efetivar o controle social do sistema e descentralizar o poder decisório. Essa participação social foi regulamentada por meio da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e, a partir dessa Lei Orgânica da Saúde fica definido que, para a execução dos propósitos do SUS, a gestão dele deveria ser estruturada através de órgãos colegiados em cada esfera governamental. Estes atuariam não só na formulação das políticas de saúde como também na sua execução, com atividades de planejamento, regulação, normatização, controle e avaliação (LUCHESE, 1996). Surgem então os Conselhos de Saúde, instituições de peso no contexto das políticas públicas, que constituem um novo espaço de participação da sociedade ao propiciar o acesso desta e dos movimentos sociais às instâncias decisórias.

Nesse cenário, os Conselhos de Saúde têm como função atuar de forma deliberativa, consultiva e fiscalizatória (DODGE, 1997). Na esfera municipal, são considerados por Busana, Heidemann e Wendhausen (2015, p. 443), “o espaço ideal para a manifestação das necessidades da comunidade, representando a legitimidade democrática da participação popular em sua base”. Dessa forma, são um importante instrumento para o exercício do direito/dever de participação do cidadão que passa a ter possibilidade de ver suas demandas representadas e pode, por meio deste mecanismo, incluir-se no processo de formulação de políticas públicas.

A forma “conselhos” no Brasil, como estratégia política, foi absorvida nos anos de 1990 pela maioria dos planos e projetos governamentais para viabilizar tanto a questão da participação da população nos órgãos e políticas estatais (FERREIRA, 2006) quanto o recebimento de repasses financeiros pelo Ministério da Saúde. O Conselho Municipal de Saúde do município de Teixeira de Freitas também surgiu nesse mesmo ano, sendo instituído pela Lei Orgânica Municipal de 1990, no entanto, nem a ampliação desses colegiados, nem mesmo a sua natureza deliberativa significam, necessariamente, efetividade na participação das políticas públicas nem superação dos desafios por eles enfrentados.

Assim, diante da importância dessa nova institucionalidade e da necessidade de verificar os rumos da democracia em nosso país, torna-se pertinente um trabalho destinado a verificar a efetividade deliberativa deste Conselho, ou seja, verificar se ele é capaz de influenciar, controlar ou decidir sobre as políticas públicas de saúde (CUNHA, 2010), a fim de compreender como tem se dado a participação política neste novo espaço.

É possível constatar que a literatura sobre os Conselhos de Saúde avançou significativamente em termos tanto quantitativos quanto qualitativos. Os estudos de caso, quase sempre relacionados às experiências municipais e com o foco na dinâmica de funcionamento dessas instituições participativas, dividem-se ao avaliar as potencialidades e os limites desses órgãos. De um lado há autores que defendem o importante papel emancipatório dos Conselhos Municipais de Saúde, no que tange à sua função catalizadora para o exercício da cidadania, por meio da participação política na implementação e controle das políticas públicas de saúde (MOURA; SHIMIZU, 2019; BELO COSTA; ALMEIDA, 2017). Por trás desse posicionamento está a crença de que os conselhos gestores são conquistas sociais e históricas, frutos de grande mobilização de vários extratos sociais, que se tornaram direitos estabelecidos em Lei. De outro, há os estudos que indicam que os conselhos ainda possuem baixa capacidade propositiva, com reduzida capacidade de influenciar a definição dessas políticas públicas (SILVA, 2017; SOUZA; HELLER, 2019; MAGALHÃES; XAVIER, 2019; KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015). A lógica que sustenta esse posicionamento está na percepção de que as possibilidades de concretização e de efetividade dos conselhos dependem de infraestrutura, de mediações, de atuações específicas dos atores sociais, da organização da comunidade que eles representam, da postura (anti) democrática da gestão, da qualidade dos embates, dos conflitos internos e externos ao conselho, dentre outros. Dessa forma, subjacente a esse posicionamento está o pensamento de que a formalidade e a garantia da legislação não necessariamente asseguram o exercício da cidadania.

Esses estudos passaram a conviver com outros que abordam diferentes análises, dessa forma, pesquisas mais recentes mostram que as instituições participativas têm sido observadas a partir de distintos enfoques, como: a) a avaliação das composições de força e das assimetrias nas relações de poder entre os segmentos inclusos no processo participativo (DOMBROWSKI, 2008; KIND *et al.*, 2016; BISPO JUNIOR, 2013) e b) o exame da efetividade deliberativa dos conselhos e seus efeitos nas políticas públicas e nos governos, bem como a avaliação dos instrumentos metodológicos para analisar essa efetividade, pois ela varia significativamente em cada região estudada (GURZA LAVALLE; ISUNZA VERA, 2011² apud ALMEIDA; CARLOS; SILVA, 2016; FARIA, 2007; FARIA; RIBEIRO, 2011).

Assim, partindo das premissas de que: a) a reivindicação pela a democracia participativa e a parceria entre o Estado e a sociedade civil ainda são bastante jovens no Brasil e, portanto, a participação e o controle social em saúde ainda são processos em construção que enfrentam dilemas e contradições; b) a adoção de um modelo participativo de governo vai na contramão dos interesses dominantes e das políticas arraigadas e, desta forma, os canais de participação popular podem ter sofrido resistências por parte dos agentes governamentais; c) um corpo considerável de pesquisas nacionais conduzidas em distintos municípios brasileiros sugerem múltiplas dificuldades por parte dos conselhos no que diz respeito à sua capacidade propositiva e de influenciar a definição de políticas públicas, e d) não foram encontrados estudos que tenham tido como objeto o CMS/TF, justifica-se um trabalho destinado a contribuir com o último enfoque de pesquisa mencionado, a fim de verificar se o Conselho Municipal de Saúde tem capacidade de influenciar a produção das políticas públicas, cumprindo um dos seus objetivos propostos.

A partir dessa reflexão, estabeleceu-se a seguinte pergunta de pesquisa: Os debates e decisões produzidos neste Conselho foram capazes de influenciar efetivamente a produção de políticas públicas? Em outras palavras: Quais os resultados da participação social exercida no Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas nos últimos anos de atuação (2018 e 2019) em relação à proposição de políticas públicas de saúde neste município?

Para guiar a pesquisa estabeleceu-se o seguinte objetivo geral: Verificar a efetividade deliberativa do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas nos anos de 2018 e 2019 no que tange à proposição de políticas públicas em saúde, e como específicos:

² GURZA LAVALLE, A.; ISUNZA VERA, E. A. **Trama da crítica democrática**: da participação à representação e à accountability. Lua Nova, São Paulo, n° 84, p. 95-139, 2011.

- a) Descrever o desenho institucional (estrutura e regras de funcionamento) do CMS/TF e, através dele, definir os graus de institucionalização, de democratização e de representação deste Conselho;
- b) Verificar a frequência média dos representantes dos diversos segmentos nas reuniões plenárias, bem como identificar o poder de vocalização/participação e de agenda de cada segmento envolvido no processo decisório (igualdade deliberativa);
- c) Categorizar os temas abordados nas reuniões e as decisões tomadas pelo Conselho e agrupá-los conforme sua pertinência às funções de controle, propositiva ou a outros aspectos não relacionados, a fim de identificar a atribuição característica do Conselho;
- d) Realizar o levantamento das resoluções produzidas no Conselho no período em estudo, oriundas do processo deliberativo, e identificar as que foram e não foram publicadas;
- e) Definir o grau de capacidade deliberativa do CMS/TF.

O presente estudo busca contribuir com o debate já existente no campo acadêmico e político, ainda que não tenha pretensão de esgotá-lo. Assim, sua relevância científica assenta-se na certeza de que o conhecimento sobre o poder de influência do Conselho do município em questão - capaz de representar as demandas sociais conforme as peculiaridades locais - pode contribuir para a valorização do papel de controle social exercido pela sociedade, promovendo uma educação política e cidadã. Ressalta-se ainda, que no Estado da Bahia existem poucos estudos sobre a particularidade dos Conselhos Municipais de Saúde, principalmente, considerando a relação entre a participação da sociedade civil e a capacidade de deliberação da política pública de saúde.

É no ponto de vista social que este trabalho tem sua maior importância, pois após a eleição de um partido ultraconservador, em 2018, que abertamente defende o retrocesso democrático e posiciona-se contrariamente ao modelo “conselhos”, vivemos um período de insegurança jurídica e de ameaça à democracia participativa no Brasil, pois estão sendo publicadas normas³ que pretendem extinguir os conselhos, comitês, comissões, grupos, juntas, equipes, mesas, fóruns, salas e “qualquer outra denominação dada ao colegiado”, ferindo e limitando a atuação da sociedade na gestão das mais variadas áreas, caso não haja luta e evocação dos princípios Constitucionais. Assim, esta pesquisa é fundamental para conhecer, analisar, compreender e refletir sobre os múltiplos aspectos envolvidos na participação da sociedade civil na formulação e acompanhamento da política de saúde, isso porque é a partir

³ A exemplo, o Decreto n.º 9.759, editado em 11 de abril de 2019. Segundo Almeida, Vieira e Kashiwakura (2020), a aprovação deste Decreto extinguiu mais de 50 colegiados de composição paritária entre governo e sociedade civil, estabelecidos por decreto.

da identificação dos acertos, êxitos e desafios de experiências locais que se torna possível delimitar aspectos estruturais, funcionais e políticos envolvidos num determinado CMS que favorecem a participação cidadã efetiva.

Desta forma, espera-se que este estudo traga reflexões e contribuições importantes sobre a relevância deste Conselho para uma democracia mais inclusiva e aproximação do Estado e sociedade, mostrando que ele oferece a esta uma oportunidade concreta de interferência no fazer-se das políticas públicas. Estudos como esse têm o potencial de contribuir para consolidar e disponibilizar um conjunto de informações fundamentais não somente para os futuros pesquisadores, mas também para as instâncias políticas e para a sociedade civil, na medida em que podem contribuir para o aprimoramento dos CMS com vistas à melhoria do SUS.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro consta desta “**Introdução**”, que informa acerca da motivação que influenciou a escolha do tema a ser pesquisado, bem como contextualiza este tema ao abordar, de forma panorâmica, a origem dos conselhos de saúde no cenário político brasileiro. Contém, ainda, a delimitação do problema, as relevâncias científica e social do trabalho, a pergunta de pesquisa e os objetivos geral e específicos que orientaram a presente pesquisa. O segundo capítulo é destinado a apresentar a “**Metodologia**” do trabalho de forma bastante detalhada, a qual inclui informações sobre o local da pesquisa, com dados e descrição da rede pública de saúde do município de Teixeira de Freitas e do seu Conselho de Saúde; tipo de pesquisa, contendo a devida justificativa pela escolha da pesquisa essencialmente qualitativa que incorpora dados qualitativos; procedimentos e instrumentos de coleta de dados empregados; o método de pesquisa adotado e a conjugação de técnicas e análises envolvidas para o alcance dos objetivos propostos, bem como os cuidados e garantias éticas assegurados. No terceiro capítulo estão reunidas seções de “**Fundamentação Teórica**” do trabalho, com informações oriundas de pesquisas e leituras da bibliografia sobre o tema, que inclui livros, dissertações, monografias, artigos de periódicos e de bancos de dados da Internet. Este capítulo se inicia com a seção que discute o tema “Participação Social e Democracia”, seguida dos temas “Participação e controle social no Brasil”, “Os caminhos percorridos para uma gestão democrática da saúde” e “Estudos que versam sobre o funcionamento dos CMS e sua efetividade deliberativa: limites, desafios e perspectivas”.

Ao longo da primeira seção, “Participação Social e Democracia”, o surgimento da democracia direta participativa e sua substituição pelo modelo democrático representativo presente na atualidade são abordados. Para tal cita-se, através de autores como Rousseau

(2012) e Rosset (2008), o sistema democrático de governo iniciado em Atenas, que permitia a participação popular com base na ideia de que o Estado deveria ser utilizado para atender às necessidades do povo. Explica-se também que as mudanças nos Estados Modernos e a complexificação de suas demandas deram origem a um novo modelo de democracia (representativa) (DALLARI, 1984; BOBBIO, 1986; DAHL, 2012) que, atualmente é complementada com aspectos da democracia participativa, maximizando os instrumentos de participação popular, como os conselhos. Assim, nesta seção, a participação popular tem suas características e importância defendidas por diversos autores (GOHN, 2011; PATEMAN, 1992; GIANNELLA; 2017).

A segunda seção - “Participação e controle social no Brasil” - expõe as carências históricas do Brasil no plano da cidadania política e ressalta a importância da Constituição Federal de 1988 para a concretização de direitos e surgimento dos espaços de gestão participativa: os conselhos gestores. Com a colaboração de autoras como Tatagiba (2002; 2005) e Gohn (2002; 2011), entre outros, é possível compreender o avanço democrático que os conselhos representam e pensar sobre as dificuldades que enfrentam. Nesta seção, também são abordados conceitos essenciais para esta pesquisa como: efetividade deliberativa, capacidade deliberativa e desenho institucional (FARIA; RIBEIRO, 2011; CUNHA, 2007, 2010; FARIA, 2007).

Na seção “Os caminhos percorridos para uma gestão democrática da saúde” é apresentada uma abordagem histórica da consolidação do Sistema Único de Saúde-SUS no Brasil após o tema “saúde” ter ocupado um lugar privilegiado na Constituição Federal de 1988. Os conselhos e as Conferências de Saúde são apresentados como espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação das políticas de saúde em decorrência de uma das diretrizes organizativas do SUS: a participação da comunidade.

Na última seção do capítulo “Fundamentação Teórica”, “Estudos que versam sobre o funcionamento dos CMS e sua efetividade deliberativa: limites, desafios e perspectivas”, é apresentada discussão das recentes produções que versam sobre o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de alguns municípios do país, destacando os aspectos e dimensões relevantes para este estudo.

O quarto capítulo traz os resultados do estudo de caso sob o título “**Participação, sociedade civil e a capacidade de influenciar políticas sociais: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas**”, juntamente com as discussões pertinentes a esses resultados. Esse capítulo é dividido nas seções “Desenho institucional e competências” e

“A capacidade deliberativa do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas: considerações sobre o processo decisório”.

Na primeira seção são apresentados e analisados os aspectos legais da criação e regulamentação do CMS/TF conforme orienta Faria (2007). Assim, os regramentos existentes foram confrontados com a real dinâmica de funcionamento deste Conselho permitindo o exame dos graus de institucionalização, de democratização e de representação dele, obtendo-se, dessa forma, o resultado da primeira análise desta pesquisa: considerações sobre o formato institucional do CMS/TF, que é capaz de influenciar a dinâmica participativa.

A segunda seção é encarregada de ampliar a análise a fim de visualizar como se dá a participação no Conselho e o que ocupa espaço na pauta das reuniões, já que estas são variáveis essenciais para verificar a qualidade da participação conforme afirmam Souza e Heller (2019). Assim, nesta seção, o processo decisório é esmiuçado e são investigados a influência dos atores no debate, os temas dominantes e a função prevalente e, ainda, verificada a publicação das resoluções elaboradas no biênio em estudo. Com essas informações foi possível examinar o grau da capacidade deliberativa do Conselho que, em conjunto com o resultado da análise anterior, permitiram verificar o grau de efetividade do Conselho Municipal de Teixeira de Freitas, objetivo geral da pesquisa.

A título de conclusão, o capítulo cinco apresenta uma síntese dos resultados obtidos nas pesquisas bibliográfica e empírica e aponta os principais fatores que contribuíram para a obtenção deles. Neste trabalho destacaram-se a trajetória de criação dos conselhos e os limites destes espaços de participação e deliberação, principalmente no que tange à representatividade dos atores sociais que compõem os conselhos e à dificuldade de partilhar o poder decisório com o Governo Municipal, contudo, não se descartou a potencialidade deste espaço para a democratização desta relação. A introdução de espaços institucionais de participação contribuiu também para a tomada de decisões mais legítimas e mais democráticas, nem que estas ainda estejam restritas ao controle da política pública, que também é uma atribuição legal dos conselhos. As bases do controle social e da gestão participativa ainda são frágeis, sendo necessário o fortalecimento da democracia, a manutenção de regras claras e o envolvimento do poder executivo com um projeto político participativo, somente assim os cidadãos poderão participar ativamente do processo decisório.

2 METODOLOGIA

2.1 LOCAL DA PESQUISA

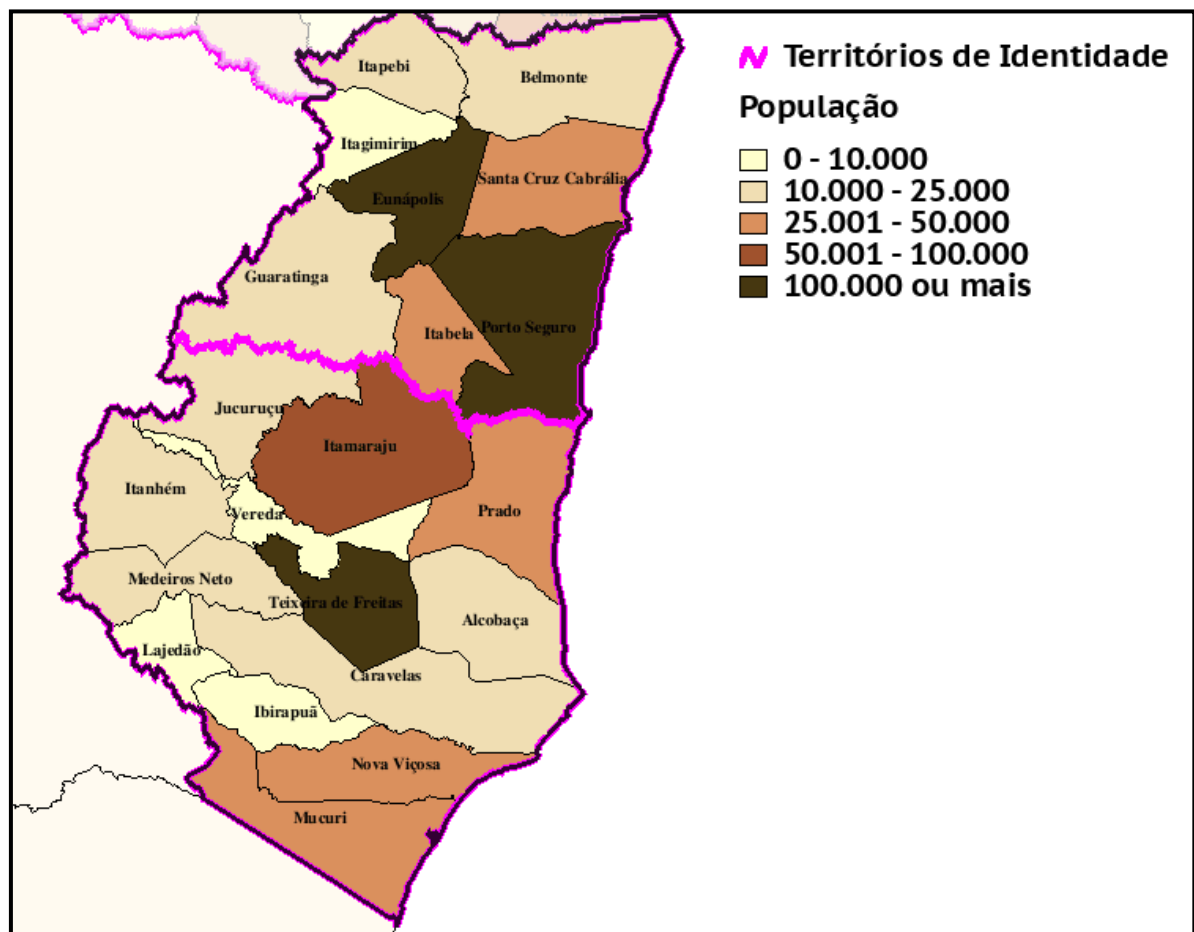
O município de Teixeira de Freitas localiza-se no extremo sul da Bahia a 800 km da capital Salvador e, segundo o IBGE (2019), a economia é concentrada nos setores de serviços, indústria e agropecuária, representando 80%, 15% e 5% do Produto Interno Bruto – PIB municipal, respectivamente. Numa análise situacional, Teixeira de Freitas tem uma população estimada de 160.487 habitantes, área de 1.165,622 Km², renda per capita mensal média de 1,9 salários mínimos e um IDH de 0,685 (IBGE, 2019).

A cidade foi fundada no ano de 1985, desmembrando-se dos municípios de Alcobaça e Caravelas. Embora seja mais nova que os municípios vizinhos, Teixeira de Freitas consolidou-se como a principal cidade da região. O seu sistema de saúde é um dos poucos da região que está habilitado na condição de Gestão Plena (Teixeira de Freitas, Medeiros Neto, Prado, Itamaraju e Nova Viçosa) pela Norma Operacional Básica-NOB/96, conforme publicação no DOU/13.02.98, Pacto com Comando Único aprovado pela Resolução CIB/BA nº 122/2007 (DOE de 21/09/2007) e Portaria CIT nº 3093/2007 (DOU 04/12/2007). A Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde é um modelo preconizado pelo SUS como forma de descentralização da regulação, controle, fiscalização e implantação das políticas públicas de saúde. Com ela, o município passa a ter autonomia para firmar pactuações, ampliar oferta de procedimentos médicos e ambulatoriais, bem como melhorar a estrutura de atendimento, gerindo de maneira integral os serviços que disponibiliza em sua jurisdição, pois os recursos que eram transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual vão diretamente para o Fundo Municipal de Saúde.

Ainda sobre a descentralização, o desenvolvimento da regionalização e hierarquização das ações de saúde no SUS tornou-se ponto fundamental para se atingir a integralidade da assistência, como preconiza a Constituição Federal. A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/01, republicada em 2002, propôs, para o aprimoramento do processo de descentralização, uma estratégia de regionalização, com elaboração de um Plano Diretor de Regionalização – PDR, definindo a necessidade do estabelecimento de áreas geográficas nas quais se daria o planejamento dos fluxos e pactuações entre os gestores, no sentido de organizar efetivamente uma rede hierarquizada e regionalizada. O PDR deve ser elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de

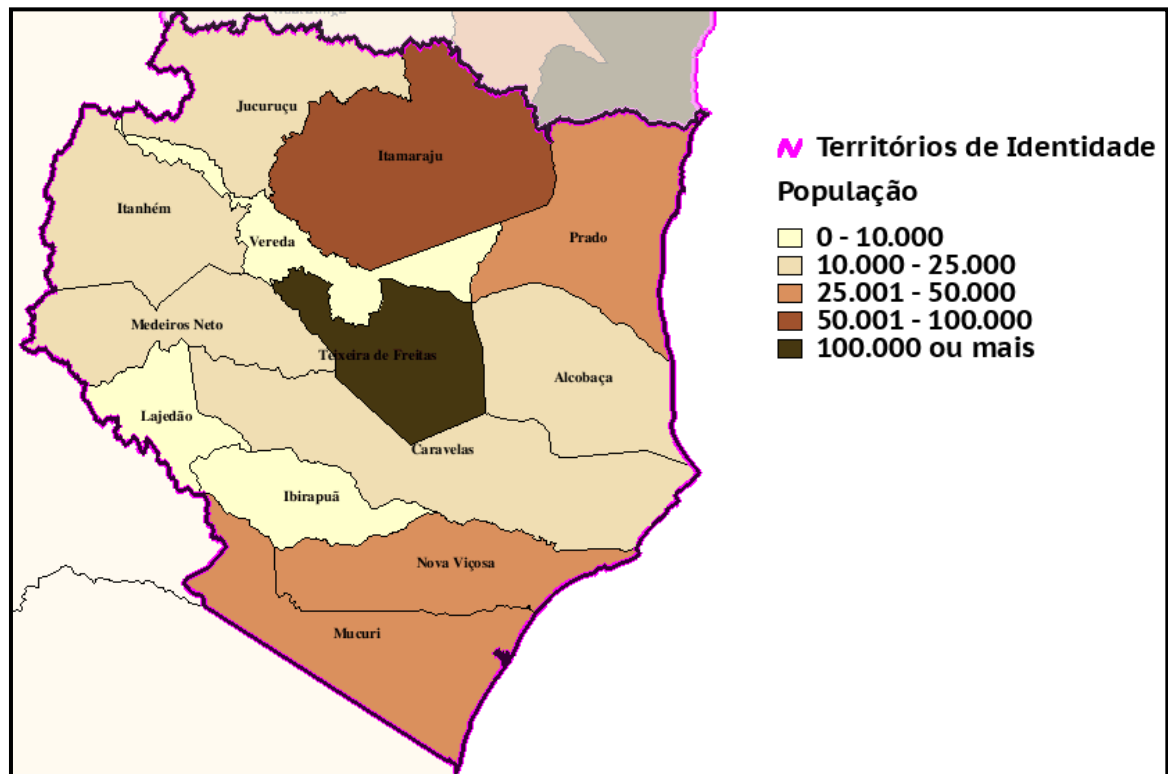
saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis. Esse processo de reordenamento visa reduzir as desigualdades sociais e territoriais, propiciando maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2001). Dessa forma, Teixeira de Freitas tornou-se a principal representante da Região de Saúde de Teixeira de Freitas-BA que abrange 13 municípios (Figura 2) e ainda, é polo da Macrorregião de Saúde do Extremo Sul (Figura 1).

Figura 1: Mapa da Macrorregião do Extremo Sul Baiano.



Fonte: SESAB/GEOPORTAL. Disponível em <http://geolive.saude.ba.gov.br/geoportail/map.phtml?language=br>

Figura 2: Mapa da Região de Saúde de Teixeira de Freitas.



Fonte: SESAB/GEOPORTAL. Disponível em <http://geolivresaude.ba.gov.br/geoportalm?language=br>

A macrorregião de Saúde do Extremo Sul é composta pelos 13 municípios da Região de Saúde de Teixeira de Freitas e 08 da Região de Saúde de Porto Seguro, totalizando 21 municípios, cuja população geral é estimada em 834.500 habitantes. Destes, 452.773 pertencem à Região de Saúde de Teixeira de Freitas, conforme verifica-se na Tabela 1. Destaca-se que, aproximadamente 35% da população desta região está localizada no município de Teixeira de Freitas, 14,30% no município de Itamaraju e 9,60% no município de Nova Viçosa, sendo que os demais municípios possuem população de menor porte.

Tabela 1: Municípios da Macrorregião Extremo Sul Baiano.

Municípios	População estimada em 2019
Região de Saúde de Teixeira de Freitas	
Alcobaça	22.470
Caravelas	22.016
Ibirapuã	8.637
Itamaraju	64.486
Itanhém	19.405
Jucuruçu	9.126
Lajedão	3.955

Medeiros Neto	22.688
Mucuri	41.748
Nova Viçosa	43.376
Prado	28.174
Teixeira de Freitas	160.487
Vereda	6.205
População total da Região de Saúde de Teixeira de Freitas	452.773
Região de Saúde de Porto Seguro	
Belmonte	23.328
Eunápolis	113.380
Guaratinga	20.843
Itabela	30.584
Itagimirim	6.869
Itapebi	10.259
Porto Seguro	148.686
Santa Cruz Cabrália	27.778
População total da Região de Saúde de Porto Seguro	381.727
População total da macrorregião de saúde do Extremo Sul	834.500

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados do IBGE (2019).

2.1.1 Rede assistencial de saúde de Teixeira de Freitas

O município de Teixeira de Freitas conta com uma ampla rede de cuidados de natureza pública. A rede de atenção primária à saúde é composta por 41 Unidades de Saúde da Família; 27 Equipes de Saúde Bucal; 01 PSP – Programa de Saúde Prisional; 05 NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Tipo I. A Atenção Básica possui 73,9% de Cobertura da Estratégia Saúde da Família, e 100 % de Agentes Comunitários de Saúde (272 ACS em números absolutos). Dos serviços que compõem a Atenção Primária, destacam-se o serviço de Internação Domiciliar, habilitado através da Portaria Ministerial nº 814 de 19 de julho de 2013 e a Equipe de Consultório na Rua - Modalidade I, pela Portaria Ministerial nº 1298 de 28 de junho de 2013, que possibilitaram a humanização do atendimento às pessoas que necessitam de atendimento hospitalar, porém encontram-se na fase terminal da doença, bem como daqueles que são moradores de rua, respectivamente.

A atenção secundária e terciária refere-se à média e alta complexidade (MAC) que compreende, basicamente, os estabelecimentos demonstrados no Quadro 1, excetuando os serviços privados. Os serviços de MAC são referência para os municípios que compõem a

região de saúde de Teixeira de Freitas, sendo o Hospital Municipal de Teixeira de Freitas – HMTF, o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador – CEREST, o Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN e o Centro de Reabilitação Mãe Maria referências para os 21 municípios da Macrorregião do Extremo Sul.

Quadro 1: Serviços de Média e Alta Complexidade – Teixeira de Freitas- BA.

Descrição do serviço	Oferta e papel na Rede	Formas de acesso	População referência
Policlínica Regional de Saúde	Assistência especializada ambulatorial em angiologia, cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, mastologia, neurologia, neuropediatria, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, reumatologia e urologia, bem como oferta de exames como colonoscopia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, holter, mapa, raio-X, ressonância magnética, teste ergométrico, tomografia e ultrassonografia.	Demanda referenciada da Atenção Básica ou Central de Regulação – com marcação via sistema e municípios pactuados.	Própria e de municípios que compõem a Região de Saúde de Teixeira de Freitas
CEREST Centro de Referência de Saúde do Trabalhador	– Elabora diagnóstico de situação de saúde do trabalhador; Notifica óbitos por acidentes de trabalho e demais acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho – ADRT no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN e Sistema de Informações de Mortalidade - SIM; Registra agravos e doenças relacionados ao trabalho no SINAN; Realiza a vigilância de ambientes e processos de trabalho em graus crescentes de complexidade.	Demanda referenciada da Atenção Básica ou Central de Regulação – com marcação via sistema e municípios pactuados.	Referência macro e microrregional para 21 municípios pactuados.
Centro de Atenção Psicossocial CAPS II, CAPS AD e CAPS Infantil, Centro Especializado de Psiquiatria.	Assistência multiprofissional ao paciente adulto e infantil com transtorno mental, uso de álcool e outras drogas e tabagismo. Realiza: Triagem; Acolhimento; Atendimentos Individuais; Atendimentos Familiares; Grupos Terapêuticos com os usuários; Grupos Terapêuticos com os Familiares e Intervenções Domiciliares.	Demanda Espontânea.	Rede Municipal
CTA/SAE Centro de Testagem e Aconselhamento/ Serviço de	– Aconselhamento coletivo, individual e testagem e tratamento às pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS, Hepatites Virais e Sífilis; Assistência e acompanhamento nos casos de acidentes	Demanda referenciada da Atenção Básica ou Central de Regulação – com marcação via sistema e municípios	Própria e de municípios que compõem a Região de Saúde de Teixeira de

Atendimento Especializado DST/AIDS	ocupacionais e violência sexual; Assistência às gestantes com sorologia positiva durante a gestação, pré-parto, parto e pós-parto; Distribuição da fórmula infantil (leite) e quimioprofilaxia para parturiente e recém-nascido; Assistência às crianças expostas verticalmente; Possui uma equipe multiprofissional composta de Coordenador, Médico Hepatologista, Médico Imunologista, Farmacêutico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Auxiliar de Farmácia, Psicólogo, Auxiliar Administrativo e Serviços Gerais.	pactuados.	Freitas.
CTO – Centro de Traumatologia e Ortopedia	Assistência de reabilitação em ortotraumatologia, pós-operatório de cirurgia ortopédica e outras patologias do aparelho locomotor e coluna vertebral; Avaliação e tratamento de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, radiografia, consulta de reumatologia.	Demanda referenciada da Atenção Básica ou Central de Regulação – com marcação via sistema e municípios pactuados.	Própria e de municípios que compõem a Região de Saúde de Teixeira de Freitas.
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas	Realiza ações especializadas em saúde bucal: laboratório de prótese, endodontia, periodontia, cirurgia e diagnóstico bucal; Atendimento aos pacientes com necessidades especiais.	Demanda referenciada da Atenção Básica ou Central de Regulação – com marcação via sistema.	Rede Municipal
Centro de Reabilitação Física Mãe Maria – CER IV	Assistência de Alta Complexidade às pessoas com deficiência física e ostomia, com concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção ao paciente amputado e com déficit de locomoção; Reabilitação neuro-funcional adulto e infantil; Estimulação precoce; Apoio e orientação psicossocial e na escola. Possui os serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, enfermagem, fonoaudiologia, assistência social, nutrição, fisiatra e geriatra, neuropediatra.	Demanda referenciada da Atenção Básica ou Central de Regulação – com marcação via sistema e Municípios Pactuados.	Referência Macro e microrregional para 21 municípios pactuados.
UNACON Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia	– Presta assistência multiprofissional ao paciente oncológico.	Encaminhamentos do Hospital; Demanda referenciada da Atenção Básica ou Central de Regulação – com marcação via sistema e municípios pactuados.	Referência regional para 13 municípios pactuados.

SAMU Regional	192	A Central de Regulação Médica das Urgências/ SAMU 192, está localizada e sob a gestão do município de Teixeira de Freitas. O SAMU possui 01(uma) Unidade de Suporte Avançado – USA; 02 (duas) Unidades de Suporte Básico – USB.	Acesso via Complexo Regulador.	Referência regional para 13 municípios pactuados.
LACEN Laboratório Central de Saúde Pública.	–	Diagnóstico Laboratorial; Microbiologia, Bioquímica; Imunologia; Hematologia; Parasitologia; Urinálise; Sorologia (todo o elenco de saúde pública).	Encaminhamentos do Hospital; Demanda referenciada da Atenção Básica ou Central de Regulação – com marcação via sistema e municípios pactuados.	Referência Macro e microrregional para 21 municípios pactuados.
HMTF - Hospital Municipal Teixeira de Freitas	de	Alta complexidade: neurologia, oncologia, cardiologia e ortopedia. Unidade de Terapia Intensiva – UTI (adulto); Média complexidade: anestesiologia, angiologia, cancerologia, cardiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia vascular, clínica médica, coloproctologia, endoscopia, gastroenterologia, hematologia e hemoterapia, mastologia, neurocirurgia, neurologia, ortopedia e traumatologia, pneumologia, radiologia e diagnóstico por imagem e urologia.	Acesso via demanda espontânea dos municípios (urgência e emergência); Encaminhamentos dos municípios pactuados, via complexo regulador.	Referência macro e microrregional para 21 municípios pactuados.
UMMI – Unidade Municipal Materno-Infantil		Leitos de atendimento de urgência, emergência e ambulatorial pediátrico e obstétrico; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal- UTIN; Cirurgia ginecológica e obstétrica; Ultrassonografia; Laboratório de análises clínicas.	Acesso via demanda espontânea dos municípios (urgência e emergência); Encaminhamentos dos municípios pactuados, via complexo regulador.	Referência Regional para 13 municípios pactuados.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (2019).

2.1.2 Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas – CMS/TF

O Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas-BA foi criado pela Lei Orgânica Municipal de 05 de abril de 1990 e foi regulamentado, desde a sua instituição, pelas seguintes leis municipais:

- Nº 118/94 que “Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências”;
- Nº 178/97 que “Altera a Lei nº 118/94 de 27/04/1994 e dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde”;
- Nº 188/97 que “Altera a redação do art. 2º da Lei nº 178/97 de 03/03/1997, que dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde”;
- Nº 278/2002 que “Dá nova redação à Lei Municipal nº 118/94, que instituiu o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências”;
- Nº 893/2015 que “Altera dispositivos da Lei Municipal nº 278/2002, de 21 de março de 2002, que deu nova redação à Lei Municipal nº 118/1994, que instituiu o Conselho Municipal de Saúde”

O seu Regimento Interno foi aprovado em 25 de setembro de 2014 (Resolução CMS nº 004/2014) e suas competências são atribuídas neste documento baseadas na Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para atendimento das especificidades locais, nele existe a recomendação de que o Conselho seja contemplado por 02 representantes da gestão (sendo um o gestor municipal de saúde e o outro indicado pelo mesmo), 02 representantes das entidades prestadoras de serviços de saúde (podendo ser entidade filantrópica contratada com o SUS e/ou prestadores privados contratados com o SUS), 04 representantes das entidades representativas dos trabalhadores de saúde (associações, sindicatos públicos e/ou privados) e 08 representantes dos usuários do SUS, distribuídos conforme segue: 02 representantes de entidades religiosas; 02 representantes de organização de moradores; 01 representante do movimento estudantil; 01 representante da associação dos portadores de deficiências; 01 representante da associação dos dirigentes lojistas e, por fim, 01 representante da associação/conselhos representativos de classe, de forma paritária.

Atualmente, os membros do Conselho são nomeados através do Decreto Municipal nº 87/2019 de 04 de fevereiro de 2019 para gestão durante o período de 2019-2021. Estes devem atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução da política de saúde no município, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, buscando assegurar um padrão de qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população, visando à melhoria do serviço ofertado ao usuário SUS e à humanização da assistência não só para os moradores de Teixeira de Freitas, como também para todos os cidadãos daqueles municípios que dependem da rede assistencial desta cidade, como visto anteriormente.

2.2 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa é de natureza essencialmente qualitativa que

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008, p. 57).

Richardson (1999) acrescenta que o método qualitativo, além de permitir descrever e compreender a complexidade do tema pesquisado, contribui no processo de mudança de determinado grupo. Ainda que o estudo envolva a quantificação de dados como a contabilização das frequências dos conselheiros em suas reuniões, do número de intervenções por segmento (vocalização dos conselheiros), dos temas discutidos em reuniões plenárias e das resoluções publicadas e não publicadas - dados essenciais para verificação da capacidade deliberativa deste Conselho (SOUZA; HELLER, 2019) - buscou-se, em primeiro plano, a exploração intensiva e abrangente das informações coletadas, visando à compreensão em essência e o conhecimento em profundidade. Desta forma, a natureza qualitativa atende aos propósitos esperados.

O estudo de caso foi o método de investigação estabelecido para o desenvolvimento da pesquisa, pois ele se preocupa com a apresentação rigorosa dos dados empíricos e, por isso, requer o uso de uma ampla variedade de evidências retiradas de diversas fontes. Yin (2005, p. 33) define o estudo de caso como

[...] um método que abrange tudo – tratando da lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos. Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática para a coleta de dados nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente.

Ele é utilizado para “contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos de um grupo” (YIN, 2005, p. 20). A respeito dos objetivos deste método, pode-se salientar dois apresentados por Becker (1999), que são o

de tentar chegar a uma compreensão abrangente do caso estudado ao mesmo tempo em que pretende desenvolver declarações teóricas sobre regularidades do processo.

No intuito de fazer ciência com qualidade e responsabilidade, são utilizadas as técnicas necessárias para o alcance dos objetivos propostos. Segundo Bourdieu (1989, p. 26) “pesquisa é uma coisa demasiado séria e demasiado difícil para se poder tomar a liberdade de confundir a rigidez, que é o contrário da inteligência e da invenção, com o rigor”, por isso ressalta-se a importância de se utilizar diferentes técnicas de pesquisa. Em relação ao estudo da efetividade deliberativa dos conselhos, Cunha *et al.* (2011) acreditam que é essencial a conjugação de técnicas de pesquisa, a fim de dar conta da avaliação multidimensional da participação exercida nesses órgãos.

Assim, foi necessário desenvolver esta pesquisa em duas etapas distintas, sendo que a primeira foi definida como pesquisa documental, abrangendo a análise de conteúdo com ênfase na análise temática, e a segunda como pesquisa de campo, que teve como foco as entrevistas semiestruturadas, cujos procedimentos são detalhados a seguir.

2.3 ETAPAS DA PESQUISA

2.3.1 Pesquisa documental

Com vistas a uma compreensão abrangente do caso estudado, conforme orientação de Bruyne, Herman e Schouette⁴ (1977, apud PAIRAZAMÁN DÍAZ, 2008, p. 39) na realização da investigação buscou-se “ter conhecimento das minúcias da instituição, como seus costumes e suas práticas de forma indireta a partir das atas” e outros documentos elaborados, “assim como, seus pontos fortes e fracos rumo à conquista da efetiva participação cidadã”. Vale lembrar que na pesquisa documental realizou-se primeiramente uma revisão das normativas que tratam das atribuições legais do CMS (Quadro 2) para, em seguida, relacionar tais atribuições às práticas exercidas por esse colegiado.

⁴ BRUYNE, P., HERMAN, J. & SCHOUETTE, M. **Dinâmica da pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

Quadro 2: Documentos que tratam direta ou indiretamente das atribuições do CMS/TF.

Normas	Objeto
Lei nº 8.142 de 28/12/1990	“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.”
Resolução nº 453 de 10/05/2012	“Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde”.
Lei Orgânica do município de Teixeira de Freitas-BA de 05/04/1990	Lei que disciplina o funcionamento do município.
Lei Municipal nº 118/1994 de 27/04/1994	“Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.”
Lei Municipal nº 178/1997 de 03/03/1997	“Altera a Lei nº 118/94 de 27/04/1994 e dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde.”
Lei Municipal nº 188/1997 de 07/08/1997	“Altera a redação do art. 2º da Lei nº 178/97 de 03/03/1997, que dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde.”
Lei Municipal nº 278/2002 de 21/03/2002	“Dá nova redação à Lei Municipal nº 118/94, que instituiu o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.”
Lei Municipal nº 893/2015 de 27/07/2015	“Altera dispositivos da Lei Municipal nº 278/2002, de 21 de março de 2002, que deu nova redação à Lei Municipal nº 118/1994, que instituiu o Conselho Municipal de Saúde.”
Resolução CMS nº 04/2014 de 25/09/2014	“Aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas-BA.”
Decreto Municipal nº 213/2016 de 21/11/2016	“Nomeia os membros do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas e dá outras providências.” (2016-2018)
Decreto Municipal nº 87/2019 de 04/02/2019	“Nomeia os membros do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas e dá outras providências.” (2019-2021)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

As normativas relacionadas diretamente ao Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas foram analisadas para avaliar o grau de institucionalização deste Conselho (efetividade democrática), tendo em vista que as regras que compõem o desenho institucional são consideradas preditoras importantes dos efeitos democráticos promovidos pelas Instituições Participativas e essenciais para avaliar a efetividade deliberativa destas - sua capacidade de operar e tomar decisões que influenciem a produção de políticas públicas (FARIA, 2007; ALMEIDA; CARLOS; SILVA, 2016). Para verificar essa variável, as leis de criação do CMS e o Regimento Interno (RI) são os instrumentos mais utilizados.

Também foram objetos de análise 14 (catorze) atas e 07 (sete) resoluções referentes a dois anos de atuação do CMS, correspondentes a um intervalo temporal recente: janeiro de 2018 a dezembro de 2019, a fim de avaliar a capacidade deliberativa deste Conselho, ou seja, verificar se ele foi capaz de produzir decisões que tivessem a possibilidade de influenciar efetivamente a produção da política pública de saúde do município (CUNHA, 2007). Tal periodização foi importante, pois,

[...] as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que a constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões do mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado (MINAYO, 2008, p. 20).

A análise desses documentos seguiu roteiros-base, conforme demonstram os Apêndices A, B e C e o Anexo A.

2.3.2 Pesquisa de Campo

Para Senger, Paço-Cunha e Senger (2013, p. 02), no estudo de caso,

[...] geralmente o pesquisador usufrui uma variedade de dados e informações, as quais podem ser coletadas em diferentes momentos no decorrer do trabalho e por meio de várias fontes informantes. Para a realização deste processo os estudiosos podem empregar técnicas apropriadas para a coleta de dados, sendo que na maioria das vezes utiliza-se a observação e a entrevista.

Portanto, considerando que a fonte documental secundária pode se mostrar insuficiente para compreender as minúcias do desenho institucional do CMS - funcionamento e organização - e o seu processo decisório, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (fontes primárias) com o presidente do Conselho e com o conselheiro/1º secretário responsável pela elaboração das atas em 2019. Durante esta etapa, foi necessário incluir conversa informal com um ex-conselheiro do órgão colegiado em estudo, pois ele esteve envolvido nas discussões durante o ano de 2018, bem como consulta com a equipe técnica da

Secretaria Municipal de Saúde para obter informações acerca dos instrumentos de planejamento da gestão. Conforme Bauer e Gaskell (2002, p.65),

A entrevista qualitativa, pois, fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

Através das entrevistas buscou-se verificar a estrutura de funcionamento do Conselho; a frequência das reuniões ordinárias e o local onde ocorreram; o número de membros e a existência ou não de paridade entre eles; o mandato e a possibilidade de reeleição dos membros; como foram escolhidas as entidades de origem dos conselheiros; como se elegeram os presidentes dos Conselhos; quem propôs a pauta das reuniões do Conselho e como se chegaram às decisões, entre outras (FARIA, 2007). Estas informações colaboraram para análise tanto do desenho institucional do Conselho, quanto da sua capacidade deliberativa.

Para tal, foi elaborado um roteiro semiestruturado, contendo 37 (trinta e sete) perguntas entre fechadas e abertas, seguindo um esquema básico composto de três partes: (I) Institucionalização, (II) Deliberação e (III) Representação.

2.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi feito o contato com o presidente do Conselho Municipal de Saúde para quem foi apresentada a pesquisa, seus objetivos e os aspectos éticos envolvidos. Foi possível esclarecer as dúvidas e formalizar o consentimento para a pesquisa através da assinatura da carta de anuência (Apêndice D). Desta forma, foi solicitado que fosse disponibilizada a documentação elaborada pelo CMS/TF no período de 2018-2019. Tal procedimento inicial foi necessário para que a carta de anuência passasse a incorporar o protocolo de pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia, via Plataforma Brasil.

Após reunir e estudar as leis e resoluções que versam sobre a criação dos conselhos em geral, a fim de obter informações que facilitassem a análise dos documentos produzidos pelo CMS/TF, tais como atas, resoluções e decretos referentes aos trabalhos desse órgão durante os anos de 2018 e 2019, estes foram reunidos *in loco* juntamente com a legislação

pertinente ao CMS/TF (lei de criação, suas alterações e Regimento Interno). Desta forma, contabilizando as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias, foram recolhidas e analisadas um total de 14 (catorze), além de 06 (seis) normativas que regulamentam o Conselho, 07 (sete) resoluções e 02 (dois) decretos de nomeação dos conselheiros.

Com aprovação da pesquisa pelo CEP da UFSB, o presidente do Conselho e um membro indicado por ele, responsável pela secretaria, foram convidados a participar da pesquisa por meio da entrevista semiestruturada. Para eles foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice G) e dado o tempo necessário para a reflexão antes dos consentimentos. Os membros do CMS se disponibilizaram a participar do estudo e a responder a entrevista conforme roteiro semiestruturado (Apêndices E e F) em local designado por eles, na presença da pesquisadora, visando dirimir eventuais dúvidas e garantir o preenchimento completo e adequado.

Fez-se contato também, no decorrer da pesquisa, com um ex-conselheiro que era responsável pela redação das atas no ano de 2018, buscando compreender o funcionamento do Conselho na época. Entretanto, essa conversa não foi caracterizada como uma entrevista, mas a utilização do trecho dessa consulta na presente pesquisa foi devidamente autorizada através da assinatura do TCLE. Verificou-se ainda, a necessidade de buscar esclarecimentos com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, feito presencialmente, para sanar algumas dúvidas sobre a ausência de discussões essenciais para a elaboração da política pública nos documentos analisados. Após o exame desta dissertação pela Banca Examinadora, os resultados da pesquisa serão disponibilizados para apreciação da mesa diretora do CMS/TF e do gestor de saúde municipal.

2.5 ANÁLISE DE DADOS

2.5.1 Pesquisa documental

Para o tratamento das informações coletadas na etapa documental foi adotada a análise de conteúdo, de forma criteriosa, uma vez que Le Goff (1984) trata os documentos como uma construção humana intencional, não deixando, portanto, de ser uma montagem. De acordo com Bardin (2006, p. 38), a análise de conteúdo, enquanto método, é

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...]. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Entende-se que essa análise de comunicações busca enriquecer a leitura dos dados coletados. Como afirma Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações [...]”. Trata-se de um procedimento clássico para análise de materiais textuais devido à possibilidade de serem manipulados pelo pesquisador na busca por respostas às questões de pesquisa (BAUER; GASKELL, 2002). Como a análise de conteúdo constitui uma técnica que trabalha os dados coletados, objetivando a identificação do que está sendo dito a respeito de determinado tema (VERGARA, 2005), há a necessidade da decodificação do que está sendo comunicado.

Nesse sentido, Bardin (2006) elencou três fases a serem seguidas, objetivando a significação aos dados coletados: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise consiste na escolha inicial dos documentos a serem analisados, retomada dos objetivos da pesquisa em relação ao material coletado e construção de indicadores que orientarão a interpretação final. A segunda etapa é a exploração do material que se refere à operação classificatória com vistas a identificar categorias e “consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas” (MINAYO, 2008, p. 317), buscando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na terceira e última etapa os dados significativos são organizados e relacionados às dimensões teóricas. Esta refere-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Seguindo esta orientação, antes de proceder à leitura dos documentos disponibilizados, foram definidos dois grupos de variáveis a serem analisadas: a) definidoras do grau de institucionalização do conselho e b) reveladoras da dinâmica do processo deliberativo desenvolvido nessa instância. As primeiras dizem respeito à efetividade democrática e as seguintes sobre a capacidade deliberativa. O conjunto dessas variáveis, relacionadas à institucionalização dos procedimentos e aos resultados do processo deliberativo, compõe a efetividade deliberativa (CUNHA, 2007).

Dessa forma, as variáveis do primeiro grupo buscam ressaltar os aspectos que, segundo Faria (2007), permitem a compreensão da dinâmica de funcionamento do conselho revelando a sua efetividade democrática. Esta contribui para a sua efetividade deliberativa,

considerando que o formato ou desenho institucional (regras e os procedimentos que governam o processo participativo) do CMS podem moldar e determinar o sentido das dinâmicas deliberativas e representativas empreendidas no interior deste órgão. Nesse sentido, Faria (2007) e Faria e Ribeiro (2010) defendem que a análise das seguintes variáveis permite estabelecer o nível/grau de institucionalização, de democratização e de representação do conselho, bem como inferir sobre sua efetividade deliberativa:

(1) a estrutura de funcionamento dos Conselhos; (2) a frequência das reuniões ordinárias e o local onde ocorrem; (3) o número de membros e a existência ou não de paridade entre eles; (4) o mandato e a possibilidade de reeleição dos membros; (5) como são escolhidas as entidades de origem dos conselheiros; (6) quem são e como se elegem os presidentes dos Conselhos; (7) quem propõe a pauta das reuniões do Conselho e como se chegam as decisões (FARIA, 2007, p. 116).

Para essa análise utilizou-se a “análise de conteúdo” de documentos específicos do Conselho, a saber: as suas leis de criação e de alteração e seu Regimento Interno (RI). Porém, ciente da limitação dessa abordagem, subsidiariamente a estes documentos, foram analisadas as respostas das entrevistas semiestruturadas (Apêndices E e F), bem como as informações contidas nas atas registradas das reuniões ocorridas nos anos de 2018 e 2019 e nos Decretos de nomeação dos membros do respectivo Conselho nesse biênio.

Após o levantamento dessas informações, buscou-se avaliar o significado dessas regras e procedimentos para a prática participativa, examinando os graus de institucionalização, de democratização e de representação, conforme orientam Faria e Ribeiro (2010), verificando assim, se o Conselho está apto a cumprir as promessas de expandir e democratizar o acesso às políticas públicas.

Para a determinação dos graus, que são classificados como baixo, médio e alto, levou-se em consideração não só a existência de variáveis nas normas que permitissem, ou não, que os atores da sociedade civil exercessem com mais qualidade a sua participação no processo decisório (VALE NETO, 2015), como também a utilização dessas variáveis na dinâmica de funcionamento do Conselho. Dessa forma, para o exame do grau de institucionalização, as variáveis foram aquelas relacionadas às regras definidas como determinantes para a prática participativa (FARIA, 2007), a exemplo, tem-se a existência de definição da estrutura organizacional (mesa diretora, secretaria-executiva, previsão de câmaras, comissões e

conferências) e frequência de reunião. Já para o exame do grau de democratização foram consideradas as variáveis que retratam os potenciais democratizantes e inclusivos dos conselhos, como: presença de pluralidade de atores na definição de pauta e tomada de decisão; possibilidade de alternância da presidência entre os segmentos e existência da paridade entre eles, além da presença de comissões e conferências. Por fim, para definir o grau de representação do Conselho, verificou-se a existência de critérios relativos ao processo representativo nos conselhos, como: presença ou ausência de normas que indicassem a existência de uma pluralidade de segmentos representados e como são definidas essas representações.

Assim, os graus de institucionalização, de democratização e de representação foram determinados em razão não só da indicação das variáveis especificadas nas normativas, mas também na utilização delas - de fato - na dinâmica do Conselho. Deste modo, a classificação como “grau alto” se deu quando todas as variáveis foram usuais pelo Conselho; como “grau médio” quando algumas variáveis foram usuais, mas não todas; e como “grau baixo” quando foi acusada a ausência da utilização de todas ou de quase todas as variáveis.

Concluída a primeira etapa de análise, para verificação do segundo grupo de variáveis – as reveladoras da dinâmica do processo deliberativo desenvolvido nessas instâncias – considerou-se as seguintes categorias: (a) igualdade deliberativa; (b) decisões prevalentes; (c) funções prevalentes e (d) número de resoluções publicadas e não publicadas. A análise destas permitiu verificar se o CMS foi capaz de produzir debates e decisões com o propósito de influenciar efetivamente as políticas públicas (capacidade deliberativa). Estas variáveis têm sua definição exemplificada por Souza e Heller (2019).

Para os autores, a “igualdade deliberativa” fundamenta-se na ideia de igualdade de possibilidades para todos os atores para apresentação de agenda (definição de temas em pauta), bem como à capacidade de verbalização – expressada pelo número de vocalizações/manifestações ocorridas durante as reuniões - e de influência de cada um dos segmentos que compõem o conselho nas decisões tomadas. Cunha *et al.* (2011) afirmam que a análise da deliberação envolve não só a interpretação dos temas das falas, mas engloba a identificação dos atores – qual segmento estes representam no conselho – visando detectar a existência de igualdade de participação entre esses diferentes segmentos.

A variável “decisões prevalentes” revela o teor das decisões tomadas e dos debates travados nos conselhos, o que permite identificar as “funções prevalentes” que estão sendo exercidas, como: proposição de políticas; controle/fiscalização de políticas e outras funções. Souza e Heller (2019) afirmam que a primeira função, está ligada aos aspectos mais centrais

da política à qual o conselho se vincula, compreendendo a proposição de orçamento e de planos de ação e a apreciação de relatórios de gestão. O acompanhamento e a avaliação das ações do município contemplam a função de controle, expressando-se por meio de denúncias, propostas de intervenção e avaliação dos serviços prestados. Na categoria “outras funções”, Souza e Heller (2019) incluem os debates que correspondem à organização interna, informes e problemas não relacionados à política propriamente dita.

Para análise deste segundo grupo de variáveis, procedeu-se à análise de conteúdo das atas do Conselho, com ênfase na análise temática, visando à compreensão qualitativa e quantitativa. As falas foram analisadas e tiveram seus atores identificados, a fim de verificar a igualdade deliberativa. O conteúdo delas foi codificado a partir da categorização já testada por Avritzer *et al.* (2005) em pesquisa junto ao Conselho de Saúde de Belo Horizonte⁵, de acordo com os critérios definidos para cada grupo especificados no Anexo A. A partir dessa categorização foi possível explorar os dados, classificá-los e agrupá-los de forma a verificar tanto a presença de determinados temas (perspectiva qualitativa), quanto a frequência da presença com que apareciam (perspectiva quantitativa). A verificação do tipo de atribuição/função mais exercido pelo Conselho deu-se a partir da reclassificação dos temas tratados nas reuniões e registrados nas atas que foram agrupados conforme sua pertinência ao controle, à proposição ou a outros aspectos não relacionados⁶.

Já sobre a análise das resoluções, Souza e Heller (2019) afirmam que a possibilidade de tensão existente entre o conselho e o Executivo pode ser verificada através do número de resoluções publicadas e não publicadas no Diário Oficial do Município (DOM). Para tal, foram verificadas 07 (sete) resoluções elaboradas pelo Conselho nos anos de interesse da pesquisa e consultada a publicação delas no Diário Oficial do Município. Após o estudo de todas as variáveis especificadas acima, foi avaliado o grau de capacidade deliberativa do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas, adotando-se as quatro dimensões avaliativas, conforme Quadro 3:

⁵ Questões gerais da saúde; (Gestão Atendimento) Assistência/Atenção em Saúde; Gestão serviços; Gestão especialidades; Controle da política de saúde; Controle do fundo e financiamento da saúde; Organização interna do CMS; Violência e Saúde; Convites/Avisos/ Manifestação; Controle da política; Coordenação entre os níveis da política de saúde; Expressão (tematização) de problemas públicos e Questões gerais.

⁶ Os temas foram agrupados do seguinte modo: : (1) Proposição sobre a política: Deliberação sobre a política, deliberação sobre o fundo; (2) Controle da política: deliberação sobre questões gerais da política, a gestão dos serviços, a gestão de especialidades e gestão do atendimento; (3) Outras deliberações: Organização interna do CMS; Violência e Saúde; Convites/Avisos/ Manifestação; Controle da política; Coordenação entre os níveis da política de saúde; Expressão (tematização) de problemas públicos não relacionados à política pública e questões gerais.

Quadro 3: Graus de capacidade deliberativa.

Dimensão	Alto	Médio	Baixo
Igualdade deliberativa	Predominância de usuários/sociedade civil na vocalização e proposição de temas.	Predominância de trabalhadores/prestadores* na vocalização e proposição de agenda.	Predominância de gestores / poder público na vocalização e proposição de temas
Tipo de decisão tomada	Interferência na elaboração da política pública.	Controle das ações públicas.	Questões de menor relevância.
Função exercida	Prevalência de funções propositivas.	Prevalência de funções de controle.	Prevalência de outras funções.
Publicização de decisões	Decisões não requerem homologação do Executivo; todas são publicadas; o presidente é eleito entre os conselheiros.	Decisões requerem homologação do Executivo; pelo menos uma não publicada; presidente eleito entre os conselheiros.	Decisões requerem homologação do Executivo; pelo menos uma não publicada; presidente membro do Executivo.

* Aplica-se somente aos conselhos de saúde.

Fonte: Souza e Heller (2019) e Cunha (2007).

Desta forma, em resumo, foi identificada e esmiuçada a dinâmica de deliberação do Conselho através da avaliação de “quem participa das discussões, como está se desenvolvendo a deliberação e o que é objeto das decisões coletivas” (CUNHA *et al.*, 2011, p. 304) para, finalmente, determinar com base nos conteúdos presentes nos documentos analisados, sua capacidade de operar e tomar decisões no estabelecimento de políticas públicas de saúde para o município (efetividade deliberativa).

2.5.2 Entrevistas

Conforme orientam Alves e Silva (1992), o roteiro de entrevista foi elaborado de forma a conter tópicos gerais selecionados conforme o interesse do pesquisador, que têm vinculação direta aos seus pressupostos teóricos e contatos prévios com a realidade sob estudo. Desta forma, o roteiro foi organizado em três partes, a saber: (I) Institucionalização, (II) Deliberação e (III) Representação. Assim, através deste roteiro, a direção para a obtenção de dados através da entrevista já foi previamente definida. O roteiro semiestruturado foi elaborado com base na pesquisa sobre a efetividade da participação nos Conselhos Municipais de Assistência Social do Brasil realizada por Almeida, Carlos e Silva (2016), e contém 37 (trinta e sete) perguntas, entre fechadas e abertas, sendo que as abertas serviram para esclarecer as informações das perguntas fechadas (dicotômicas). Estas buscaram investigar a dinâmica de funcionamento, o desenho institucional e a interação deste com a gestão.

As entrevistas foram transcritas, na íntegra, e podem ser consultadas nos Apêndices E e F dessa dissertação. Os dados coletados por meio delas permitiram o acesso às informações que não constam redigidas em documentos como: a existência de orçamento próprio, de sede própria, de planejamento de ações de fiscalização, de comissões permanentes, bem como sobre a disponibilidade de materiais e equipamentos para uso do CMS, os critérios de escolhas das entidades, a participação/representatividade do conselho, quem geralmente propõe pauta para discussão, como se chegam às decisões, se existe canal de denúncia, entre outras.

Para análise das respostas recorreu-se, primeiramente, ao que aconselham Alves e Silva (1992). As autoras orientam que o pesquisador não se deixe “impregnar” pelos dados à medida que realiza a leitura, devendo deter-se numa análise mais imediata do conteúdo expresso e nas relações que se evidenciam. Sendo assim, fez-se anotações das interpretações levantadas, dos pontos críticos identificados e seu significado naquele tópico e na pesquisa como um todo. Assim, gradativamente, a análise foi acontecendo guiada pelo tema e questões centrais. Na sequência, foi elaborada uma redação ancorada na literatura e nos dados obtidos.

2.6 GARANTIAS ÉTICAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O presente projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), sob o parecer número 3.163.806 (CAAE 04270118.4.0000.8467), em 22 de fevereiro de 2019. Assim, durante a fase de coleta dos dados todas as garantias éticas foram asseguradas aos participantes.

Os conselheiros que aceitaram participar da entrevista foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos utilizados no estudo, bem como foram informados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice G), do qual tiveram acesso a uma via, que tinham liberdade de se recusar a participar da entrevista e que, mesmo aceitando participar inicialmente, tinham garantida plena liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem qualquer prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a instituição a qual pertencem.

Eles também foram informados que nenhum procedimento usado na pesquisa ofereceria riscos à sua integridade e dignidade e que a coleta individual dos dados seguirá em sigilo, sendo que somente a pesquisadora terá conhecimento dos autores das respostas.

Adicionalmente, foram cientificados de que não teriam nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada seria pago por sua participação. Também lhes foi assegurado de que os resultados do estudo serão divulgados para os participantes da pesquisa e na instituição onde os dados foram obtidos. A eles foram dados os contatos do Comitê de Ética ao qual a pesquisa foi submetida e os contatos de telefone e e-mail da pesquisadora principal para que, em caso de dúvidas, solicitassem informações.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DEMOCRACIA

Para compreender a evolução e construção do indivíduo como agente participativo nas decisões políticas, faz-se necessária uma abordagem histórica desde o surgimento da democracia direta participativa até o modelo democrático representativo presente na atualidade.

Sabe-se que a palavra democracia originou-se do termo *demokratía*, cunhada pelos Gregos, mais especificamente pelos Atenienses, pioneiros dessa forma de governo. Reis (2018) informa que a referida terminologia aparece em obras dos historiadores Heródoto (484 a.C - 425 a.C) e Tucídides (460 a. C. - 395 a. C.), bem como na obra de filósofos como Platão (República) e Aristóteles (Política). “Nelas, é referida como governo exercido pelo *dêmos* (povo, conjunto de cidadãos livres), ou como governo exercido pelos pobres (em contraposição às demais classes)” (REIS, 2018, p.46), ou seja, trata-se de “governo do povo, pelo povo e para o povo” (ROSSET, 2008, p. 191).

Atenas, considerada *pólis* (cidade-estado), estabeleceu pela primeira vez um sistema de governo que permitia a participação popular de um significativo número de cidadãos. Este foi idealizado por Clístenes, que é eleito arconte⁷ no século V a. C., aprimorado por Péricles, e tinha por base a ideia de que a participação era indispensável para a existência da democracia e de que o Estado deveria ser utilizado para atender às necessidades do povo.

Clístenes inicia seu governo empreendendo reformas administrativas e políticas que democratizaram Atenas, através delas, os considerados cidadãos, a saber, “pequenos comerciantes, camponeses, artesãos, marinheiros ou mesmo simples assalariados” (FERREIRA⁸, 1989, p. 178-179, apud REIS, 2018, p. 46), participavam diretamente da formulação e execução tanto da legislação, como de decisões políticas e jurídicas, sem mediação. “O cidadão ateniense era ao mesmo tempo eleitor e político” (ROSSET, 2008, p. 184). Isso se confirma através de Aristóteles (2010, p. 54) quando menciona que “o cidadão é aquele que tem uma parte legal na autoridade deliberativa e na autoridade judiciária”.

⁷ Os arcontes eram os magistrados supremos de algumas cidades-estados da Grécia Antiga, principalmente de Atenas.

⁸ FERREIRA, José Ribeiro. **Atenas, uma democracia?** Conferência realizada na Faculdade de Letras do Porto em 17/04/1989.

Os cidadãos atenienses deliberavam, principalmente, em Assembleias organizadas em praças públicas. Eles faziam-se presentes para discutir/decidir os rumos da *polis* e outros mais variados temas de interesse da população. Vale ressaltar que,

[...] embora os valores da isonomia, isegoria e isocracia se referissem a uma parcela da população ateniense, as legislações e as deliberações políticas democráticas tinham em vista todas as camadas da população, incluindo-se crianças, mulheres, idosos, estrangeiros, escravos (REIS, 2018, p.56).

Sobre essas reuniões populares Rousseau (2012, p.46) afirma que:

No instante em que o povo está legitimamente reunido em corpo soberano, cessa toda e qualquer jurisdição do governo, o poder executivo fica suspenso, e a pessoa do último dos cidadãos é tão sagrada e inviolável quanto a do primeiro magistrado, porque onde se encontra o representado deixa de haver o representante.

A experiência da democracia direta vivenciada em Atenas sob a orientação de Clístenes foi válida, porém, é no governo de Péricles que ela encontra seu apogeu, atingindo o desenvolvimento mais harmonioso de sua história. Segundo Rosset (2008, p. 184), no referido governo Atenas chegou ao “grau mais alto de estabilidade política de uma cidade-estado grega repercutindo em prosperidade nos mais diversos campos de sua cultura: artístico, social, econômico e militar”, além de alcançar a pacificação no interior da vida civil devido a um relevante motivo: participação dos cidadãos na política que objetivava a satisfação dos seus interesses.

Com o passar dos anos, forças políticas internas e externas, em alguns momentos da segunda metade do século V a. C., abalaram Atenas e seus líderes causando, inclusive, a substituição do regime democrático por regimes oligárquicos. Porém, Reis (2018, p. 52) salienta que “o próprio modo de ser do regime democrático Ateniense permitiu tais abalos, pois as decisões sobre os confrontos militares (expedições, punição por traição, anistia) eram objeto de debate e de deliberação pela Assembleia”.

De fato, a democracia ateniense é resultado de um processo histórico. O objetivo nesse momento não é desejar a aplicação e instituição dos “moldes” que funcionaram na época

citada, e sim reconhecer que a antiga cidade-estado concedeu ao mundo ocidental um referencial político: a democracia.

É importante ressaltar, que segundo alguns autores (DALLARI, 1984; BOBBIO, 1986; ROSSET, 2008; DAHL, 2012), a democracia direta somente era possível devido ao número restrito de cidadãos. Pensando nisso, seria possível aplicá-la nas sociedades modernas? Muitos estudiosos entendem que não. Ocorre que, os Estados Modernos passaram por profundas mudanças, “tornaram-se cada vez mais complexos, extensos, burocráticos e com população extremamente numerosa. A proposta de exercício direto da democracia pelo cidadão já não é mais possível” (ROSSET, 2008, p.206). Para Dahl (2012), discutir a representação foi consequência da expansão da demografia social e complexificação de suas demandas, o que exigiu do Estado mais atenção e cuidado com o povo.

Em complementação ao pensamento de Rosset (2008) e Dahl (2012), Bobbio (1986, p.41) alerta "que todos decidam sobre tudo em sociedades sempre mais complexas como são as modernas sociedades industriais é algo materialmente impossível". Além destes, Dallari (1984) confirma que existe uma impossibilidade prática de utilização dos processos da democracia direta, tornando-se inevitável o recurso à democracia representativa. Para este autor, na democracia representativa o povo concede um mandato a alguns cidadãos, para, na condição de representantes, externarem a vontade popular e tomarem decisões em seu nome, como se o próprio povo estivesse governando.

Bobbio (1986, p.44), esclarece que

A expressão "democracia representativa" significa genericamente que as deliberações coletivas, isto é, as deliberações que dizem respeito à coletividade inteira, são tomadas não diretamente por aqueles que dela fazem parte, mas por pessoas eleitas para esta finalidade.

Desta forma, chega-se à conclusão de que a adoção de um novo modelo de democracia (representativa), em substituição à democracia participativa direta, foi uma forma de superar as mudanças enfrentadas pelos Estados, como as expansões demográfica e geográfica, mas não somente, como afirma Sartori (1994⁹, apud GOMES, 2003). Para o autor, além das mudanças físicas dos Estados, os objetivos, valores e o conceito de ideal democrático também

⁹ SARTORI, Giovanni. **A teoria da democracia revisitada**. Vol. 1. O Debate Contemporâneo. Editora Ática, 1994.

sofreram alterações ao longo dos anos, sendo razoável que os meios para tentar alcançá-los também fossem modificados.

Essa nova perspectiva de democracia, pautada na representação, não permite, na prática, a expressão da soberania popular. A participação da população, por vezes, fica restrita ao processo eleitoral, como se a partir do voto, o cidadão delegasse seu poder decisório de forma que não precisasse mais participar das decisões públicas. Sobre esse tema, Sartori (1994, p.192 apud GOMES, 2003) reconhece a precariedade das eleições para garantir a representação: “em particular, as decisões eleitorais são, enquanto decisões, muito vagas: decidem apenas, ou em geral, quem vai decidir”, e Zorzal (2014, p. 07) complementa ao afirmar que “a representação não pode ser reduzida a um contrato firmado por meio das eleições e os representantes eleitos não são substitutos dos eleitores ausentes”.

De modo geral, o sistema representativo não consegue atender aos anseios da sociedade, fazendo com que o povo não se sinta verdadeiramente representado. Devido ao distanciamento existente entre os eleitores e eleitos, sociedade e Estado, começa-se a cogitar uma “crise da representação”, que segundo Miguel (2003) é evidenciada pelo aumento da desconfiança diante das instituições, declínio no comparecimento eleitoral (abstenção, voto branco e nulo) e o esvaziamento dos partidos políticos. Essa “crise” impulsiona uma nova fase da democracia que busca recuperar a participação social em vários segmentos.

Young (2006¹⁰, apud ZORZAL, 2014) defende que em uma democracia representativa, a representação e a participação não são excludentes, mas se requerem mutuamente; ela deve complementar a representação, sem propriamente competir com ela. Com esse pensamento, as discussões atuais defendem a ampliação e fortalecimento da participação popular a fim de aperfeiçoar a democracia, pois é através do compartilhamento do processo decisório que as ações políticas terão maior consonância com a vontade dos cidadãos (ZORZAL, 2014).

Dessa forma, uma maneira de contornar a limitação da participação da sociedade somente ao processo eleitoral, pode-se e deve-se ser a complementação/implementação da democracia representativa com aspectos da democracia participativa, maximizando os instrumentos de participação popular (conselho, fórum, comissões, audiências, entre outros). A intenção é tornar o Estado mais próximo da sociedade, ou seja, exercer uma representatividade que atenda aos anseios dos representados.

Rodrigues e Souto (201-?, p. 01), defendem que

¹⁰ YOUNG, Iris Marion. **Representação Política, Identidade e Minorias**. Lua Nova, São Paulo, n°67, 139-190. 2006.

Os instrumentos da democracia participativa talvez possam contribuir como alternativas possíveis da readequação de espaços públicos vistos como uma nova possibilidade de efetivação dos ideais democráticos, contribuindo na orientação dos governos e dos próprios representantes eleitos na solução das questões de interesse comum.

Portanto, quando se entende que o poder público existe para atender às demandas da sociedade, pode-se concluir que a participação social é essencial e inevitável. Na sociedade democrática a maioria da população é privilegiada não só para opinar, mas para decidir e legitimar decisões. Para Gohn (2011, p. 21), a participação “objetiva fortalecer a sociedade civil para a construção de caminhos para uma nova realidade social”; Pateman (1992) defende a participação acreditando que nos espaços de relação socioestatal estará a solução para a distância entre as demandas da sociedade civil e as decisões tomadas pelo governo, por meio dela e, através do exercício da deliberação, entende que haverá partilha efetiva do poder entre sociedade e Estado. Giannella (2017) complementa ao defender a participação não apenas como cogestão de programas e projetos e sim como uma possibilidade de compartilhamento efetivo do poder de decisão e de construção do governo através de processos amplos de diálogo e negociação que incluam partes sociais que nunca tiveram essa chance (sujeitos tradicionalmente excluídos).

Portanto, finalizamos com a opinião de Lopes (2014) no que se refere à importância da inclusão da população nos centros de decisões, a fim de possibilitar que os cidadãos sejam inseridos no processo de planejamento, antes concentrado nas mãos do Estado e, assim, decidam substancialmente por ações mais eficazes e mais importantes para a coletividade.

3.2 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO BRASIL

3.2.1 Participação popular no Brasil

A participação social, como ocorre hoje, é resultado de muitas lutas. Algumas delas, essenciais na construção da democracia, serão lembradas no decorrer deste trabalho.

Segundo Saes (2001), o Brasil carrega um deficit de cidadania e é carente de democracia devido à lenta evolução da cidadania política. O país passou por sucessivos avanços e recuos no que se refere aos direitos políticos, enfrentando ainda, períodos democráticos e ditatoriais. Sobre as carências históricas do Brasil no plano da cidadania política, o autor faz uma listagem:

- interdição do voto do analfabeto, desde a lei imperial de 1881 até a Constituição Federal de 1988;
- ausência do voto feminino, do voto secreto e de uma Justiça eleitoral de cunho burocrático e profissional, até o Código Eleitoral de 1932 e a Constituição Federal de 1934;
- limitação prática do exercício do direito de voto durante toda a Primeira República, por obra da submissão da maioria do eleitorado a práticas coronelísticas;
- crescimento constante, desde a redemocratização do regime político em 1945, do clientelismo urbano, como instrumento de deformação das vontades no plano eleitoral;
- supressão total (no caso do Estado Novo) ou quase total (no caso do regime militar) dos direitos políticos etc. (SAES, 2001, p. 379).

Acerca do moroso processo de implantação e de desenvolvimento da cidadania, Carvalho (1995¹¹, apud SAES, 2001) faz uma reflexão, atribuindo como causas a cultura política ibérica transmitida desde a colonização, a qual pregava um ideal paternalista, com a valorização da distribuição de favores em substituição à conquista de direitos e a consequente carência relativa de lutas populares pela busca de direitos no Brasil, que têm significativa importância nesse processo.

Entre os movimentos sociais da história brasileira, os mais impactantes e de relevância no contexto de participação social foram os ocorridos durante a ditadura militar, pois estes resultaram em transformações econômicas, políticas, sociais e culturais no país. Foi durante a ditadura militar (1964 - 1985), quando os militares se apoderaram do aparelho do Estado, que os direitos trabalhistas e sociais sofreram grandes retrocessos. O golpe "conteve o avanço das forças populares que vinham num crescente nível de organização e mobilização em torno das lutas pelas reformas de base" (LARA; SILVA, 2015, p. 277) (agrária, tributária, urbana, educacional e eleitoral), em resposta aos anseios da classe capitalista que resistia à possibilidade de reformas e avanços sociais.

Em fins dos anos 1970 delineava-se a crise do regime militar, resultante, além de outros fatores (crise econômica, por exemplo), da divergência construída pela classe capitalista com este regime. Nesse momento, os movimentos sindicais, sanitário e outros movimentos sociais contra-hegemônicos tomam fôlego e encorajam-se para enfrentar o regime ditatorial, iniciando uma luta popular pela concretização de direitos.

Para Mutzenberg (2011), o período dos anos 1970 e 1980 caracterizou-se por movimentos populares e de trabalhadores, tradicionais e novos, e apontava a emergência de

¹¹ CARVALHO, José Murilo de. **Desenvolvimento de la ciudadanía en Brasil**. Fondo de Cultura Económica, México, 1995.

movimentos de gênero, étnicos, ambientalistas, entre outros, que tinham caráter espontâneo e autônomo. Nesse contexto de luta pela redemocratização, os movimentos sociais “foram interpretados como protagonistas de uma ruptura com o sistema político tradicional, autoritário e clientelista” (CARDOSO, 1996, p. 82¹², apud MUTZENBERG, 2011, p. 129).

Na década de 1990, a oposição ao Estado e as reivindicações ficaram em segundo plano e deram espaço para a implementação das conquistas que se formalizaram na Constituição Federal de 1988. Durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, a imensa participação popular contribuiu decisivamente para que a Constituição pudesse ser democrática, cidadã e protetora dos direitos humanos fundamentais (FACHIN; PAGLIARINI, 2018). Ela é considerada o marco histórico da redemocratização, representando o ápice da união de diversos movimentos sociais e da participação popular que culminou na superação de duas décadas de ditadura militar impostas ao povo brasileiro.

Para alguns autores (BONAVIDES, 2000; SAES, 2001; BARROSO, 2008), esse foi o maior avanço em relação aos direitos e garantias individuais e coletivos, direitos sociais, humanos, econômicos, trabalhistas, políticos, entre outros, conforme pode-se constatar:

A Constituição de 1988 é o símbolo maior de uma história de sucesso: a transição de um Estado autoritário, intolerante e muitas vezes violento, para um Estado Democrático de Direito (BARROSO, 2008, p. 65).

[...] foi a melhor das Constituições brasileiras de todas as nossas épocas constitucionais. Onde ela mais avança é onde o Governo mais intenta retrogradá-la. Como constituição dos direitos fundamentais e da proteção jurídica da Sociedade, combinando assim defesa do corpo social e tutela dos direitos subjetivos, ela fez nesse prisma judicial do regime significativo avanço (BONAVIDES, 2000, p. 174).

É quase unânime, entre os cientistas políticos brasileiros, a opinião de que, com a Constituição federal de 1988, a cidadania política chegara a seu ápice na história brasileira [...] (SAES, 2001, p. 404).

A “Constituição cidadã” “traz em seu corpo uma pluralidade de normas capazes de garantir o exercício democrático do poder” (FACHIN; PAGLIARINI, 2018, p. 156). Através dela, abriu-se a perspectiva para que fossem criadas regulamentações, objetivando o fortalecimento do processo de inserção dos indivíduos na gestão pública, desta forma, foi

¹² CARDOSO, Ruth Correa Leite. A trajetória dos movimentos sociais. In: DAGNINO, E. (org.). **Anos 90**: política e sociedade no Brasil. São Paulo, Brasiliense, 1996.

garantida a incorporação da participação direta dos cidadãos nas atividades políticas desenvolvidas no país, seja na esfera municipal, estadual ou federal.

Sem a pretensão de encerrar detalhes normativos, mas, buscando dar destaque às principais conquistas advindas de incessantes lutas sociais, abaixo são elencados alguns canais de participação implementados pela nova legislação, que legitimaram a participação popular no âmbito público, em diversas áreas:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em **Estado Democrático de Direito** e tem como fundamentos:

[...]

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou **diretamente**, nos termos desta Constituição.

Art. 14. A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, e, nos termos da lei, mediante:

- I - **plebiscito**;
- II - **referendo**;
- III - **iniciativa popular**.

Art. 29. O Município reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos, com o interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição, na Constituição do respectivo Estado e os seguintes preceitos:

[...]

XII - cooperação das associações representativas no planejamento municipal.

Art. 194, Parágrafo único: Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

[...]

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

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

[...]

III - participação da comunidade.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social [...] e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

[...]

II - participação da população, por meio de organizações representativas, **na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.**

Art. 216-A. O Sistema Nacional de Cultura, organizado em regime de colaboração, de forma descentralizada e participativa, institui um processo de gestão e promoção conjunta de políticas públicas de cultura, democráticas e permanentes, pactuadas entre os entes da Federação e a sociedade, tendo por objetivo promover o desenvolvimento humano, social e econômico com pleno exercício dos direitos culturais.

§ 1º O Sistema Nacional de Cultura fundamenta-se na política nacional de cultura e nas suas diretrizes, estabelecidas no Plano Nacional de Cultura, e rege-se pelos seguintes princípios:

[...]

X - democratização dos processos decisórios com participação e controle social; [...] (BRASIL, 1988, *grifo nosso*).

Essa nova ordem constitucional elevou os movimentos sociais a uma posição ainda não conhecida: evoluíram de uma concepção de participação predominantemente reativa, antagônica e contestadora do Estado na gestão da sociedade, a uma postura mais propositiva, que passa a entendê-lo como espaço de disputa e de possibilidades de ampliação de interlocutores (CARVALHO, 1998). “A participação entendida e realizada como confronto dá lugar à participação entendida como disputa e negociação. A reivindicação de participação popular, formulada pelos movimentos sociais, torna-se a reivindicação de participar da gestão da sociedade” (CARVALHO, 1988, p. 08). Nesse sentido, as participações comunitárias e populares da década de 1980 cedem lugar à participação cidadã, cujos interesses passam a ser a sociedade como um todo, não só a comunidade e o povo (GOHN, 2011). A respeito dessa participação, contemplada pela Constituição, Dallari (1996, p.13-51) conclui que:

A participação popular prevista na Constituição Federal de 1988 é um princípio inerente à democracia, garantindo aos indivíduos, grupos e associações, o direito não apenas à representação política, mas também à informação e à defesa de seus interesses. Possibilita-lhes, ainda, a atuação e a efetiva interferência na gestão dos bens e serviços públicos.

A possibilidade de atuação de indivíduos na gerência dos bens públicos significa a necessidade de desenvolvimento de novas habilidades para desempenhar atividades de nível operacional-propositivo, como as de planejamento, implementação e fiscalização de políticas públicas, uma vez que partir da Constituição novos desdobramentos jurídicos geram “ferramentas importantes que vão auxiliar o cidadão em sua empreitada pela busca de um estado mais democrático” (LOPES, 2014, p. 25). Dessa forma, surgem no cenário espaços de

gestão participativa, tanto de políticas, quanto de equipamentos e recursos públicos, como fóruns, plenárias, grupos de trabalho, comitês, comissões, audiências e conselhos. No momento, este último é o foco deste trabalho.

3.2.2 Conselhos gestores como canais de participação cidadã e controle social

Os conselhos gestores tornaram-se instituições importantes no âmbito das políticas públicas a partir da Constituição Federal de 1988 e representam, na atualidade, uma das principais experiências de democracia participativa no Brasil. Segundo Giannella (2017, p. 967),

graças a esse modelo, o Brasil chegou a ser referência internacional com respeito ao tema da participação; um país em que os princípios de radicalização da democracia através da inclusividade das políticas estavam sendo materializados em processos e práticas concretas.

Eles são fruto, principalmente, do processo de descentralização político-administrativa, da municipalização das políticas públicas e dos princípios constitucionais que garantem a participação da sociedade na condução das políticas públicas. Dessa forma, os conselhos expandiram quantitativamente e existem de forma temática (saúde, educação, moradia, meio ambiente, transporte, cultura, dentre outros) nas três esferas de governo, inclusive na maioria dos municípios brasileiros, retratando a construção de uma institucionalidade democrática que aposta na “intensificação e na institucionalização do diálogo entre governo e sociedade – em canais públicos e plurais – como condição para uma alocação mais justa e eficiente dos recursos públicos” (TATAGIBA, 2005, p. 209).

Hannah Arendt (1973)¹³ faz defesa dos conselhos como formas de gestão da coisa pública, definindo-os como espaços da ação coletiva entre o público e o privado. Para a autora, eles são a única forma possível de um governo horizontal; um governo que tenha como condição de existência a participação e a cidadania (apud GOHN, 2002).

¹³ ARENDT, H. **Crises da república**. São Paulo, Perspectiva. 1973.

Na mesma linha, Gohn (2011) afirma que os conselhos gestores são canais de participação, frutos de luta, de demandas populares e de pressões da sociedade civil pela redemocratização do Brasil, que permitem a interlocução entre a população e o poder público estatal, sendo, portanto, instrumento mediador e negociador entre estes atores ou setores da sociedade, constituindo espaços de aprendizagem, de negociação, do exercício de diálogo, e, de fortalecimento da cidadania. Azevedo (2015, p. 167) sintetiza, ao descrever os conselhos gestores como

[...] instituições criadas para assessoria e controle de administração pública; são temáticos, ou seja, i) vinculam-se às políticas sociais específicas como educação, saúde, emprego, infância, etc.; ii) preveem a participação voluntária de representantes de organizações sociais da sociedade civil; iii) são deliberativos, abrangentes e permanentes, em relação às temáticas as quais estão vinculados, e iv) incidem sobre todo o circuito de gestão de uma política pública, desde a formulação até a sua implementação.

A partir desses autores (ARENDDT, 1973; TATAGIBA, 2005; GOHN, 2011 e AZEVEDO, 2015), é possível considerar os conselhos como espaços comprometidos com o interesse público, transparentes, que representam uma resposta ou uma alternativa ao sistema representativo clássico, tornando a “política mais pública”, na medida em que permitem o envolvimento direto da sociedade civil na gestão das políticas públicas.

Os conselhos estão inscritos na Constituição de 1988 na qualidade de instrumentos de expressão, representação e participação da população. Constituem-se, normalmente, em órgãos públicos plurais, permanentes e autônomos, criados por lei e regidos por regulamento aprovado pelo seu plenário, vinculados ao poder Executivo como órgãos auxiliares da gestão pública, que assumem atribuições consultivas, deliberativas e/ou de controle e, para isso, possuem composição paritária entre a sociedade civil e o poder público (GOMES, 2003; GOHN, 2002).

É importante ressaltar que a instituição desses espaços democráticos não tem como interesse o conflito com aqueles que foram eleitos para representar o povo, nem a diminuição das suas funções. Um dos objetivos é estimular o empoderamento comunitário, a prática da cidadania, da participação social, realizando efetivamente uma gestão democrática, na qual seja possível cooperar com a tomada de decisões, levar para discussão os problemas que afligem a sociedade, bem como contribuir com a resolução destes. Nesse contexto, a partir

dos conselhos surge a corresponsabilização pela gestão da coisa pública antes exclusiva dos governos.

Ainda em relação aos objetivos dos conselhos, Gomes (2015, p. 904) acrescenta que

[...] no que tange à eficiência das políticas públicas, podemos identificar dois objetivos principais dos conselhos gestores de políticas públicas: a identificação, captação e ponderação constante das preferências da sociedade, com vistas à formulação de políticas públicas e o controle social sobre estas, incluindo a responsividade às demandas da sociedade e a responsabilização dos governantes.

Para o primeiro, é válido destacar o importante papel dos conselhos na identificação e na captação de preferências da sociedade, pois essas ações permitem a formulação de políticas públicas compatíveis e a orientação na alocação dos recursos públicos, constituindo uma maior eficiência econômica e social. A abertura de um espaço de manifestação constante da sociedade possibilita ao Estado identificar as necessidades prioritárias e, ainda, receber aporte de conhecimento quanto à melhor forma de abordá-las (GOMES, 2015)

Passando ao segundo objetivo, a que, precisamente, refere-se esse controle? Para Fayol (1976, p. 143) “o controle consiste em verificar se tudo está correndo em conformidade com o plano adotado, as instruções emitidas e os princípios estabelecidos. Seu objetivo é apontar as faltas e os erros para que se possa retificá-los e evitar a sua reincidência”. O controle social, citado aqui, refere-se a uma nova forma de controle sobre os governos, além dos tradicionais controles parlamentar e judicial, ascendente, que implica no direito de “exigir a prestação de contas no uso dos recursos, influenciar ou decidir sobre escolha das políticas públicas, fiscalizar o cumprimento de suas deliberações e sancionar, entre outras prerrogativas” (GOMES, 2015, p. 904) a fim de evitar/coibir as ingerências do Estado.

3.2.2.1 O processo de deliberação e a efetividade do conselho gestor

O desempenho dos conselhos não depende apenas dos representantes da sociedade civil, mas de um intenso processo de negociação (GOHN, 2002). Estes devem configurar-se como espaços de maior participação, não apenas de “representação” da sociedade, pois são, como já visto, um lugar de interlocução, de negociação, de disputa, de discussão, de pactuação e de compartilhamento de responsabilidades entre a sociedade e o governo, e o

principal instrumento de negociação é a participação através de um processo já característico dos conselhos: a deliberação. Para Cunha *et al.* (2011, p. 303) a deliberação é um “processo comunicativo de formação da opinião e da vontade pública que precede a decisão”. Este envolve justificação, discussão, apelos afetivos, argumentos informais, falas retóricas, testemunho pessoal, barganhas, entre outros. Gohn (2011, p. 36) complementa ao informar que o conselho é

[...] uma esfera que comporta a interação entre grupos organizados da sociedade, originários das mais diversas entidades, organizações, associações, movimentos sociais, etc. A natureza dessa esfera é essencialmente política argumentativa. É um espaço para o debate, face a face, dos problemas coletivos da sociedade [...]

Esse formato – deliberativo - tende a gerar decisões mais eficientes e mais democráticas quando comparadas a um processo de simples agregação de preferências, como uma votação. Por meio da deliberação, a intensidade destas preferências sobre determinada política pública é manifestada e, o ideal é que prevaleçam os melhores argumentos. Esse espaço possibilita a emergência de um agir coletivo, de uma consciência coletiva, dessa maneira, as decisões também serão coletivas e não têm, necessariamente, a pretensão de revelar um improvável “bem comum”, mas são qualificadas e legítimas, pois surgem a partir de arranjos de opiniões públicas (GOMES, 2003; GOHN, 2002).

Urbinati (1999, p. 5, 12, 36) afirma que a própria representação dos órgãos colegiados abre espaço para o processo deliberativo, pois existe um distanciamento temporal entre a exposição ao discurso e a tomada de decisão, favorecendo a reflexão individual sobre as escolhas possíveis. Além disso, defende que os representantes não devem reproduzir estritamente a categoria representada, ao contrário, deve transcender sua condição de classe e a causa representada, agregando valor a ela em um processo dialético com as demais posições. Através desse processo é possível atender aos objetivos já apontados, pois ao mesmo tempo em que se coloca em pauta as necessidades dos cidadãos, existe a possibilidade de corrigir os rumos da política.

Dessa forma, por se tratar de órgão colegiado, que conta com a participação da sociedade civil e governo, pode-se inferir que as decisões devem ser tomadas após discussões e debates, uma vez que a legislação recomenda que esses canais sejam utilizados não como mera instância consultiva, mas tenham capacidade de deliberação e decisão. Entende-se,

então, que o conselho deve cumprir o seu papel de propositor e de formulador da política de saúde, bem como de controlador das ações do executivo municipal nessa área – fazer cumprir suas decisões, devendo ser ativo e possuir um caráter transformador, ou seja, ser capaz de influenciar as políticas públicas.

Para Cunha (2010), o debate sobre a capacidade de influenciar as políticas públicas dos conselhos versa sobre os efeitos e/ou impactos dos processos deliberativos sobre as decisões de políticas públicas, ou seja, sobre sua efetividade deliberativa. Nesse contexto, ela define a efetividade deliberativa como “[...] a capacidade das instituições influenciarem, controlarem ou decidirem sobre determinada política [...]” (CUNHA, 2010, p.98). Para a autora, a efetividade deliberativa envolve a efetividade democrática e a qualidade deliberativa, que são entendidas como o conjunto de variáveis relacionadas à institucionalização de procedimentos e à capacidade de produzir debates e decisões com o propósito de influenciar efetivamente as políticas públicas, respectivamente.

O desenho institucional – reconhecido como a associação de regras, mecanismos e processos que determinam os parâmetros que nortearão a implementação e o funcionamento dessas instituições (FARIA; RIBEIRO, 2011) – é considerado preditor importante dos efeitos democráticos promovidos pelas Instituições Participativas, pois interfere na pluralidade da composição, na proposição de novos temas, entre outros, moldando e determinando o sentido das dinâmicas deliberativas e representativas empreendidas no interior deste órgão (FARIA, 2007).

De acordo com Faria e Ribeiro (2011), a presença de maior regulação desses espaços é proporcional ao seu grau de institucionalização. Da mesma forma, a existência de uma sólida estrutura burocrática como mesa diretora, secretaria-executiva, comissões técnicas e previsão de conferências sugere maior organização dos conselhos. Seu caráter inclusivo e democratizante depende das regras sobre composição, pluralidade e proporcionalidade dos membros, e estas são capazes de denunciar a intenção de partilha de poder entre Estado e sociedade civil na gestão das políticas públicas. Dessa forma, entende-se que na ausência de institucionalização, "a regularidade no funcionamento das instâncias dependeria diretamente das conveniências conjunturais" (SOUZA; TEIXEIRA; LIMA, 2012, p. 5).

De igual importância para efetividade deliberativa do conselho, tem-se a capacidade deliberativa. Cunha (2007, p. 142) esclarece que ela está relacionada à “capacidade dos conselhos em produzir debates e decisões que tivessem a possibilidade de influenciar efetivamente a produção da política pública”. Desta forma, a capacidade deliberativa relaciona-se à deliberação pública e inclusiva, à igualdade deliberativa entre os participantes e

ao controle e decisão sobre as ações públicas (CUNHA, 2007), sendo um importante indicador da qualidade do processo decisório empreendido no interior das Instituições Participativas (ALMEIDA; CUNHA, 2011). Portanto, as deliberações do CMS “devem influenciar as decisões políticas e o controle público sobre as ações e os recursos públicos” utilizados pelo Estado (CUNHA, 2007, p. 140). Enfim, a efetividade democrática e a capacidade deliberativa, em conjunto, são essenciais para verificar a efetividade deliberativa desses órgãos - sua capacidade de operar e tomar decisões (FARIA, 2007; ALMEIDA; CARLOS; SILVA, 2016).

3.2.2.2 Disseminação dos conselhos e dificuldades para a sua efetividade

As três esferas de governo possuem inúmeros conselhos gestores que atuam em diversas áreas, porém, a multiplicidade desses conselhos e a simples formalidade da sua existência não significa que estejam sendo eficientes na discussão de assuntos relacionados às políticas públicas e “contribuindo para a consolidação do novo formato da gestão descentralizada e participativa” (ROCHA, 2009, p. 04).

Vários aspectos capazes de influenciar a eficácia dos conselhos são apontados por Cruz (2000), Tatagiba (2002) e Gohn (2002). Entre estes, destacam o processo de criação; a composição (indicação dos conselheiros); a capacitação dos conselheiros (governamentais e não-governamentais) para intervir no diálogo deliberativo; o controle do Estado sobre definição de agenda; a infraestrutura; entre outros.

Sobre o processo de criação, Cruz (2000) afirma que muitos municípios ainda criam seus conselhos por meio de decretos ou portarias, quando, nesse caso, o ideal é que a criação seja através de lei. Para a autora, "é mais difícil produzir alterações nos Conselhos criados por força de lei, pois foram constituídos a partir de uma ampla discussão, envolvendo a sociedade e inclusive o Legislativo local" (CRUZ, 2000, p. 74)¹⁴. Além disso, Cruz (2000) e Gohn

¹⁴ Para comprovar a importância desse quesito (processo de criação), no dia 11 de abril deste ano, foi anunciada, em comemoração aos 100 dias de governo de Jair Bolsonaro (sem partido), atual presidente do Brasil, a assinatura do Decreto n.º 9.759 que prevê a extinção da maioria dos Conselhos Federais combinada com a revogação do Decreto n.º 8.243/2014, que criou a Política Nacional de Participação Social (PNPS) durante o governo de Dilma Rousseff (PT), objetivando o fortalecimento e articulação dos mecanismos e das instâncias democráticas de diálogo e da atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil. Tal Decreto foi julgado pelo plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) no dia 13 de junho, decidindo-se de forma unânime e provisória, impedir que o presidente Jair Bolsonaro extinga, por decreto, conselhos da administração federal que tenham amparo em lei, reduzindo o alcance do decreto presidencial. É importante ressaltar que, com essa medida ainda não se tem a estimativa de conselhos que serão impactados/extintos. Vale questionar e refletir sobre a decisão do STF, que se amparou apenas no vício de forma (publicação de Decreto para mudar a Lei) para impedir a extinção

(2002) observaram que existe uma vinculação direta entre a data de criação dos conselhos e a promulgação de leis estaduais e federais que normatizam o repasse de verbas para os municípios, sendo poucos os conselhos criados antes da promulgação das leis que regulamentam as políticas sociais. Tal fato é preocupante, pois a defesa da manutenção dos conselhos perpassa pela importância do compromisso popular e da necessidade de existência de instrumentos de participação, e essa observação chama atenção para uma situação que nos parece óbvia: foram os conselhos criados apenas para o cumprimento de uma exigência legal?

Sobre isso, Grisotti, Patrício e Silva (2007) fazem uma interessante observação com base nos estudos de Luchmann (2002), afirmando que a instituição dos conselhos devido à indução legal na esfera federal, como referido anteriormente, e a "obrigatoriedade legal" da participação da população configuram um quadro de ambiguidade. Segundo a autora citada por eles, através das suas experiências em estudos sobre os conselhos gestores de políticas públicas, essa obrigação é contraditória pois

[...] por um lado, essa obrigatoriedade é responsável pela implementação de uma série de experiências conselhistas que se institucionalizam sem ou com reduzido respaldo de mobilização e participação social, o que os torna espaços com caráter meramente formal-legal. Por outro lado, essa obrigatoriedade permite, por não depender única e exclusivamente do projeto político do governo, uma maior explicitação dos conflitos sociais. O embate entre a sociedade civil, ou setores desta, e o Estado no interior de várias experiências conselhistas é um indicador importante de que, ancorados em um estatuto legal, os conselhos podem não apenas provocar importantes ruídos tendo em vista questionar os mecanismos de poder tradicionais, como alterar condições e realidades sociais (LUCHMANN,¹⁵ 2002, apud GRISOTTI; PATRÍCIO SILVA, 2007, p. 835).

Acerca da composição e representação nos conselhos, verifica-se, com frequência, a inobservância da paridade. Outros segmentos ocupam os lugares reservados aos representantes da sociedade, que acabam defendendo interesses distintos e, em certos momentos, conflitantes com os desejos dos usuários dos serviços públicos (CRUZ, 2000).

total dos conselhos e não no fato desta medida acarretar em déficit democrático e ser materialmente inconstitucional.

¹⁵LUCHMANN, Lígia Helena Hahn. Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional. **Revista de Ciências Sociais Unisinos**. 2002; 161:43-79.

Quando os conselhos foram pensados e discutidos, previa-se a criação de um espaço onde diversas representações poderiam se fazer presentes para discutir, propor e avaliar as políticas públicas, ou seja, seriam espaços plurais que receberiam diferentes opiniões. Dessa forma, caso a paridade não seja observada, a representação fica, necessariamente, prejudicada, visto que elementos essenciais serão suprimidos das discussões. Para além de números, Gohn (2002) e Tatagiba (2002) fazem um alerta, defendendo que esta não deve ser apenas numérica, e por vezes, a igualdade numérica não é suficiente para garantir equilíbrio no processo decisório, mas deve ser considerada na garantia de uma efetiva igualdade de condições entre os participantes, tanto em relação ao acesso à informação, quanto na disponibilidade de tempo, entre outros. Reforça a disparidade existente ao afirmar que membros do governo possuem acesso às informações durante o expediente de trabalho normal/remunerado, têm suporte administrativo e infraestrutura, além de serem habituados à linguagem tecnocrática, ou seja, possuem tudo que os representantes da sociedade civil não têm. Sobre esse aspecto, trataremos agora de outro quesito que interfere na eficácia dos conselhos: a capacitação.

Para Teixeira (2000), o desempenho dos conselhos depende, além de outros aspectos, das condições reais de acesso às informações, da formação cultural, educacional, de capacitação técnico-política dos conselheiros e de disponibilidade de tempo e recursos físicos, humanos e tecnológicos. A ampliação do conhecimento que cada membro já possui os capacita a participar mais efetivamente nas reuniões, realizar questionamentos consistentes e pensar em estratégias que tragam benefícios à comunidade (CRUZ, 2000). Gohn (2002, p. 24) afirma que “é preciso entender o espaço da política para que se possa fiscalizar e também propor políticas; é preciso capacitação ampla, que possibilite a todos os membros do conselho uma visão geral da política e da administração”, pois só existirá igualdade na participação se existir acesso às informações. A capacitação é, portanto, “uma iniciativa necessária para diferenciar o papel do Conselho e do Executivo” (CRUZ, 2000, p. 78).

O controle da agenda é outro aspecto que dificulta a efetivação da participação. Conselhos deliberativos podem perder essa característica quando quem controla as pautas é o governo (FERRAREZI; OLIVEIRA, 2012). Estudos sobre conselhos (CRUZ, 2000; TATAGIBA, 2002, 2005; GOHN, 2002) apontam que o Estado centraliza o poder de agenda nessas instâncias: “o debate e a negociação nos conselhos têm sido limitados pela imposição unilateral dos interesses temáticos do Estado” (TATAGIBA, 2005, p. 211).

Para finalizar as observações gerais das autoras, citamos outro problema comum aos conselhos existentes no país: a falta de infraestrutura. Quase nenhum conselho possui

destinação de recursos diretamente do executivo, ou seja, os conselhos não possuem orçamento próprio que possibilitaria o custeio das suas necessidades e funcionamento autônomo em relação ao órgão gestor (CRUZ, 2000).

Percebe-se que as dificuldades enfrentadas pelos conselhos são muitas e acabam impedindo a implementação do projeto de democratização da gestão pública. Além da superação destes problemas, a efetividade dos conselhos depende, ainda, do grau de comprometimento do conjunto do governo com essa política participativa. Muitas vezes, a tradição centralizadora e autoritária que sempre marcou o Estado brasileiro insiste em manter uma gestão independente da sociedade. Em face disso, “é fundamental reafirmar a importância dos Conselhos Gestores como um espaço essencialmente político de surgimento, clarificação e visibilidade dos cidadãos organizados, interagindo com representantes dos poderes constituídos” (ROCHA, 2009, p. 20).

3.3 OS CAMINHOS PERCORRIDOS PARA UMA GESTÃO DEMOCRÁTICA DA SAÚDE

3.3.1 Uma abordagem histórica do Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil

Após o golpe militar de 1964, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, pois a demanda da população por serviços de saúde ultrapassava a capacidade de oferta do governo. Tais reformas ocasionaram a proliferação de planos de saúde, especialmente nos grandes centros urbanos, que favoreceram um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores de serviços privados (PAIM *et al.*, 2011).

Os serviços médicos consolidaram uma desigualdade em três níveis: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para grupo seletivo de assalariados e classes médias, os serviços públicos para pagantes da previdência (FALEIROS, 1995, p. 16). O período é marcado pela instauração de uma crise de recursos e pelo enfraquecimento da capacidade de ação do Ministério da Saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Um novo olhar em relação à saúde passa a ser propagado e ela começa a ser pensada de uma nova forma, que não somente a curativa. A disseminação de doenças, marcadamente da pobreza, como verminoses, indicava a necessidade de planejamento e avaliação de ações, bem como integração da prevenção com a assistência curativa, visando o alcance de objetivos,

que deveriam ser definidos conforme informações estatísticas e definição de prioridades (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Entre as décadas de 1970 e 1980 o país presenciou a recessão econômica, bem como a crise político-ideológica e a limitação da saúde pública ao processo curativo, sem muitos investimentos em promoção e prevenção. Esse contexto de crises e contradições favoreceu "a ampliação das tensões sociais e o surgimento de diversas formas de mobilização popular por transformações políticas e mudanças nas condições sociais" (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 18-19). Nesse momento surgiram os primeiros movimentos pelas reformas no campo da saúde.

Gradativamente, o movimento sanitarista, composto e fundamentado por intelectuais da época, corpo técnico da saúde, movimentos sociais e pesquisadores de algumas organizações, foi emergindo como um movimento pela reforma do sistema de saúde, que podia ser confundido "com o próprio processo de luta contra a ditadura e abertura democrática" (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 16). Vale destacar que a reforma foi instituída e organizada pela sociedade civil e não proveniente de organização do governo (PAIM *et al.*, 2011).

Segundo Paiva e Teixeira (2014), membros do nascente movimento sanitário brasileiro, favoráveis à prestação estatal de serviços de saúde e orientados ideologicamente à esquerda, procuraram introduzir mudanças progressivas nas bases de organização do sistema de saúde do país, objetivando a mudança do foco da saúde, voltando-a para um olhar social que passasse a enxergá-la de forma mais ampla. Para tanto, essas mudanças visavam à priorização dos cuidados primários em saúde, aumento da cobertura dos serviços médicos e regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada. Sobre a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira, Paim *et al.* (2011, p. 18) afirmam que a saúde era defendida não como "uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público".

Com os avanços das ideias do movimento, dois eventos foram organizados. Estes foram essenciais na consolidação das reformas no campo saúde, e, conseqüentemente, no auxílio da formação do Sistema Único de Saúde-SUS: o Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em 1979, e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

O primeiro evento realizou-se na Câmara dos Deputados e reuniu as principais lideranças das várias tendências do movimento. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES (1980) explica que as discussões geraram um documento que estabelecia princípios

centrais que seriam adotados pela reforma sanitária, como: (a) o direito universal à saúde; (b) o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; (c) o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; (d) a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; (e) a participação popular; (f) o controle democrático e, (g) a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde contou com os movimentos médico e popular, que ampliaram a discussão sobre a reforma da saúde. Nessa Conferência, as demandas dos movimentos (fortalecimento do setor público de saúde, a expansão da cobertura a todos os cidadãos e integração da medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único), foram discutidas e aprovadas (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Paim (2008) acrescenta que entre os temas discutidos na Conferência, estavam: (a) a reformulação do sistema nacional de saúde; (b) o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde e (c) o financiamento do setor. Presumia-se, com essas iniciativas e resultados, que a ditadura militar estava chegando ao fim, e com ele, nasceria uma saúde pública com novas bases. Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado, o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma (PAIM *et al.*, 2011).

Atualmente, o Sistema Único de Saúde - SUS é responsável pela realização de ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além disso, deve assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar (PAIM *et al.*, 2011). Sua importância é registrada pelo Ministério da Saúde - MS, quando afirma¹⁶ que as ações para a saúde são voltadas para aliar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social, portanto, o SUS ocupa um espaço importante na sociedade e na percepção dos direitos de cidadania. Para destacar sua abrangência e seu impacto, o MS informa que mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS.

3.3.2 Saúde como direito: principais leis

A saúde ocupa um lugar privilegiado na Constituição Federal de 1988 e foi protegida de forma nunca vista nos textos constitucionais anteriores. São mais de trinta dispositivos que

¹⁶ BRASIL. **Diretrizes estratégicas do SUS**. Site do Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>. Acesso em 05 ago. 2019.

tratam sobre ela em vários momentos deste documento. Para Sarlet (2006), a saúde não foi só “agasalhada” como bem jurídico digno de tutela constitucional, mas consagrada como direito fundamental, sendo outorgada a ela uma proteção jurídica diferenciada no âmbito da ordem jurídico-constitucional pátria.

Ela ganha destaque, inicialmente, através do art. 6º do capítulo que trata dos direitos sociais, que, por sua vez, enquadra-se no título dos direitos e garantias fundamentais. Esse artigo prevê que “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” (BRASIL, 1988).

Segundo Cunha Júnior (2009) e Silva (2006), os direitos sociais elencados na Constituição são ligados ao direito à igualdade, pois surgiram na tentativa de resolver a crise de desigualdade social. Eles deveriam possibilitar melhores condições de vida aos mais pobres e buscar a realização da igualização de situações sociais desiguais. Desta forma, os direitos sociais são prestações positivas que devem ser observadas e oferecidas em um Estado Social de Direito, de forma direta ou indireta, de natureza jurídica ou material, consideradas necessárias para o efetivo exercício das liberdades fundamentais.

Sobre o direito à saúde, especificamente, Araújo e Nunes Júnior (2009, p. 486) afirmam que “constitui um desdobramento do próprio direito à vida. Logo, por evidente, não poderia deixar de ser considerado como um direito fundamental do indivíduo”. Canotilho e Moreira (1984, p. 342) acrescentam que, o direito à saúde comporta duas vertentes

uma, de natureza negativa, que consiste no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenha de qualquer ato que prejudique a saúde; outra, de natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais [estatais] visando a prevenção das doenças e o tratamento delas.

A saúde também possui uma seção específica (Seção II) no capítulo II, que é destinado ao tratamento da seguridade social. O artigo 196, de grande relevância, afirma que

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. (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, esse dispositivo dá as orientações e estabelece as diretrizes para atuação futura dos órgãos estatais, bem como os caminhos que o legislador deverá seguir ao legislar sobre aspectos da saúde, pois o Poder Público tem a responsabilidade de dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços públicos de saúde, conforme determina o artigo 197 da Carta Magna (CRUZ, 2012).

O Sistema Único de Saúde-SUS é mencionado no artigo 198. Este apresenta as suas diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação máxima da comunidade.

Para Araújo e Nunes Júnior (2009), a descentralização permite que o atendimento básico à população seja realizado plenamente pelos municípios, cabendo aos Estados o trato de questões de alta complexidade e à União a gestão do sistema. Por atendimento integral, entende-se que a rede pública de saúde deve propiciar atendimento que englobe a prevenção, atendimento médico, hospitalar e assistência farmacêutica. Já sobre a participação da comunidade, esta foi solidificada com a implantação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis federativos.

A aplicação do direito social à saúde dependeu de regulamentação por leis ordinárias e inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), pois na Constituição havia ausência de autoaplicação de vários dos dispositivos. As Leis de nºs 8.080/90 e 8.142/90, conhecidas como Leis Orgânicas de Saúde - LOS, foram promulgadas “para operacionalizar, no âmbito do Poder Executivo, o mando constitucional de Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado” (MARTINS, 2009, p. 06) e para regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), aborda as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde. Através dela, são reforçados os princípios, as atribuições do SUS e a descentralização político-administrativa na forma da municipalização dos serviços e das ações de saúde.

Mercadante (2002, p. 250) faz uma análise geral da referida Lei e detecta suas principais tendências:

[...] realce das competências do Ministério da Saúde, restringindo-lhe a prestação direta dos serviços apenas em caráter supletivo; ênfase na

descentralização das ações e serviços para os municípios; e valorização da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios, onde estes ainda eram vistos, preponderantemente, como receptores de tecnologia.

A Lei nº 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990 apresenta a forma de financiamento do SUS, mas sua principal função é valorizar a cidadania, através da manutenção da perspectiva de participação social na gestão do SUS por meio dos conselhos e conferências de saúde, ressaltando a participação como mecanismo de controle da sociedade que passa a ocupar espaços estratégicos nos aparelhos do Estado.

Esse arcabouço legal do SUS provocou mudanças positivas na organização do Estado brasileiro e na concepção da saúde, “compreendida como um produto social e histórico condicionado pelas circunstâncias de vida e de trabalho das pessoas” (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 368). Para Busana, Heidemann e Wendhausen (2015), essas leis modificaram os serviços de saúde através do desenvolvimento da ideia do acesso universal como política de saúde, visto que, até então, esses serviços priorizavam ações individuais curativas em detrimento daquelas promocionais da saúde da coletividade. Além disso, através das LOS, a participação social em todos os níveis de governo foi legalizada, assim, o conhecimento e cumprimento das normas contribui para o fortalecimento desse processo de participação, na direção do permanente aprimoramento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003).

3.3.3 Representação e controle social na saúde

Os movimentos de saúde ganharam visibilidade na história de democratização das políticas de saúde por impulsionarem a inclusão do controle social da coisa pública na legislação. Embora o termo “controle social” seja o mais utilizado, Rolim, Cruz e Sampaio (2013) consideram que se trata de um reducionismo, pois ele não traduz a amplitude do direito assegurado pela Constituição Federal de 1988, que permite não só o controle e a fiscalização, como também valoriza o exercício da cidadania através da participação na formulação de políticas e da intervenção em decisões, visando ao atendimento dos legítimos interesses públicos. O controle social tem um sentido de vigilância, responsabilização, efetividade e compromisso com a coisa pública.

Além disso, o controle aqui abordado não se restringe aos serviços de saúde, ou seja, ao consumo do “produto saúde”, pois entendemos que a saúde é maior do que a ausência de

doença (SPOSATI; LOBO, 1992). Para a Organização Mundial de Saúde - OMS, a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, ela abrange o direito social à saúde, que vai além das ações curativas, englobando a “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos” (BRASIL, 1990).

Como acertadamente menciona o art. 3º da Lei nº 8.080/1990,

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Nesse contexto, concluímos que a saúde é o resultado das condições sociais, econômicas, políticas e culturais e que o “serviço de saúde é um direito do cidadão, embora saúde, como direito, seja mais do que o serviço de saúde” (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 368).

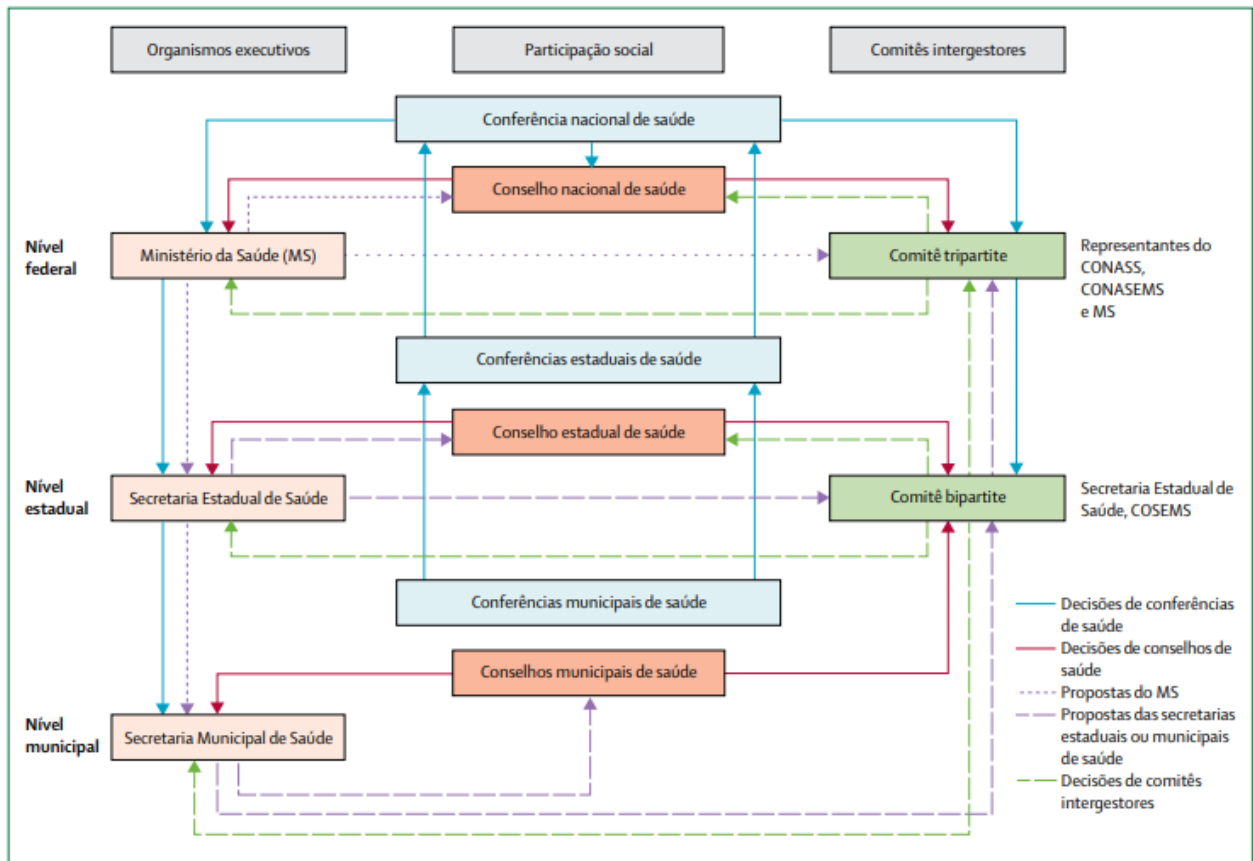
A noção de saúde como direito é uma conquista social, e a inclusão da descentralização e participação da comunidade como diretrizes para a organização do sistema público de saúde propiciaram a criação de mecanismos de articulação entre esferas de governo e de controle social sobre as políticas públicas, objetivando a proteção desse direito (MERCADANTE, 2002).

Para administrar essa política descentralizada, foi necessário ampliar os mecanismos de tomada de decisão no sistema. A Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, inovou ao apresentar as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde, exercendo assim o controle social, que deve ser estimulado e garantido pelos dirigentes da saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Além da legislação supracitada, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, institucionalizou outras estruturas: os Comitês Intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite), que são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. Essas estruturas políticas representam diferentes esferas de poder e constituem elementos fundamentais na articulação entre instâncias de governo. A partir delas foi possível a inclusão de maior número e variedade de atores no processo de tomada de decisão e a implementação da política nacional de saúde em cada nível de governo (PAIM *et al.*, 2011; MERCADANTE, 2002).

A estrutura decisória e funcional do SUS, que envolve o poder executivo, Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde de todos os níveis de governo, bem como os Comitês Intergestores, é demonstrada detalhadamente por Paim *et al.* (2011) (Figura 3), e de forma mais sucinta por Souza (2002) (Figura 4), conforme segue:

Figura 3: SUS: formulação de políticas e participação no processo social.



Fonte: (PAIM *et al.*, 2011).

Figura 4: Estrutura Institucional e Decisória do SUS.



Fonte: SOUZA (2002).

O controle social é realizado de forma institucionalizada nas Conferências de Saúde e nos conselhos, pois nesses espaços a sociedade civil tem presença significativa, ocupando metade dos postos, conforme determina a Lei nº 8.142 de 1990. Borja (1988), defende a institucionalização da interlocução entre a sociedade e o Estado, pois, a seu ver,

a participação requer certo grau de “institucionalização”, de regulação jurídica, sem a qual nem as autoridades locais nem as administrações públicas se sentem obrigadas a concertar-se com as organizações sociais, nem estas últimas se veem reconhecidas e estimuladas no exercício de seus direitos formais aí implicados [...] (BORJA, 1988, p.25).

Nestas instâncias, a comunidade pode formular, opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas e ações de saúde nas três esferas de governo, defendendo os seus interesses na gestão da saúde através dos seus representantes (BRASIL, 2004). As Conferências deverão ocorrer pelo menos a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, e têm o papel de avaliar as ações e serviços e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nas diversas instâncias (BRASIL, 2009).

Para consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS realizado nos Conselhos de Saúde e contribuir com a estruturação destes órgãos foi publicada a Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, que aprovou as diretrizes para criação, reformulação e funcionamento deles.

Segundo a referida Resolução, o Conselho de Saúde é

uma instância colegiada, deliberativa e **permanente** do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90 (BRASIL, 2012, *grifo nosso*).

Na definição apresentada, é possível observar a importância da institucionalização na concretização e consolidação das mudanças sociais, dando-lhes permanência e continuidade. Dentre as competências, a Resolução ressalta que cabe ainda aos Conselhos de Saúde atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos

e financeiros. Tais prerrogativas sugerem um forte mecanismo de compartilhamento de poder dos governos com a sociedade civil.

Esta, entre outras legislações – federais, estaduais, municipais, além dos regimentos internos - estabelece regras institucionais essenciais ao exercício do controle social democrático pelos Conselhos de Saúde, favoráveis à realização do potencial dos conselhos, quanto às suas dimensões representativa, deliberativa e quanto ao controle em si, como: definição da composição dos conselhos, os requisitos para escolha dos conselheiros, suas atribuições e deveres, o âmbito de sua atuação, os instrumentos de sanção disponíveis, os procedimentos para a tomada de decisão, dentre outras (GOMES, 2015).

Da mesma forma que nas Conferências de Saúde, os Conselhos de Saúde também seguem os padrões de paridade representativa preconizados pelo § 4º da Lei Nacional nº 8.142/90. No que diz respeito ao percentual de vagas no conselho, 50% destas são destinadas às entidades do segmento usuário, ao passo que os outros 50% das vagas restantes devem ser distribuídos entre os demais segmentos que irão compor o Conselho de Saúde: 25% para representantes de profissionais de saúde e 25% para representantes do governo e de prestadores de serviço (BALSEMÃO, 2003). Dessa forma, os Conselhos de Saúde devem consistir em espaços conflituosos, de debate, dissenso e consenso, elementos que se mostram indispensáveis para a implementação do princípio da participação popular no SUS e para o desenvolvimento de uma cidadania sanitária de cunho plural-participativo (BRASIL, 2002).

Os conselhos são espaços heterogêneos com características próprias. Rêgo (2002) e Ferreira e Fonseca (2014) acreditam que a composição de um conselho e sua pluralidade podem favorecer a qualidade da participação, tendo em vista que a representatividade na composição do CMS possibilita diferentes olhares sobre o tema a ser discutido e diz respeito não somente ao seu caráter quantitativo, mas à sua capacidade de representar os reais interesses dos segmentos sociais ali envolvidos. Porém, é importante ressaltar que a paridade numérica nem sempre representa um equilíbrio de poder nas deliberações dos conselhos, pois as diferenças de influência e poder político, bem como de qualificação técnica podem fazer com que a opinião de alguns segmentos prevaleça, sendo imposta a vontade de determinados representantes da sociedade (FERREIRA; FONSECA, 2014).

Outro mecanismo de grande relevância no controle no SUS é a auditoria, que elabora relatórios sobre o sistema de saúde local. Ela pode/deve ser acionada pelo cidadão comum a partir de denúncia, Ministério Público, Tribunal de Contas, Conselho de Saúde e Ministério da Saúde, contribuindo para garantia do acesso e atenção à saúde aos usuários e em defesa da vida pautada na visão do coletivo. As auditorias são consideradas “ferramentas estratégicas de

promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam a tomada de decisão” (BRASIL, 2009, p. 18).

Apesar de suas fragilidades, atualmente, os Conselhos e Conferências de Saúde são os principais espaços para o exercício da participação e do controle social, sobre a implementação das políticas de saúde em todas as esferas governamentais (BRASIL, 2009) e têm sua importância, num país como o Brasil, em que a cultura de submissão ainda está enraizada na maioria da população e em que a “coisa pública” é tratada como posse de pequenos grupos privilegiados (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

3.4 ESTUDOS QUE VERSAM SOBRE O FUNCIONAMENTO DOS CMS E SUA EFETIVIDADE DELIBERATIVA: LIMITES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

De acordo com Ferreira (2006), a temática dos conselhos surge em meio ao debate das políticas de descentralização, que incorpora a necessidade do fortalecimento da autonomia dos municípios junto com a abertura dos canais que dão voz a segmentos sociais, buscando a ampliação dos interesses representados no âmbito da cidade.

Esse tema tem sido alvo frequente de estudos e, para conhecer o que tem sido pesquisado e quais os resultados das pesquisas que abordam os diferentes conselhos fez-se uma pesquisa bibliográfica, pois de acordo com Boaventura (2004) esta é uma tarefa indispensável para responder à indagação sobre o que já existe a respeito do tema.

Conforme Fonseca¹⁷, (2002, p. 32, apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 37) a revisão bibliográfica:

É feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

Desta forma, lançou-se mão dos bancos de dados depositários de trabalhos de pesquisas acadêmicas para validar e identificar o *status* da pesquisa sobre a temática “Conselhos”. Para Geertz (1989, p.37), “[...] as ideias teóricas não aparecem inteiramente novas a cada estudo, elas são adotadas de outros estudos”, relacionadas e aplicadas a novos

¹⁷ FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

problemas e interpretação em realidades diferentes. Portanto, este levantamento teórico foi uma etapa importante para análise de casos similares, porém avaliados de diferentes pontos de vistas.

O levantamento do que já se tem estudado sobre a temática oferece ao pesquisador e ao leitor uma possibilidade de avaliar a validade, importância e profundidade da pesquisa em questão. Neste intuito, foram realizadas buscas na Biblioteca Eletrônica Científica Online SciELO e no Google Acadêmico. Através destes, foi possível acessar publicações digitais de periódicos científicos brasileiros e resultados de pesquisas científicas e assim observar a linha de análise que vem se desenvolvendo em torno dessa temática e que ajuda a explicitar melhor esta pesquisa.

Usando o descritor “Conselho Municipal de Saúde” como palavra chave para busca na Biblioteca Eletrônica Científica Online SciELO foram encontrados duzentos e oitenta e seis (286) resultados. No total foram visitadas as 10 primeiras páginas de busca com amostra de 15 resultados por página, ordenados por relevância.

No Google Acadêmico, por meio do uso do mesmo descritor, foram encontrados sessenta e seis mil e trezentos (66.300) resultados. Devido à quantidade de trabalhos, surgiu a necessidade de refinar os critérios de seleção e, assim, foi incorporado o período de publicação, definido em 2015-2019, foram retiradas as citações e feita a combinação com o descritor “efetividade deliberativa”. Desta forma, foram obtidos cinco mil, quatrocentos e oitenta (5.480) resultados, porém muitos repetidos. Também foram visitadas as 10 primeiras páginas de busca com amostra de 10 resultados cada.

Essa análise evidenciou que a discussão sobre os Conselhos Municipais de Saúde circula pelos seguintes temas: perfil e atuação dos conselheiros; análise sobre o papel dos conselheiros; atuação do CMS sob a perspectiva dos seus atores; relação entre representação e participação; efetividade deliberativa dos conselhos; participação da comunidade em órgãos gestores e desafios e entraves à participação social.

O critério de escolha dos trabalhos que foram analisados foi tratar-se de um artigo cujos objetivos e metodologia se aproximassem dos desta investigação. Os trabalhos selecionados foram reunidos no Quadro 4:

Quadro 4: Artigos encontrados nos bancos de dados (SciELO/Google Acadêmico) sobre os Conselhos Municipais de Saúde, com foco em sua efetividade deliberativa.

Título	Autores	Ano	Dispositivo
Processo participativo no controle social: um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG).	MAGALHÃES, Fernanda Gabriela Gandra Pimenta; XAVIER, Wesley Silva.	2019	Revista Eletrônica de Administração
Análise da Dinâmica Deliberativa de Conselhos Municipais de Saúde da Região Central do Brasil.	MOURA, Luciana Melo de; SHIMIZU, Helena Eri.	2019	Revista Eletrônica Gestão & Saúde
Efetividade deliberativa em conselhos municipais de saneamento e de saúde: um estudo em Belo Horizonte-MG e em Belém-PA.	SOUZA, Cezarina Maria Nobre; HELLER, Léo.	2019	Revista Ciência & Saúde Coletiva
Atuação e competência do Conselho Municipal de Saúde Santo Antônio do Descoberto, DF.	SILVA, Rosimary Bernardes.	2017	Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário
Entre Estado, sociedade e espaços deliberativos: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Natal/Brasil.	BELO COSTA, Thaysa Tainane; ALMEIDA, Lindijane de Souza Bento	2017	GIGAPP - Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas
Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde.	KLEBA, Maria Elisabeth; ZAMPIROM, Keila; COMERLATTO, Dunia.	2015	Revista Saúde e Sociedade
Análise das resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte no período de 1991 a 2010.	MACHADO, Janine de Azevedo; LUCAS, Simone Dutra.	2013	Revista Ciência & Saúde Coletiva

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos repositórios eletrônicos de dados SciELO/Google Acadêmico – novembro/2019.

Na leitura dos trabalhos selecionados através da busca mencionada, conceitos fundamentais para o entendimento e continuidade deste trabalho foram identificados, além dos aspectos relacionados à composição dos conselhos estudados, representatividade dos conselheiros, dinâmica e condições para o debate no processo decisório, dificuldades e potencialidades desses órgãos, bem como as particularidades que puderam interferir em sua efetividade deliberativa.

Iniciaremos com o artigo de Souza e Heller (2019), pois ele oferece aspectos importantes para compreensão dos conceitos “deliberação” e “efetividade deliberativa”, muito citados neste trabalho. Os autores argumentam que o pensamento rousseauiano aborda um *conceito decisionístico* de deliberação, já autores como Jurgen Habermas e Joshua Cohen adotam um *conceito argumentativo*. Em resumo, o primeiro conceito privilegia o momento da tomada de decisão e resume-se a ele, já o segundo, privilegia o debate de ideias entre os

agentes. Para as línguas latinas e inglesa, o conceito de deliberação envolve ambas ideias, tendo dois significados: 1) decidir, resolver; 2) ponderar, refletir (AVRITZER,¹⁸ 2000, apud SOUZA; HELLER, 2019).

Explicado esse conceito, buscam tratar da “efetividade deliberativa”. Para isso, utilizam-se da ideia difundida por Cunha (2007), afirmando que se trata da capacidade efetiva dos fóruns participativos atuarem sobre a política pública, de modo a influenciá-la, controlá-la e defini-la. Conforme a autora, ela pode ser analisada com base em elementos externos e intrínsecos aos conselhos. Nesse mesmo sentido, Belo Costa e Almeida (2017) citam Avritzer (2011)¹⁹ para mostrar que a participação deliberativa envolve dois momentos:

um primeiro momento de discussão e deliberação no interior de instituições como conselhos e OPs*, em geral fortemente deliberativos, que envolve tanto atores da sociedade civil quanto atores estatais; e um segundo momento que envolve mais fortemente atores estatais, que é o da implementação destas decisões pelo Estado (AVRITZER, 2011, p. 16)
*Orçamentos Participativos.

Após apresentação desses primeiros conceitos relevantes, retornemos aos objetivos do trabalho desenvolvido por Souza e Heller (2019). Os autores buscaram definir o grau de efetividade deliberativa de quatro conselhos distintos: Conselho Superior da Agência Reguladora Municipal de Água e Esgoto de Belém (CSAMAE), Conselho Municipal de Saneamento de Belo Horizonte (COMUSA), Conselho Municipal de Saúde de Belém (CMS/Belém) e o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS/BH), para isso, apresentam variáveis a serem avaliadas para a determinação de três diferentes graus de capacidade deliberativa, que também servirão de referência neste estudo (Quadro 3).

O que foi dito sobre os Conselhos de Saúde será objeto desta análise. Na investigação da institucionalização e processo deliberativo desses conselhos, através do estudo do Regimento Interno de cada conselho e das atas e resoluções produzidas por eles no triênio 2012-2014, apontou-se como aspectos positivos: a) a existência de assessorias técnicas; b) a escolha dos membros realizada no âmbito do segmento que representam, sem interferência externa; c) a não preponderância do Executivo sobre os demais segmentos na escolha do presidente e d) a influência do segmento usuário sobre os demais, tanto em número de

¹⁸ AVRITZER Leonardo. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova** 2000;49:25-46.

¹⁹AVRITZER, Leonardo. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In.: **Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: Estratégias de Avaliação**. 2011.

vocalizações, quanto em número de proposições de temas para discussão. E como aspectos negativos, informaram que: a) apenas o CMS/Belém reúne-se em sala própria e esta não possui estrutura adequada; b) constatou-se grande intervalo entre as reuniões ordinárias desse Conselho, o que é apontado pela literatura como um fator comprometedor da capacidade deliberativa (SILVA; SOUZA,²⁰ 2013, apud SOUZA; HELLER, 2019); c) um número expressivo de resoluções dos Conselhos não foram homologadas pelo executivo, nem foi acionado o Ministério Público para esse fim.

Os autores concluem, após análise dos critérios definidos, que estes Conselhos estão distantes do grau de efetividade deliberativa desejado, tendo em vista os propósitos do controle social em saúde dispostos pela legislação específica. Contudo, admitem que já houve um avanço na atuação dos Conselhos, e que os limites identificados são passíveis de superação.

A pesquisa de Magalhães e Xavier (2019) oferece pré-condições para o leitor compreender o processo de criação dos conselhos gestores, bem como a sua significância, mostrando que “a criação desses conselhos tem como pano de fundo a mobilização social pela luta na busca de maior equidade [...]” admitindo “[...] o exercício da cidadania por meio do poder político, permitindo que a sociedade civil atue junto ao Estado nas decisões públicas, mediante um contexto democrático” (MAGALHÃES; XAVIER, 2019, p. 183). Traz também o conceito de controle social, entendido como “um processo permanente de deliberação compartilhada entre sociedade e administração pública” (GOULART,²¹ 2011, apud MAGALHÃES; XAVIER, 2019), concebido na política de saúde brasileira como a própria participação da comunidade na definição desta política.

O estudo buscou caracterizar o processo participativo no controle social, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF), no período de outubro de 2013 a outubro de 2015. A análise da composição do referido Conselho apontou um significativo grau de representatividade, pois é quadripartite e agrega distintos segmentos da sociedade civil. Este fato não foi observado por Silva (2017) na análise que fez do Conselho Municipal de Saúde Santo Antônio do Descoberto, DF. Segundo a autora, a representação do referido Conselho, bem como o seu poder fiscalizatório, ficaram comprometidos com a presença/ocupação de servidores da Secretaria Municipal de Saúde em diferentes segmentos

²⁰ SILVA, André Luis Nogueira da; SOUZA, Damião Ernane de. Deliberação e controle social: um perfil dos conselhos estaduais de políticas públicas no nordeste brasileiro. *Rev Eletr de Ciên Pol* 2013;4(1-2):80-100.

²¹ GOULART, M. S. B. **Participação e accountability no controle social do orçamento público: o caso do conselho de desenvolvimento regional de Itajaí.** 2011. Tese (Doutorado em Administração)-Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

(prestadores de serviços, gestão e usuários). Além disso, neste Conselho, foi constatado que apenas os temas de menor relevância, ou que não tinham um grande impacto financeiro são enviados para análise e discussão do Conselho, enquanto a celebração de contratos, efetivação de compras, licitações e contratação de serviços de impacto financeiro de forma geral constam como informativo, não como ponto para discussão.

Voltando ao trabalho de Magalhães e Xavier (2019), outro aspecto positivo foi identificado, pois a maioria dos conselheiros além de compreenderem a importância em participar, através das falas ou de trabalhos no Conselho, demonstraram empolgação com a função de conselheiro e orgulho em exercê-la, denotando a compreensão do próprio papel enquanto ator do controle social. No entanto, alguns membros se mostraram pouco envolvidos, o que é um ponto desfavorável. Além deste, foram detectados possíveis entraves ao exercício do papel do conselheiro, tais como: condições socioeconômicas dos conselheiros, interesses políticos, falta de comprometimento, centralização das demandas pelo executivo, tentativas de coerção, falta de debates profícuos, tempo escasso para discussões profundas, entre outros. Por fim, foi constatado caráter proforma deste Conselho devido à falta de maior engajamento da sociedade e transformação das deliberações em práticas.

Diferentemente dos estudos anteriores, ao avaliar a dinâmica deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e entorno, Moura e Shimizu (2019), afirmaram que estes têm potencial deliberativo e que podem contribuir para produzir políticas de saúde que atendam aos interesses de atores políticos. A análise documental, observação participante das reuniões de junho a dezembro de 2012, bem como as entrevistas realizadas com os presidentes dos Conselhos buscaram verificar a dinâmica deliberativa destes, a partir dos indicadores propostos por Almeida e Cunha²² (2009, apud MOURA; SHIMIZU, 2019), como: Debates face a face; Igualdade na apresentação de razões; Ausência de coerção; Interatividade e reciprocidade de discurso; Discordância entre os participantes; Publicidade; Informação ampliada sobre os assuntos e conclusividade. Concluído o trabalho, apesar do indicador “coerção” se fazer presente na maioria dos CMS, verificou-se que “há uma dinâmica deliberativa nas plenárias dos conselhos estudados, constatada pela presença de debate público e pela produção de decisões as quais exercem influência na formulação da política e no controle público sobre as ações municipais” (MOURA; SHIMIZU, 2019, p. 244), o que nos faz concluir que as práticas

²² ALMEIDA, D. C. R. de; CUNHA, E. S. M. O potencial dos conselhos de políticas na alteração da relação entre Estado e Sociedade o Brasil. In: **Programa de formação de conselheiros nacionais** (Org.). Controle público e democracia. Belo Horizonte: UFMG, v. 6, 2009. p. 88-11

cotidianas desses Conselhos de Saúde se aproximam do que está prescrito no plano normativo.

Sobre o trabalho de Belo Costa e Almeida (2017) é preciso ressaltar que é dado destaque à importância e crescimento dos estudos acerca da efetividade deliberativa dos conselhos. Elas afirmam, com base no que diz Avritzer (2011), que a questão da efetividade tem atraído a atenção dos pesquisadores principalmente porque existe uma crescente associação entre participação e políticas públicas, além do desenvolvimento da preocupação de caráter mais teórico em relação ao tema da deliberação. Este trabalho teve como objetivo verificar a efetividade deliberativa do Conselho Municipal de Saúde de Natal/Brasil, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016. Após análise do desenho institucional deste Conselho, conforme modelo desenvolvido por Faria (2007), em que são coletadas algumas informações como a estrutura e funcionamento do conselho, a frequência das reuniões ordinárias e o local onde ocorrem, o número de membros e a existência ou não de paridade entre eles, entre outras, observou-se que: ele tem composição paritária; que o presidente e vice são eleitos em reunião plenária, entre outros aspectos positivos. Estes fizeram as autoras concluir que este órgão apresenta uma estrutura institucional democrática que propicia a inclusão de diversos atores, tornando a dinâmica de funcionamento mais democrática na relação entre governo e sociedade civil. Quanto ao processo deliberativo, cuja análise foi feita conforme modelo teórico-metodológico desenvolvido por Cunha (2007), o qual dá ênfase à análise temática das atas, verificando a presença ou ausência de determinados conteúdos, a frequência com que aparecem e a categorização dos tipos deliberativos registrados nas reuniões, observou-se uma experiência exitosa, na qual as discussões e decisões no período de 2014 a 2016 foram voltadas a questões relacionadas à política de saúde, indicando que o Conselho tem deliberado sobre a política setorial da qual trata.

Kleba, Zampirom e Comerlato (2015), por intermédio da análise de conteúdo das atas, do período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010, e das entrevistas com informantes-chave, buscaram averiguar os fatores que interferem na incorporação das deliberações do Conselho Municipal de Saúde como políticas públicas no município de Chapecó, Santa Catarina, já dando a entender ao leitor, previamente, que este Conselho enfrenta dificuldades em sua efetividade deliberativa. As autoras afirmam que, apesar da legislação instituir a participação da sociedade como diretriz e princípio básico nos conselhos gestores, o governo ainda permanece ator central, pois ele que legitima os processos políticos de gestão e muitas vezes não está disposto a partilhar o poder de decisão. Ressaltam que, para o efetivo impacto da participação social, é necessário que o processo decisório não se finalize com o ato de

decidir, ou seja, após a escolha, deve existir um monitoramento, análise e acompanhamento da decisão, com vistas a verificar se os resultados obtidos se mostram negativos ou positivos (WENDHAUSEN; CARDOSO, ²³ 2007, apud KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

Esse estudo trouxe uma informação essencial sobre a limitação dos conselhos. Evidenciou que é necessário reconhecer que os impactos na produção de políticas públicas extrapolam a capacidade de argumentação e defesa dos conselheiros, pois a condução do processo de implementação das decisões depende da vontade política, do compromisso e do engajamento do gestor. Além desse empecilho, a implementação e a execução da política vão além dos atores que constituem estes espaços, envolvendo agentes de diferentes órgãos públicos ou privados, muitas vezes vinculados a distintos níveis de governo, o que interfere na capacidade dos conselhos de exercer efetivamente impacto sobre as políticas públicas (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015). O estudo revelou também dificuldades não apenas do Conselho, mas também dos gestores na implementação das deliberações relacionadas às políticas públicas, fato que as autoras chamam atenção de que necessitam de fiscalização e controle do Conselho.

Para finalizar a apreciação dos estudos selecionados, observaremos os apontamentos de Machado e Lucas (2013). As autoras analisaram as resoluções aprovadas no CMS/BH desde seu início (1989) até dezembro de 2010 e buscaram observar como vem se dando a relação entre a democracia representativa e participativa neste fórum, isso porque, segundo elas, existe o risco de que sua natureza participativa venha ocorrendo em detrimento de sua função deliberativa, já que as resoluções aprovadas podem não ser homologadas pelo Executivo Municipal.

Como resultado da pesquisa, notou-se que o percentual de resoluções homologadas pelos prefeitos desde o início das atividades do CMS/BH (1989) até o ano de 2010 foi de 74%. Apesar de ser a maioria, considerando-se que a homologação das decisões do Conselho é um dever do Executivo, pode-se dizer que este percentual ainda não é significativo. Notou-se também que o Ministério Público foi acionado uma única vez, apesar de 26% das resoluções não terem sido homologadas.

A partir do contexto apresentado, as autoras concluíram que os conselheiros devem estar mais bem preparados para o enfrentamento dos desafios, pois além das resoluções não

²³ WENDHAUSEN, Á.; CARDOSO, S. de M. Processo decisório e conselhos gestores de saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 5, p. 579-584, 2007.

aprovadas, a existência de um número expressivo de resoluções sem registro nos arquivos demonstra a fragilidade do fórum quando não cobra do Executivo um posicionamento em relação às decisões construídas pelo debate e aprovadas em suas plenárias. Afirmam que o não retrocesso no campo da democracia participativa depende da capacidade dos atores deste fórum em fazer valer suas deliberações.

Com base nos trabalhos postos em análise observa-se que existem experiências exitosas com Conselhos, apesar dos limites apontados, sendo estes considerados importantes espaços de participação da democracia brasileira. Os diferentes conselhos possuem características próprias que podem, ou não, possibilitar a participação democrática, bem como a efetividade deliberativa. Sendo assim, a proposta do próximo capítulo é apresentar os resultados desta pesquisa, buscando revelar as características do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas e fazer a análise de como elas podem interferir na efetividade deliberativa deste, bem como investigar se as decisões do Conselho exerceram influência sobre as políticas públicas em saúde do município.

4. PARTICIPAÇÃO, SOCIEDADE CIVIL E A CAPACIDADE DE INFLUENCIAR POLÍTICAS SOCIAIS: O CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA DE FREITAS

Para Cunha (2007), a efetividade da instituição participativa é entendida como “[...] a composição de variáveis relacionadas à institucionalização de procedimentos e aos resultados do processo deliberativo” (CUNHA, 2007, p. 142). Partindo desse entendimento, neste capítulo serão apresentados os resultados e a discussão da análise dos dois grupos de variáveis centrais para o presente estudo, delimitadas a partir do procedimento de análise de conteúdo de Bardin (2006), como já referido anteriormente na seção de Metodologia dessa dissertação: a) as definidoras do grau de institucionalização dos conselhos (efetividade democrática); b) as reveladoras da dinâmica do processo deliberativo desenvolvido nessas instâncias (capacidade deliberativa). Assim, esse capítulo é fruto de três momentos distintos, porém articulados: a) momento de pré-análise, no qual foram escolhidos os documentos que deveriam ser analisados, tendo como referência os objetivos da pesquisa e a partir dos quais foram construídos os indicadores que orientaram a interpretação fina; b) momento de exploração do material, que permitiu a operação classificatória para a identificação de categorias de análise buscando alcançar o núcleo de compreensão do texto e, c) momento de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, no qual os dados significativos foram organizados e relacionados às dimensões teóricas, a exemplo dos estudos que versavam sobre a temática (MINAYO, 2008),

A seção seguinte tratar-se-á da análise do primeiro grupo de variáveis. Sobre esta, vale lembrar que para Faria (2007), tanto as Leis de Criação quanto o Regimento Interno (RI) retratam o formato e/ou desenho institucional que o conselho assume. Assim, esses documentos oferecem dados para qualificar a sua estrutura, pois permitem avaliar se essa instituição está apta a permitir e democratizar o acesso da sociedade às decisões sobre as políticas públicas. Seguindo a metodologia proposta pela autora, buscou-se, primeiramente, analisar a efetividade democrática do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas – CMS/TF a partir da compreensão da dinâmica de funcionamento deste. Ressalta-se que, nesse primeiro momento, foram avaliadas as regras e procedimentos que estruturam as práticas deste Conselho.

Para tanto, serão apresentados alguns traços do desenho institucional desse órgão gestor a partir de elementos retirados das leis municipais que versam sobre a sua criação e regulamentação, bem como do seu RI. Seguindo as orientações de Faria (2007), como já foi

dito no capítulo referente à metodologia, foram identificadas as seguintes categorias como relevantes para análise: a) a estrutura de funcionamento do Conselho; b) a frequência das reuniões ordinárias e o local onde ocorrem; c) o número de membros e a existência ou não de paridade entre eles; d) o mandato e a possibilidade de reeleição dos membros; e) como são escolhidas as entidades de origem dos conselheiros; f) quem é e como se elegem os presidentes do Conselho; e g) quem propõe a pauta das reuniões do Conselho e como se chegam às decisões.

A partir dos dados coletados na lei de criação do CMS/TF, nas subsequentes alterações e no Regimento Interno, buscou-se avaliar o significado dessas regras e procedimentos para a prática participativa, examinando os graus de institucionalização, de democratização e de representação desta instituição, seguindo as orientações de Faria (2007) e Faria e Ribeiro (2010), que classificam esses graus como baixo, médio e alto de acordo com a presença ou ausência das variáveis já especificadas.

Com o levantamento desses dados, procurou-se investigar se as informações reveladas nas normativas foram convertidas em prática no âmbito do funcionamento do CMS, verificando em que medida as regras que ordenam o Conselho propiciaram relações mais inclusivas e democráticas. Assim, para realizar uma análise crítica e profunda do funcionamento do referido Conselho, fez-se uso de dois procedimentos: a) consultou-se as atas das reuniões que ocorreram em 2018 e 2019 e os Decretos de nomeação dos membros do CMS referentes aos mandatos de 2016/2018 e 2019/2021 e b) realizou-se entrevista com dois conselheiros atuantes, sendo um o presidente do CMS/TF e o outro indicado por ele, responsável pela secretaria-executiva no ano de 2019. Também foi consultado um ex-conselheiro, que foi responsável pelos trabalhos da secretaria-executiva no ano de 2018.

No que se refere ao estudo do segundo grupo de variáveis, fez-se uso da metodologia proposta por Souza e Heller (2019), que será descrita na seção subsequente, juntamente com os resultados desse estudo. A seguir, são apresentados os resultados da análise das variáveis do primeiro grupo.

4.1 DESENHO INSTITUCIONAL E COMPETÊNCIAS

4.1.1 Aspectos legais da criação do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas

O CMS/TF foi instituído pela Lei Orgânica Municipal em 1990, década que foi marcada “pela institucionalização dos conselhos municipais” como consequência da vigência

da nova Constituição (DOMBROWSKI, 2008). Nesse período, os Conselhos Municipais de Saúde, especificamente, seguiram as determinações da Lei Federal nº 8.142/90 que os instituiu como órgãos colegiados, em caráter permanente e deliberativo, integrantes do Sistema Único de Saúde nas três esferas do governo.

Nos termos da Lei Orgânica Municipal, artigo 134, fica definido:

Os órgãos gestores do Sistema Unificado Municipal de Saúde (SUMS) pautam-se pelas orientações dos organismos democráticos de deliberação coletiva.

I - Compreende-se por organismo de deliberação coletiva, os Conselhos Distritais e o **Conselho Municipal de Saúde**, órgãos de caráter permanente, deliberativos que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política Municipal de Saúde, inclusive nos aspectos administrativos, econômicos e financeiros (TEIXEIRA DE FREITAS, 1990, *grifo nosso*).

Nessa mesma lei, as competências do CMS/TF foram assim definidas: deliberar sobre os aspectos diretivos, técnicos e administrativos da rede municipal de saúde (art. 136); administrar os recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde (art. 144) e regular os valores e cronograma da transferência de recursos de origem municipal ao Fundo Municipal de Saúde (art. 146). Nas legislações posteriores, como é possível observar nos parágrafos abaixo, essas competências são ampliadas e ocorre um maior detalhamento acerca da organização do CMS/TF. Tal fato reforça “a percepção de que os conselhos estão em permanente reestruturação normativa” (FARIA, 2007, p. 115).

Em 1994, a Lei Municipal nº 118/94 regula a composição deste CMS e em seu artigo 8º especifica outras competências:

I - Elaborar o seu Regimento, que será aprovado por Decreto do Chefe do Poder Executivo;

II - Formular, planejar e fiscalizar a distribuição dos recursos destinados à Saúde;

III - Dar pareceres quanto a instalação e o funcionamento de novos serviços públicos ou privados de saúde, atendidas as diretrizes do Plano Municipal de Saúde;

IV - Emitir pareceres sobre assuntos e questões relacionados à área de Saúde, que lhe forem submetidos à apreciação pelo Chefe do Poder Executivo Municipal;

V - Oferecer sugestões na elaboração do Plano Municipal de Saúde.

No que se refere à composição apresentada nesta lei, observa-se que ela não é paritária, uma vez que, na época, o Conselho era composto por 10 (dez) membros, sendo apenas 04 (quatro) representantes da sociedade civil e, ainda, um destes pertencia ao poder legislativo, em desacordo com a atual legislação (Resolução nº 453 de 10/05/2012, inciso VIII) que determina que “a participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2012). Diferentemente desta normativa, a Lei Municipal seguinte, de nº 178/97, estabelece a composição paritária dos membros do CMS e “assegura” a infraestrutura necessária para o seu funcionamento, responsabilizando a Secretaria Municipal de Saúde pela oferta desse suporte.

A Lei nº 278/2002 foi a legislação municipal que mais se dedicou à regulamentação do CMS, pois trouxe informações sobre a sua composição, duração do mandato, frequência de reunião, possibilidade de criação de comissões, instruções básicas para a realização das conferências de saúde e ampliou suas competências. Segundo o art. 2º desta, o CMS/TF deve:

- I - Atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos aspectos econômico e financeiro;
- II - Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- III - Aprovar critérios e valores para remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;
- IV - Propor critérios para definição de padrões e parâmetros assistenciais;
- V - Acompanhar e controlar a atuação dos setores público e privado da área da saúde, credenciadas mediante contrato ou convênio;
- VI - Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área da saúde.

A partir das responsabilidades acima enumeradas, verificamos ações fundamentais como, por exemplo: a) atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Municipal de Saúde; b) estabelecer diretrizes para elaboração dos planos de saúde e c) exercer fiscalização e controle sobre os aspectos econômico e financeiro (acompanhamento da movimentação do Fundo Municipal de Saúde), que caracterizam o Conselho como instituição central na definição das políticas públicas de saúde.

Para finalizar a discussão relacionada às legislações que criaram e regulamentaram o Conselho, tem-se a Lei nº 893/2015 que foi a última a ser publicada. Esta amplia a participação social através do aumento do número de membros do Conselho para 16

(dezesseis), com distribuição paritária, incluindo de forma positiva novos sujeitos e identidades sociais neste espaço, bem como estabelece a eleição democrática do presidente do Conselho em reunião plenária pelos seus membros, permitindo que o presidente não fosse, necessariamente, o secretário de saúde. Salienta-se que este avanço ocorreu tardiamente, visto que a obrigatoriedade da eleição dos presidentes dos conselhos entre os membros do plenário, através do voto direto e secreto, foi proposta aprovada na 12ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no período de 7 a 11 de dezembro de 2003 (BRASIL, 2003).

Diversos autores discorrem sobre a importância da eleição democrática da presidência nesses órgãos, opinando contrariamente à indicação nata do secretário de saúde em razão das prerrogativas que este cargo possui e da possibilidade de intervenção nos processos que ocorrem no âmbito dos conselhos, podendo prejudicar a sua autonomia (STRALEN *et al.*, 2006; FARIA; RIBEIRO, 2011; FARIA, 2007; DOMBROWSKI, 2008; TATAGIBA, 2002). Este fato tem consequências relevantes no processo deliberativo do conselho, pois foi verificada forte relação entre a capacidade de vocalização e de agenda de quem ocupa o cargo de presidência do conselho, o que indica que a forma como essas instituições se estruturam tem fator determinante no resultado desse processo, afinal, cabe à presidência a condução dos trabalhos do conselho, o que lhe dá a capacidade de ditar seu próprio ritmo (CUNHA, 2007).

Nesse sentido, de acordo com Faria e Ribeiro (2011, p.129)

A importância da presidência está relacionada com o fato de os conselhos se estruturarem, de um modo geral, em torno desse cargo e da mesa diretora. Desse modo, tal importância é diretamente proporcional às funções que o cargo desempenha, afetando assim as formas de distribuição e concentração de poderes.

E as autoras prosseguem (FARIA; RIBEIRO, 2011, p.129):

Já havíamos chamado a atenção para os efeitos perversos oriundos da indicação nata dos secretários das respectivas políticas às quais os conselhos estão vinculados para ocupar o cargo de presidente do conselho. Esse monopólio não só fere o princípio representativo, assentado no consentimento dos representados para com a liderança, seja ele por via eleitoral ou não, como configura, de antemão, a preponderância do governo ante os demais segmentos que participam dessas instituições

Enfim, por meio do estudo dessas leis, “nota-se que a evolução cronológica busca a legalização do direito à participação e ao controle social, conquistado principalmente através dos movimentos sociais organizados a partir da década de 70” (MACEDO, 2015, p. 05). É notório que a Lei nº 8.142/90 teve papel indutor da participação social e que, apesar do retrocesso legislativo na esfera nacional²⁴, é importante destacar que, no município de Teixeira de Freitas, houve avanços para afirmação dessa instância colegiada como espaço de deliberação e de autonomia. As alterações legislativas “*foram na direção de ampliar e melhorar as ações do controle social*” (informação escrita²⁵), uma vez que os conselhos de saúde são destinados à interlocução entre a população e o poder público, constituindo espaços de aprendizagem, de negociação, do exercício de diálogo e de fortalecimento da cidadania, frutos de lutas e de demandas populares (GOHN, 2011).

4.1.2 Institucionalização do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas

Para compreender e analisar a dinâmica de funcionamento do Conselho em estudo, utilizou-se como principal fonte de informações o seu Regimento Interno-RI, aprovado em 25 de setembro de 2014. Primeiramente, nota-se que o RI em vigência é recente, quando comparado com o ano de criação deste Conselho (1990), o que, em tese, favorece o seu cunho democrático. Este é o instrumento normativo basilar de uma instituição, que estabelece a estrutura para o seu funcionamento através de um conjunto de regras que deve ser observado pelos membros da referida instituição (FARIA, 2007). Segundo Faria (2007), princípios norteiam a criação do RI dos Conselhos Municipais de Saúde, assim, o estudo deste documento permite determinar se essas regras propiciam ou dificultam o estabelecimento de processos mais inclusivos e democráticos.

²⁴ A exemplo, o atual governo brasileiro reduziu e alterou a composição do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama), através do Decreto nº 9.806, de 28 de maio de 2019. Este conselho é o principal órgão consultivo do Ministério do Meio Ambiente, responsável por estabelecer critérios para licenciamento ambiental e normas para o controle e a manutenção da qualidade do meio ambiente. O colegiado, que contava com 96 conselheiros, entre membros de entidades públicas e de ONGs, agora terá 23 membros titulares, sendo que os assentos destinados à sociedade civil caem de 22 para 4. Além disso, excluiu a sociedade civil (cinco representantes de organizações não-governamentais que atuam na área de meio ambiente, na proporção de um para cada região geopolítica do País) do conselho deliberativo do Fundo Nacional do Meio Ambiente (FNMA) por meio do Decreto nº 10.224, de 5 de fevereiro de 2020.

²⁵ Informação concedida por CONSELHEIRO, TS. **Entrevista 2**. [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo digital. A entrevista semiestruturada na íntegra encontra-se no Apêndice E desta dissertação.

A importância da análise do RI assenta-se no pressuposto de que o desenho dos Conselhos (suas regras e procedimentos) não é neutro (FARIA; RIBEIRO, 2011). Para as autoras, que citam Fung (2004)²⁶,

o desenho escolhido pode incidir: *i*) no caráter da participação em termos de quantidade, vieses e qualidade da deliberação; *ii*) na capacidade de informar os representantes, os cidadãos e de fomentar as habilidades da cidadania; *iii*) na relação com o Estado em termos de controle público, justiça das políticas e sua eficácia; bem como *iv*) na capacidade de mobilização popular.

Assim sendo, tendo como alicerce a recomendação de Faria (2007), ao analisar a dinâmica de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas constatou-se que ele é composto por: a) um Plenário, instância máxima de deliberação; b) uma Mesa Diretora, eleita pelo Plenário, composta por um presidente, um vice-presidente, 1º e 2º secretários e c) Comissões Internas Permanentes e/ou Temporárias. Observou-se, ainda, que no RI existe previsão da constituição de Grupos de Trabalho, que é considerado pela autora um dado importante, pois estes têm como função o fornecimento de subsídios de ordem técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica sobre os variados temas, muitas vezes desconhecidos aos participantes, possibilitando a difusão das informações que tornam os atores mais aptos a discutirem e decidirem sobre determinados assuntos (FARIA, 2007; TEIXEIRA DE FREITAS, 2014).

Sobre a frequência e os locais de reuniões, segundo ponto a ser investigado, o RI estabelece que o Conselho Municipal de Saúde deve reunir-se, ordinariamente, uma vez por mês (na primeira terça-feira) e, extraordinariamente, por convocação de qualquer conselheiro, desde que observada a antecedência mínima de 72 horas. A prática de reuniões constantes e periódicas é considerada fundamental para que os conselhos conquistem sua autonomia (DOMBROWSKI, 2008). Dombrowski (2008) alerta que esta periodicidade não é uma condição suficiente, mas necessária para que isso ocorra, ou seja, a prática de reuniões periódicas, de forma isolada, não garante que um conselho adquira autonomia, mas, se as reuniões ocorrerem "de vez em quando" ou com frequência indeterminada, essa autonomia jamais será alcançada. O RI acrescenta que qualquer cidadão poderá participar dessas reuniões, podendo usar a palavra por até 03 (três) minutos. Acerca dos locais de reunião, o RI

²⁶ FUNG, A. **Empowered participation**: reinventing urban democracy. Princeton: Princeton University Press, 2004.

informa que as reuniões serão realizadas na Sede do CMS ou podem ocorrer em outros espaços que permitam a ampliação da participação popular. Estes locais devem ser previamente divulgados.

No que se refere ao número de membros do conselho, o RI determina que o Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas deve ser composto por 16 membros titulares e seus respectivos suplentes, que terão representação paritária. Isso significa que a representação dos usuários será numericamente igual ao conjunto dos representantes do Governo, dos prestadores de serviço e dos profissionais de saúde, assegurando maior representação de usuários frente aos demais segmentos (50% dos membros do CMS são do segmento “usuários”). Como já foi dito, a paridade da representação é um mecanismo que busca favorecer o equilíbrio das decisões. Desta forma, os membros do referido Conselho estão assim distribuídos:

Quadro 5: Composição do CMS/TF conforme o seu Regimento Interno.

Composição do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas conforme o seu Regimento Interno.			
Segmento	Representantes	Quantidade de representantes	Total de representantes por segmento
Governo	Gestor Municipal de Saúde	01	02
	Membro da gestão indicado pelo gestor de saúde	01	
Prestadores de serviços em saúde	Entidade filantrópica contratada com o SUS e/ou prestadores privados contratados com o SUS	02	02
Trabalhadores de Saúde	Entidades representativas dos trabalhadores da saúde (associações, sindicatos públicos e/ou privados).	04	04
Usuários do SUS	Entidades religiosas	02	08
	Organização de moradores	02	
	Movimento estudantil	01	
	Associação dos Portadores de Deficiências	01	
	Associação dos Dirigentes Lojistas	01	
	Associação/conselhos representativos de classe	01	

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das informações do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas.

Estudos apontam que a composição plural de um conselho pode favorecer a qualidade da participação (RÊGO, 2002; FERREIRA; FONSECA, 2014), uma vez que a ampla representatividade permite que diferentes opiniões sejam expressas sobre o tema a ser discutido. Porém, Ferreira e Fonseca (2014) chamam atenção para o fato de que, quando a paridade se limita ao caráter quantitativo, passa a existir desequilíbrio de poder nas deliberações dos conselhos, pois as diferenças de qualificação técnica ou de poder político e econômico podem fazer com que a opinião de alguns segmentos prevaleça, sendo imposta a vontade dos mais “fortes” na sociedade. Seguindo a mesma linha de raciocínio, para Dombrowski (2008), apesar de muitas vezes a relação de segmentos sociais representados nos conselhos ser considerada relativamente ampla, não significa que não existam problemas de representação. Esses problemas são revelados na ausência de vários grupos e entidades sociais que poderiam fortalecer o segmento dos usuários, e na contraditória presença de instituições que defendem apenas seus próprios interesses. Para exemplificar este último caso, o autor cita os segmentos profissionais com sólida tradição corporativa como os médicos, engenheiros, advogados e seus conselhos e associações profissionais. Assim, a paridade deve abranger a capacidade de representar os reais interesses dos segmentos sociais ali envolvidos e até transcendê-los, como defende Urbinati (1999). Stralin *et al.* (2006) contribuem ao afirmar que a distribuição de representações pode moldar possibilidades de ação e determinar oportunidades de participação, revelando se os conselhos se apresentam como verdadeiros espaços de participação social.

No que diz respeito à origem das entidades que ocupam as “cadeiras” do Conselho, verificou-se que estas são oriundas do processo eleitoral e que seus representantes são indicados por elas, conforme especifica o RI. Em relação ao tempo de mandato e reeleição dos conselheiros, o RI informa que esse é de dois anos, podendo ser reconduzido uma vez por igual período. Neste documento não existe previsão nem proibição da manutenção das entidades em mais de um mandato, somente orientações para condução do processo eleitoral. Dombrowski (2008, p. 279) destaca que na maioria dos conselhos o mandato é de apenas dois anos, igual ao praticado pelo Conselho em estudo. Para o autor, é pouco tempo para que os conselheiros se apropriem da dinâmica das reuniões, dos processos de construção da agenda e das disputas no interior do conselho. Assim, considera que cada reunião é momento privilegiado de aprendizado, que ocorre quando o cidadão aprende a reconhecer os seus interesses e a diferenciá-los dos outros em disputa. Afirma que é esse tipo de aprendizado que conduz à autonomia.

Quanto à forma de escolha do presidente, o RI estipula que o Conselho Municipal de Saúde tenha um Presidente e um Vice-Presidente, ambos eleitos por votação em Plenário entre seus membros. Porém, constatou-se, como já foi referido, que essa prática se deu apenas a partir do ano de 2015, com a promulgação da Lei Municipal nº 893/2015. Nos anos anteriores, apesar da eleição para a presidência já ter sido prevista em 2003 por meio da 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Secretário Municipal de Saúde era designado a assumir esse cargo no CMS. Tal fato mostra-se problemático para a autonomia (STRALEN *et al.*, 2006; FARIA; RIBEIRO, 2011; FARIA, 2007; DOMBROWSKI, 2008; TATAGIBA, 2002) e para a representatividade dessa instituição (FARIA; RIBEIRO, 2011), podendo afetar negativamente o seu processo deliberativo (CUNHA, 2007), como mencionado anteriormente. Faria (2007) afirma que a ausência de eleição e a indicação do Secretário Municipal de Saúde para ocupar o cargo de presidência “não só fere o princípio representativo, como indica monopólio do cargo pelo representante do governo, configurando de antemão a preponderância do governo frente aos demais segmentos que participam dos Conselhos” (FARIA, 2007, p. 119). Quando isso ocorre, a interferência do poder executivo nas atividades do conselho é acentuada, implicando na diminuição da sua autonomia, pois, na maioria dos casos, ao presidente é concebido o privilégio de definir a pauta a ser discutida nas reuniões, estabelecendo temas prioritários para a agenda (TATAGIBA, 2002). Nessa perspectiva, ao aliar a determinação da periodicidade de reuniões à prerrogativa de escolher seus próprios presidentes, tende-se a evitar que o conselho seja manipulado e convocado a deliberar apenas de acordo com a conveniência do poder Executivo (DOMBROWSKI, 2008).

Prosseguindo para o último ponto a ser verificado nessa primeira análise, relativo a quem é facultada a prerrogativa de elaborar a pauta de discussão e como se chegam às decisões do Conselho, de acordo com o RI, cabe ao presidente, entre outras funções, convocar as reuniões, propor e submeter as questões para a deliberação da plenária. Entretanto, de acordo com o parágrafo único do artigo 21 do RI, os assuntos a serem incluídos na pauta do dia podem ser solicitados com até 48 horas de antecedência. Quanto às decisões deste Conselho, o RI explica que estas são, em regra, tomadas por maioria simples dos presentes com direito a voto e, no caso de empate, a mesa diretora tem voto decisório. Exige-se maioria qualificada apenas para alterar o RI (2/3 dos membros). Ainda existe a possibilidade da tomada de decisão com qualquer número de conselheiros, quando houver necessidade de realizar reunião extraordinária devido à falta de *quórum* mínimo da reunião anterior. Conforme o artigo 29, essas deliberações devem ser materializadas por meio de resoluções, recomendações e moções.

4.1.3 O exame dos graus de institucionalização, de democratização e de representação do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas

Faria e Ribeiro (2010) afirmam que através do desenho institucional do conselho é possível verificar se ele está apto a cumprir as promessas de expandir e democratizar o acesso às políticas públicas. Dependendo das variáveis existentes nas normativas, é possível que os atores da sociedade civil possam exercer, com mais qualidade, a sua participação no processo decisório (VALE NETO, 2015). Assim, o objetivo proposto, nesse momento, é examinar os graus de institucionalização, de democratização e de representação, conforme orientam as autoras.

Para tanto, será levada em consideração a presença ou não de determinadas variáveis, elencadas anteriormente, sendo que elas possuem pesos iguais. Para o exame do grau de institucionalização, as variáveis são relacionadas às regras definidas como determinantes para a prática participativa (FARIA, 2007) como: previsão de mesa diretora, de secretaria-executiva, de câmaras e comissões, entre outros. Dessa forma, será classificado como “grau alto” quando todas as variáveis estiverem presentes; como “grau médio” quando existir a presença de algumas variáveis, mas não todas; e como “grau baixo” quando for acusada a ausência de todas ou de quase todas as variáveis.

Já para o exame do grau de democratização, foram consideradas as variáveis que retratam os potenciais democratizantes e inclusivos do conselho. Assim, o grau de democratização "alto" revela a presença de pluralidade de atores na definição de pauta e tomada de decisão, a possibilidade de alternância da presidência entre os segmentos, além da presença de comissões e conferências, cujas informações também serão computadas no primeiro momento (grau de institucionalização). A constatação dos graus "médio" e "baixo" seguem conforme já descrito: será classificado como “grau médio” quando existir a presença de algumas variáveis, mas não todas e como “grau baixo” quando for acusada a ausência de todas ou de quase todas as variáveis.

Por fim, para definir o grau de representação do conselho, verificou-se a existência, ou não, de critérios relativos ao processo representativo no conselho, ou seja, presença ou ausência de normas que indiquem a existência de uma pluralidade de segmentos representados e como são definidas essas representações. Dessa forma, o grau de representação alto será determinado quando as normativas indicarem a previsão de categorias de entidades que representam a sociedade civil e como são definidos os conselheiros que representarão tanto ela, quanto o poder executivo. Dessa forma, o “grau médio” será

constatado quando não houver indicação de categorias do segmento usuários ou não existir critérios para o ingresso dos conselheiros. Já o “grau baixo” será indicado quando não houver nenhuma dessas informações.

Os quadros 6, 7 e 8 apresentam os resultados obtidos.

Quadro 6: Grau de Institucionalização do CMS/TF.

Ano de criação do CMS	Ano de criação do RI em vigor	Estrutura organizacional				Frequência de reunião	Grau
		Mesa Diretora	Secretaria Executiva	Câmaras e Comissões	Previsão de conferências		
1990	2014	Sim	Sim	Sim	Sim	Mensal	Alto

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das informações do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas, Faria (2007) e Faria e Ribeiro (2010).

Quadro 7: Grau de democratização do CMS/TF.

Ano de criação do RI em vigor	Número de membros	Composição do CMS / Paridade	Prerrogativa da presidência	Quem pode presidir	Processo de votação	Quem define a pauta	Regra de alteração do RI	Grau
2014	16	50% U; 25% T; 12,5% P e 12,5% G / Sim	Não	Qualquer membro	Maioria simples	Construção coletiva	Maioria qualificada	Alto

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das informações do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas, Faria (2007) e Faria e Ribeiro (2010).

Legendas: U – Usuário; T – Trabalhador; P – Prestador; G – Gestão

Quadro 8: Grau de representação do CMS/TF.

Ano de criação do RI em vigor	Previsão de categorias de entidades da sociedade civil	Como são definidos os conselheiros representantes da sociedade civil	Como são definidos os conselheiros representantes do executivo	Grau
2014	Sim	Sim	Sim	Alto

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das informações do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas, Faria (2007) e Faria e Ribeiro (2010).

De acordo com as informações consolidadas nos quadros acima, observa-se que o Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas apresenta alto grau de institucionalização, de democratização e de representação, visto que possui em suas normativas as regras essenciais para viabilizar uma participação efetiva nas decisões do governo de forma ampla, segura e democrática. Porém, a existência dessas regras é condição

suficiente para o bom funcionamento e para a efetividade deliberativa do Conselho? Buscando aprofundar essa análise e verificar a realidade vivenciada no CMS em estudo, outras estratégias de pesquisa foram utilizadas, conforme descrito adiante.

4.1.4 Dinâmica de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas: entre o legal e o real

Retomou-se os resultados obtidos na análise documental acerca das variáveis elencadas por Faria (2007) para verificar se elas foram capazes de determinar a dinâmica de funcionamento do CMS/TF. Assim, para analisar a estrutura que está disponível para o funcionamento do Conselho, foi necessário investigar outros elementos que não constam redigidos em documentos. Dessa forma, para verificação deste item, optou-se por realizar entrevista com o conselheiro eleito atualmente como 1º secretário. As informações por ele prestadas sobre a estrutura do CMS/TF estão reunidas no Quadro 9:

Quadro 9: Estrutura do CMS/TF – 2018 e 2109.

Indicadores	Situação
Sede própria	Não
Secretária Executiva	Não
Quantidade de computadores	00
Existência de outros equipamentos	Não
Orçamento próprio	Não
Realiza capacitação dos conselheiros	Última em 2017
Comissões existentes	Média e Alta Complexidade; Políticas Públicas de Saúde; Atenção Básica; Vigilância em Saúde e Recursos Humanos.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir da entrevista realizada com o 1º secretário do CMS (informação verbal²⁷).

A partir das informações coletadas, constatou-se que o Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas possui uma estrutura precária de funcionamento, pois, além de não possuir Sede e equipamentos próprios, não possui orçamento para gerir suas necessidades, dependendo da estrutura operacional da Secretaria Municipal de Saúde. Tais fatos foram investigados junto ao presidente deste Conselho. O mesmo afirmou que para a realização das reuniões é necessário utilizar os equipamentos e materiais pessoais:

²⁷ Informação concedida por CONSELHEIRO, TS. **Entrevista 3**. [janeiro. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Conversa informal. Inserção do trecho da conversa autorizada através da assinatura do TCLE.

Nós sempre utilizamos dos nossos sindicatos é... a estrutura, a impressora, o papel, a caneta, computadores [...] o secretário nos comunicou, nos solicitou que reiterasse, reencaminhasse, reiterasse os ofícios a respeito da... de todo o material possível para melhorar a estrutura do Conselho. Nós já encaminhamos e agora estamos aguardando a chegada desses materiais. Seria o computador, os móveis do Conselho e também a questão de telefone, internet, essas questões. (informação verbal²⁸).

Sobre o orçamento próprio, o conselheiro/1º secretário informou em entrevista que “Após reuniões de deliberações em reuniões ordinárias e extraordinárias, foram feitas reuniões na câmara municipal de vereadores, discutindo a aprovação do orçamento próprio para o CMS na LDO - Lei de Diretriz Orçamentária” (informação escrita²⁹). Entretanto, conforme a fala do conselheiro/presidente, esse orçamento não foi, nem será, pelo menos na atual gestão, destinado para uso e gestão do próprio Conselho:

O financiamento continua sendo a grande dificuldade dos conselhos de todo território nacional. [...] nós fizemos reunião com a comissão de finanças da câmara, com o secretário de saúde e não...segundo ele a legislação não permite um conselho ter um recurso próprio, é... no caso pra ficar lá [...] ou seja, você pode determinar dentro dessa estrutura do conselho um valor é... de financiamento do conselho, mas quem administra esse financiamento, no caso, quem libera, fica à mercê do secretário de saúde [...] (informação verbal³⁰).

Acerca das capacitações, através das informações obtidas pelo conselheiro/1º secretário constantes no Quadro 9, observa-se que a última foi realizada no ano de 2017, o que significa que parte dos conselheiros nomeados no mandato de 2019 – 2021 não receberam capacitação para exercer essa função. Para Torres e Frota (2015), a falta de capacitação implica na falta de conhecimento técnico sobre o setor da saúde que impossibilita a formulação de questionamentos e deliberações sobre assuntos apresentados pelos

²⁸ Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

²⁹ Informação concedida por CONSELHEIRO, TS. **Entrevista 2.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo digital. A entrevista semiestruturada na íntegra encontra-se no Apêndice E desta dissertação.

³⁰ Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

representantes da gestão de maneira crítica e ativa. Faria e Ribeiro (2011, p. 130) afirmam que a inexistência de capacitação é

um preditor forte do pouco compromisso dos conselhos com a capacitação dos seus conselheiros e, assim, da qualidade duvidosa de seu processo deliberativo, dado que, sem capacitação sobre a política em questão, os atores ali inseridos dificilmente participarão adequadamente do processo, principalmente em um contexto marcado pela presença forte de assimetrias informacionais entre representantes do governo e dos outros segmentos.

Além disso, apesar da existência da mesa diretora eleita para condução dos trabalhos do CMS, conforme as informações dos três entrevistados (presidente, 1º secretário e ex-conselheiro), o Conselho em estudo carece de secretária executiva destinada exclusivamente ao apoio técnico e administrativo das reuniões (exercer atividades como: elaboração de atas; organização dos documentos relativos às atribuições do Conselho; subsidiar, assessorar, levantar e sistematizar as informações que permitam à Presidência, ao Colegiado, Comissões e Grupos de Trabalhos tomarem decisões).

Como os conselheiros não se dedicam unicamente a esta atividade e acumulam outras funções, os trabalhos relacionados à secretaria e a organização documental ficam prejudicados. O ex-conselheiro, 1º secretário do mandato de 2018, informou que tal necessidade é de conhecimento da gestão, pois foi objeto de pleito algumas vezes. O conselheiro/presidente confirmou que essa é uma solicitação antiga informando que, inclusive, há três anos o Conselho fez entrevista visando à contratação de uma secretária, porém, até a conclusão da presente pesquisa, não havia obtido êxito na contratação ou remanejamento de servidor para atuar nessa função:

[...] Três anos atrás nós fizemos uma seleção com... acho que oito ou nove candidatas, onde nós entrevistamos essa candidata e olhamos um pouco do currículo dela. [...] Então nós usamos o processo de seleção mesmo. [...] ela já tomou pé da situação, já foi lá, viu a sala, opinou sobre a questão de como ficaria essa questão da sala, mas ela não está podendo atuar porque o decreto ainda não saiu. Diz que sai essa semana (16 a 20/03/2020), mas nós estamos aguardando. (informação verbal³¹)

³¹Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4**. [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

Diante dessa situação, que ainda permanece sem resolução, o ex-conselheiro conclui opinando em conversa informal que “[...]o Conselho está do jeito que eles querem[...]” (informação verbal³²) sugerindo que é de interesse da gestão dificultar os trabalhos do CMS. Com a mesma opinião, Souza, Teixeira e Lima (2012) afirmam que a presença de uma secretaria-executiva técnica e de funcionários responsáveis pelo funcionamento cotidiano dos conselhos indica maior capacidade de ação dessas instâncias, ou seja, a ausência desse apoio administrativo interfere negativamente nas ações desse órgão. Além disso, verifica-se que essa situação está em desacordo com a Resolução CNS nº 453/2012, que determina que “o Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão” (BRASIL, 2012).

Verifica-se, dessa forma, que apesar das diretrizes dessa resolução e das normativas do referido Conselho determinarem que o governo garanta autonomia administrativa para o pleno funcionamento desse órgão, dotação orçamentária (autonomia financeira) e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico (BRASIL, 2012; TEIXEIRA DE FREITAS, 2014), a gestão municipal as ignora comprometendo sua independência, bem como o exercício da cidadania e do controle social que ocorrem por meio dessa instituição. Para Stralen *et al.* (2006), o apoio administrativo e a infraestrutura física dos conselhos são indicadores do apoio político do gestor do SUS ao controle social e à gestão participativa, não apenas dizem respeito às suas condições de funcionamento.

Semelhante ao que ocorre no CMS/TF, a falta de estrutura para funcionamento também é registrada por Souza e Heller (2019), no Conselho Municipal de Saúde de Belém (PA), e por Torres e Frota (2015), no Conselho Municipal de Saúde de Beberibe (CE). Estas pesquisas contrastam com os estudos de Silva *et al.* (2012) e Almeida (2006). No primeiro, identificou-se que a maioria dos conselhos estudados dispõe de uma boa estrutura física e humana de funcionamento, com sala própria e de tamanho adequado, equipamentos e mobiliário em bom estado de manutenção e conservação. No segundo, observou-se que o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG) dispõe de recursos físicos, materiais e humanos para o desenvolvimento de suas atividades, possuindo sede própria, equipamentos e orçamento próprio.

³² Informação concedida por EX-CONSELHEIRO, US. **Entrevista 1**. [janeiro. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Conversa informal. Inserção do trecho da conversa autorizada através da assinatura do TCLE.

Ao avaliar a previsão de constituição de comissões e grupos de trabalho, verifica-se no Quadro 9 que o CMS possui algumas comissões que visam facilitar o encaminhamento e a discussão dos trabalhos em âmbito interno. Foi possível observar que o Conselho compreende a importância destas, pois os membros entrevistados afirmam que

Têm se reunido. As Comissões Temáticas têm por finalidade propor e acompanhar medidas que permitam implementar a política de saúde no município de Teixeira de Freitas, subsidiando o Conselho Municipal de Saúde. São responsáveis por emitir pareceres e sugerir encaminhamentos respaldados em estudos específicos, atendendo às demandas do próprio Conselho Municipal de Saúde (informação escrita³³).

[...] nós criamos as comissões no intuito de melhorar o funcionamento do Conselho, a atuação do Conselho como um todo, e também é... dar publicidade ao Conselho. Acho que as comissões têm esse papel de estar mais próximo dos profissionais, estar mais próximo dos serviços, da fiscalização de todos os serviços, mas, infelizmente, nem todos que assumiram as comissões têm procurado fazer esse trabalho [...] (informação verbal³⁴).

Entretanto, apesar dos conselheiros informarem que as comissões se reúnem, nos anos pesquisados (2018 e 2019), não foram identificadas resoluções específicas que estabeleçam a constituição e o funcionamento das comissões, nem atas que registrem suas reuniões, conforme preconiza o RI. Esta situação levanta questionamentos sobre o funcionamento dessas comissões no âmbito interno do Conselho.

Ao consultar as atas referentes às reuniões realizadas nos anos de 2018 e 2019 a fim de verificar a frequência com que ocorreram e o local delas, observou-se que existem poucas reuniões registradas. Em 2018, foram registradas 08 reuniões, sendo 05 ordinárias, das quais 03 não ocorreram por falta de *quórum* mínimo. Já em 2019, houve o registro de 06 reuniões,

³³ Informação concedida por CONSELHEIRO, TS. **Entrevista 2.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo digital. A entrevista semiestruturada na íntegra encontra-se no Apêndice E desta dissertação.

³⁴ Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

sendo 04 ordinárias e as demais extraordinárias. O quadro 10 indica as datas em que estas ocorreram:

Quadro 10: Reuniões do CMS/TF registradas nos anos de 2018 e 2019.

	Reunião	Data	Caráter
2018	1	16/01/2018	Ordinário
	2	24/01/2018	Extraordinário
	3	06/02/2018	Ordinário
	4	22/02/2018	Extraordinário
	5	10/04/2018	Ordinário
	6	08/05/2018	Ordinário
	7	04/09/2018	Ordinário
	8	13/11/2018	Extraordinário
2019	1	12/03/2019	Ordinário
	2	09/04/2019	Extraordinário
	3	07/05/2019	Ordinário
	4	23/07/2019	Extraordinário
	5	06/08/2019	Ordinário
	6	10/09/2019	Ordinário

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir da análise das atas das reuniões do CMS/TF.

A respeito destas reuniões, é importante ressaltar que, documentos como “convocações para reuniões”, “listas de presença” e entrevistas sugerem que um número maior de reuniões tenha ocorrido, sendo, no mínimo, 18 em 2018 e 12 em 2019, porém, não há registro de parte dessas em atas, não sendo possível, dessa forma, obter informações se estas realmente ocorreram, se não ocorreram por falta de *quórum* mínimo e qual seria/foi o teor das discussões. Assim sendo, apesar dos conselheiros afirmarem que estas reuniões são realizadas mensalmente, não foi possível concluir de fato sobre a frequência com que as reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas aconteceram, entretanto, considera-se a ausência do registro de atas um dado importante. Além disso, a leitura das atas possibilitou verificar que outros sujeitos, sejam eles eventuais convidados, sejam pessoas interessadas em acompanhar algum tema em debate, estavam presentes em onze das catorze reuniões registradas (78% das atas listadas). Apesar dos não-membros, denominados “visitantes”, terem se manifestado em apenas seis destas (54,5%), pode-se inferir que o CMS está aberto à inclusão de novos atores e temas, sendo um órgão permeável à participação de “atores externos”.

Para Cunha (2007), encontrar a inexistência de registros de reuniões ou de decisões é indicativo da postura de um gestor municipal que ignora essas instituições ou as deliberações nelas ocorridas, entendendo sua existência e funcionamento apenas como um requisito a ser cumprido para o recebimento de recursos federais, revelando uma relação entre Estado e sociedade que reproduz o autoritarismo, o patrimonialismo e o clientelismo. Sobre a participação de atores externos nos conselhos, Moreira e Escorel (2009) afirmam que existe um avanço da inclusividade no setor saúde em nível municipal. Os autores entendem a inclusividade como a possibilidade de abertura das reuniões à população, bem como ao direito à voz desta. Para eles essa participação atribui novas qualidades ao processo decisório, visto que possibilita a inserção de um número cada vez maior e mais diversificado de interesses nas deliberações sobre as políticas municipais de saúde. Em pesquisa realizada com 98% dos conselhos de saúde existentes no país na época do estudo (5.463 conselhos), Moreira e Escorel (2009) constataram que é comum a inclusão de novos atores nesses órgãos, uma vez que mais de 74% deles permitiam tal intervenção, o que indica que os CMS também abrem espaços para a participação da população não-organizada.

Os membros do Conselho entrevistados concordam com a opinião dos autores ao falarem sobre a participação de atores externos no CMS, afirmando que

É muito importante para influenciar e contribuir na construção das políticas públicas de saúde locais, através de suas opiniões e experiências que são relacionadas com os diversos atores da sociedade composta no colegiado (informação escrita³⁵).

[...] Nós temos o IFBaiano, nós temos a UFSB, nós temos a Pitágoras, que participa conosco também de forma positiva, propondo, ouvindo o Conselho, trazendo sugestões para o Conselho, então a gente nesses últimos quatro anos, três anos, nós temos feito bastante e contado também com o apoio dessas entidades né, que têm contribuído e muito, principalmente a UFSB, tem contribuído e muito com o Conselho. Também adotando algumas questões que é de cunho do Conselho, como a criação dos Conselhos Locais de saúde, então essa participação externa ela é muito bem-vinda. [...] Então o Conselho tem procurado fazer sim esses trabalhos, e adotar também aqueles que têm nos dado a oportunidade de estar contribuindo conosco. (informação verbal³⁶).

³⁵ Informação concedida por CONSELHEIRO, TS. **Entrevista 2.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo digital. A entrevista semiestruturada na íntegra encontra-se no Apêndice E desta dissertação.

³⁶ Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

Sobre os locais em que estas reuniões ocorreram, verificou-se que o CMS não possui Sede própria para reunir-se, tendo sido registrados três locais de reunião diferentes neste período, a saber: auditório da Secretaria Municipal de Saúde, Centro Especializado em Reabilitação e Sede do Sindicato dos Empregados do Comércio de Teixeira de Freitas – SINDEC. Como somente uma delas não foi realizada nas estruturas físicas das unidades da Secretaria Municipal de Saúde citadas, constata-se, mais uma vez, que o funcionamento do CMS está sujeito aos interesses da gestão, o que indica uma concentração de poder (MOREIRA; ESCOREL, 2009), também verificada na fala do conselheiro/presidente:

Como a gente sabe que, dificilmente, nós teríamos uma sede do Conselho, nós seguimos a orientação dos outros conselhos que foi adotar uma estratégia de ter um espaço na Casa dos Conselhos, onde nós conseguimos esse espaço já há dois anos, só que estamos impossibilitados de usá-lo devido a não ter móveis e não ter a secretária executiva... que agora nós fomos de novo lá na Casa do Conselho, a nossa salinha estava lá de fato nos esperando... não mais a outra que era maior, mas uma menor, mas estava reservado o nosso lugar. E aí agora nós vamos, segundo o secretário, ter móveis e a secretária executiva. É brincadeira? (informação verbal³⁷).

Para investigar a real composição do Conselho Municipal de Saúde, buscou-se ir além do RI na presente pesquisa. Para isso, utilizou-se como fonte de dados os Decretos Municipais de nºs 213/2016 e 87/2019 que nomeiam os membros do CMS para os mandatos de 2016/2018 e 2019/2021, respectivamente. A composição desse Conselho, em 2018 e 2019, é representada nos quadros 11 e 12 abaixo:

Quadro 11: Composição do CMS/TF – 2018.

Composição do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas – 2018		
Segmento	Representantes	Entidades 2108 (Decreto Municipal nº 213/2016)
Governo	Gestor Municipal de Saúde Membro da gestão indicado pelo gestor de saúde	(1) Gestor Municipal de Saúde (2) Membro da gestão indicado pelo gestor de saúde
Prestadores de serviços em saúde	Entidade filantrópica contratada com o SUS e/ou prestadores privados	(1) Clínica Radiológica Extremo Sul (2) Profissional médico prestador de

³⁷ Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4**. [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

	contratados com o SUS	serviços
Trabalhadores de Saúde	Entidades representativas dos trabalhadores da saúde (associações, sindicatos públicos e/ou privados).	(1) Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia (2) Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Endemias do Extremo Sul da Bahia – SINDACESB (3) Associação Brasileira de Odontologia – ABO (4) Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia – CRF/BA
Usuários do SUS	Entidades religiosas Organização de moradores Movimento estudantil Associação dos Portadores de Deficiências Associação dos Dirigentes Lojistas Associação/conselhos representativos de classe	(1) Mitra Diocesana de Teixeira de Freitas (2) Centro Espírita Nosso Lar - - (3) Diretório Acadêmico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde-UFSB (4) Associação Loucos para Viver (5) Câmara dos Dirigentes Lojistas-CDL (6) Sindicato dos Empregados do Comércio de Teixeira de Freitas - SINDEC (7) Central Única dos Trabalhadores-CUT (8) Sindicato dos Trabalhadores na Silvicultura, no plantio, nos tratamentos culturais, extração e beneficiamento da madeira em atividades florestais e indústrias moveleiras no Extremo Sul da Bahia – SINTREXBEM.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das informações do Decreto Municipal nº 213/2016 que nomeia os membros do CMS para o mandato de 2016/2018.

Quadro 12: Composição do CMS/TF – 2019

Composição do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas – 2019		
Segmento	Representantes	Entidades 2109 (Decreto Municipal nº 87/2019)
Governo	Gestor Municipal de Saúde Membro da gestão indicado pelo gestor de saúde	(1) Gestor Municipal de Saúde (2) Membro da gestão indicado pelo gestor de saúde (3) Membro da gestão indicado pelo gestor de saúde (4) Membro da gestão indicado pelo gestor de saúde
Prestadores de serviços em saúde	Entidade filantrópica contratada com o SUS e/ou prestadores privados	- -

contratados com o SUS	
Trabalhadores de Saúde	Entidades representativas dos trabalhadores da saúde (associações, sindicatos públicos e/ou privados).
	(1) Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia (2) Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Endemias do Extremo Sul da Bahia – SINDACESB (3) Associação Brasileira de Odontologia – ABO (4) Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia – CRF/BA
Usuários do SUS	Entidades religiosas
	(1) Mitra Diocesana de Teixeira de Freitas
	Organização de moradores
	-
	Movimento estudantil
	-
	Associação dos Portadores de Deficiências
	(2) Sociedade PESTALOZZI
	Associação dos Dirigentes Lojistas
	-
	Associação/conselhos representativos de classe
	(3) Sindicato dos Empregados do Comércio de Teixeira de Freitas - SINDEC(4) Central Única dos Trabalhadores-CUT (5) Sindicato dos Trabalhadores na Silvicultura, no plantio, nos tratos culturais, extração e beneficiamento da madeira em atividades florestais e indústrias moveleiras no Extremo Sul da Bahia – SINTREXBEM. (6) Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado da Bahia
Outros não correlacionados ao RI	(7) Associação Levanta-te (8) Lar dos Idosos São Francisco de Assis

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das informações do Decreto Municipal nº 87/2019 que nomeia os membros do CMS para o mandato de 2019/2021.

Ao analisar o Decreto Municipal nº 213/2016, é possível observar que em 2018 a composição do Conselho acompanha, quase em sua totalidade, o que preconiza o Regimento Interno. Porém, verifica-se que a representação dos usuários destinada às “organizações de moradores” é “substituída” por grupos de sindicatos. Entretanto, ao analisar o Decreto Municipal nº 87/2019, na atual composição, verifica-se que não existe representação referente aos prestadores de serviços SUS, sendo estes substituídos por representantes do governo. Quanto à representação dos trabalhadores da saúde, esse quesito atende ao proposto no Regimento Interno. Na representação de usuários do SUS, apenas uma “cadeira” de entidade religiosa é contemplada, além disso, inexistem representantes da organização de moradores,

movimento estudantil, assim como não há representantes da associação dos dirigentes lojistas. Observou-se também, que a representação dos usuários está concentrada em grupos sindicais e existem grupos que não se enquadram em nenhum previsto no RI.

Com esse quadro, conclui-se que a paridade prevista na legislação e refletida no RI não é observada. Dessa forma, a representação fica necessariamente prejudicada, enfraquecendo a força popular. É indispensável ressaltar que, com essa composição, elementos essenciais podem ser suprimidos das discussões, uma vez que os conselhos foram previstos como espaços plurais, onde diversas representações se fariam presentes para discutir, propor e avaliar as políticas públicas. Atualmente, os “representantes do governo são sobre-representados descumprindo, assim, a própria regra institucional e reforçando os desequilíbrios no processo deliberativo no interior dessa instituição” (FARIA, 2007, p. 118). Além disso, a ocupação das “cadeiras” dos prestadores de serviços pelo governo, e a ocupação da maioria das “cadeiras” dos Usuários do SUS por Sindicatos, outro ponto observado neste Conselho em sua atual composição, causam um deficit democrático, em particular, o de ouvir “certas” vozes não “todas” as vozes e, ainda assim, com algumas vozes prevalecendo sobre outras, conforme trata Escorel (2005) em relação à participação social em processos democráticos de representação. O conselheiro/presidente explica que essas ocupações ocorrem dessa maneira devido à falta da documentação exigida para habilitação das entidades que desejam participar do Conselho:

Sobre a questão de representatividade e composição do Conselho, o Conselho foi bem criterioso a esse respeito, procurou ser bem democrático a ponto de nós abirmos inscrições para as entidades, para que se a entidade se apresentasse, inscrevesse, melhor dizendo, porque a cadeira é da entidade e não do conselheiro, né? E, claro, para tanto era necessário que atendesse os pré-requisitos e, infelizmente, principalmente o segmento trabalhador, nós temos muitas entidades, mas poucas legalizadas que de fato poderiam estar assumindo essas cadeiras. Daí às vezes o deficit que nós temos hoje em algumas cadeiras, né? Aquelas que tomaram, no caso, que estavam aptas a participar, que vieram para o Conselho, ganharam a cadeira, [...] mas o problema que nós temos [...] é esse daí, das entidades existirem mas não estarem documentalmente legalizadas, estarem em deficit. (informação verbal³⁸).

³⁸ Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4**. [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

Problemas de representação como este são vistos no Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus (BA) (FARIA, 2007) e no do Conselho Municipal de Saúde Santo Antônio do Descoberto (DF) (SILVA, 2017), nos quais a representação e o poder fiscalizatório ficaram comprometidos com a presença/ocupação de servidores da Secretaria Municipal de Saúde em diferentes segmentos (prestadores de serviços, gestão e usuários). Já as pesquisas feitas com o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG) (MAGALHÃES; XAVIER, 2019) e com o Conselho Municipal de Saúde de Natal (RN) (BELO COSTA; ALMEIDA, 2017) apontam a existência de significativo grau de representatividade, sendo estes quadripartites, agregando distintos segmentos da sociedade civil.

No que se refere ao “mandato e reeleição dos conselheiros”, observou-se que 100% da representação de trabalhadores da saúde do mandato 2016/2018 mantiveram-se no mandato 2019/2021, bem como 50% da representação dos usuários. Segundo o Edital nº 05/2018 CMS publicado no Diário Oficial do Município em 09 de janeiro de 2019, as entidades habilitadas para concorrerem à eleição para o atual mandato de usuários e trabalhadores do SUS foram exatamente as mesmas nomeadas no Decreto, ou seja, não foi necessária uma eleição propriamente dita. No entanto, infere-se, a partir das informações do Edital nº 02/2018 CMS, publicado em 30 de novembro de 2018, e dos dados da entrevista com o presidente, que estas apresentaram a documentação exigida para habilitação, como: a) cópia simples do cartão de inscrição no CNPJ; b) cópia simples da ata de eleição da diretoria atual registrado em Cartório; c) cópia simples do estatuto atualizado e registrado em cartório; d) termo de indicação do eleitor e respectivo suplente que representarão a entidade, subscrito pelo seu representante legal; e) cópia simples da cédula de identidade do eleitor e do suplente; f) comprovante de atuação de, no mínimo, 2 (dois) anos, até a data da eleição, entre outros.

Apesar da legitimidade da investidura desses grupos em mandatos subsequentes devido ao cumprimento dos requisitos para a candidatura do CMS, é válido salientar que Cohn (2003, p. 17) acredita que a baixa rotatividade dos membros dos conselhos de saúde se traduz em “insuficiência do exercício democrático no âmbito da própria sociedade civil, que assim permite que se cristalizem determinados sujeitos sociais como representantes dos distintos interesses econômicos e de demandas a partir de carências aí presentes”. Acredita-se também que essa baixa rotatividade se deve ao fato de que diversas entidades não têm interesse em disputar o cargo de conselheiro de Saúde. A este respeito, Stralen *et al.* (2006) entendem que a ausência de disputas e a continuidade dos mesmos representantes podem contribuir para o avanço da dimensão burocrático-administrativa em detrimento da dimensão política, fator este que amplia o desinteresse por parte de várias entidades.

Faria (2007) considera a forma de escolha das entidades de origem dos conselheiros uma informação importante, uma vez que ela revela se a representação no interior dos conselhos é legítima e como é constituída. Nesse contexto, o RI informa que as entidades serão eleitas em plenária destinada a este fim. As entidades, quando eleitas, devem indicar os seus representantes que serão designados como conselheiros por decreto do prefeito municipal. Os representantes são escolhidos e indicados no âmbito do segmento que representam, sem interferência externa. Essa informação foi reiterada no Edital nº 04/2018 CMS que apresenta o Calendário Eleitoral do Conselho Municipal de Saúde para as eleições do mandato vigente. Neste, é estipulada data para indicação dos representantes que irão compor o CMS, que é respeitada e publicada em decreto. Na sequência, é agendada a data de posse e eleição da mesa diretora. Assim, conclui-se pela legitimidade desse processo, que é realizado conforme determina a Resolução CNS nº 453/2012.

Quanto à escolha do presidente, no que diz respeito ao presente estudo, constatou-se que no Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas a mesa diretora foi eleita na primeira reunião plenária após a eleição e indicação dos representantes de cada segmento. Atualmente, este Conselho é presidido por um representante dos trabalhadores, o que pode ser apontado como um aspecto positivo, tendo em vista que tradicionalmente esse cargo era ocupado pelo Secretário Municipal de Saúde. Faria (2007) presume que, com a eleição do presidente, é possível ocorrer a rotatividade dos segmentos neste cargo, tornando o CMS mais democrático.

Estudando essa temática, Dombrowski (2008) pesquisou 58 conselhos distintos do interior do território brasileiro. O autor chama a atenção em sua pesquisa para o grande número de presidentes dos conselhos indicados por Prefeito ou Secretário Municipal (31%) e informa que “essa dependência introduz o risco da transformação dos conselhos de instrumento de participação da sociedade na gestão pública em ‘fonte de legitimação política’” (DOMBROWSKI, 2008, p. 278). Já nos estudos de Faria (2007), observou-se que nos Conselhos Municipais de Saúde de Ilhéus (BA) e Jequié (BA) os presidentes são eleitos pela plenária, porém, constituem uma minoria diante do universo estudado.

Através das informações coletadas nas entrevistas com os conselheiros atuantes (presidente e 1º secretário) sobre a elaboração de pauta e como se chegam às decisões, foi possível inferir que a indicação de pauta é aberta a todos os membros do CMS e que no espaço entre uma reunião e outra os conselheiros interessados podem encaminhar sugestões de pauta para a reunião seguinte, possibilitando a apreciação das demandas de todos os segmentos representados. Sobre essa variável, o 1º secretário informou que “*Geralmente a*

pauta é proposta pela mesa diretora, sendo aceitas sugestões e indicações por parte de quaisquer um dos membros”(informação escrita³⁹) e o presidente complementou ao explicar que

[...] O colegiado, ele pode, ou acrescentar ou diminuir o número de assuntos a serem discutidos nessa pauta. Então não é uma pauta fechada, não é uma coisa como diz... inflexível, mas é muito flexível, então às vezes o conselheiro acha que vai demandar, determinado assunto vai demandar muito tempo, muito debate, ele pede para excluir o item 4 e 5, deixa só o 1, 2 ou 3, porque acho que dá pra gente poder fazer um debate mais consistente, porque se a gente colocar mais de dois assuntos, então vai prejudicar o debate desses temas que são de suma importância pro município. Então há uma flexibilidade, [...] (informação verbal⁴⁰).

Como as decisões são tomadas por maioria simples dos presentes com direito a voto, com voto decisório da mesa diretora, em caso de empate, conclui-se pelo aspecto democrático das deliberações, visto que, além da abertura para construção coletiva da pauta, a mesa diretora, que é composta por quatro membros eleitos, é a responsável pelo voto decisório em caso de empate, não sendo atribuída essa função apenas a um membro, de forma isolada.

Feita a análise das regras que balizam o funcionamento deste Conselho, a partir das variáveis elencadas para análise do desenho institucional dos conselhos (FARIA, 2007) e, concluída a verificação da aplicação e interferência dessas regras na dinâmica de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas constatou-se que, apesar do Regimento Interno apresentar uma estrutura institucional democrática com procedimentos institucionalizados, apresentando alto grau de institucionalização, de democratização e de representação, segundo a análise das variáveis e regramentos considerados como determinantes por Faria e Ribeiro (2010), estes são, por várias vezes, infringidos. A exemplo, têm-se a falta de estrutura para funcionamento (equipamentos; ausência de servidor para auxiliar os trabalhos da secretaria-executiva; falta de capacitação, sede e orçamento próprios); a possibilidade de inoperância das comissões internas; a falta de

³⁹ Informação concedida por CONSELHEIRO, TS. **Entrevista 2.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo digital. A entrevista semiestruturada na íntegra encontra-se no Apêndice E desta dissertação.

⁴⁰ Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

registro das reuniões em ata e problemas de representação, inclusive com baixa rotatividade dos membros e ausência de paridade da composição atual. Este último critério impede que no CMS exista igualdade de condições para que ocorram os processos de discussão e decisão, que são princípios básicos da democracia deliberativa. Diante dessa realidade, decidiu-se apurar, novamente, os graus de institucionalização, de democratização e de representação do CMS, obtendo-se o grau médio em todos os âmbitos investigados. Os resultados estão apresentados nos quadros 13, 14 e 15, a seguir:

Quadro 13: Apuração do Grau de Institucionalização do CMS/TF.

Ano de criação do CMS	Ano de criação do RI em vigor	Estrutura organizacional				Frequência de reunião	Grau
		Mesa diretora	Secretaria Executiva	Câmaras e Comissões	Previsão de Conferência		
1990	2014	Sim	Não	Indeterminado*	Sim	Indeterminada*	Médio

* Indeterminados, porém com forte tendência das comissões existirem e atuarem e das reuniões serem realizadas mensalmente, conforme a fala dos entrevistados.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das informações das entrevistas semiestruturadas e Atas dos anos de 2018 e 2019, conforme orientações de Faria (2007) e Faria e Ribeiro (2010).

Quadro 14: Apuração do Grau de democratização do CMS/TF.

Número de membros	Composição do CMS / Paridade	Prerrogativa da presidência	Quem pode presidir	Processo de votação	Quem define a pauta	Regra de alteração do RI	Grau
16	Não há paridade	Não	Qualquer membro	Maioria simples	Construção coletiva	Maioria qualificada	Médio

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das informações dos Decretos de nomeação dos conselheiros, do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas e entrevistas semiestruturadas, conforme orientações de Faria (2007) e Faria e Ribeiro (2010).

Legendas: U – Usuário; T – Trabalhador; P – Prestador; G – Gestão

Quadro 15: Apuração do Grau de representação do CMS/TF.

Ano de criação do RI em vigor	Previsão de categorias de entidades da sociedade civil	Como são definidos os conselheiros representantes da sociedade civil	Como são definidos os conselheiros representantes do executivo	Grau
2014	Existência de membros não especificados	Sim	Sim	Médio

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das informações do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas e dos Decretos e nomeação dos conselheiros, conforme orientações de Faria (2007) e Faria e Ribeiro (2010).

Dessa forma, conclui-se que a existência de leis e regras não é condição suficiente para propiciar a gestão democrática nos conselhos. É sabido que a adoção de um modelo participativo de governo vai na contramão dos interesses dominantes, assim, é necessário que esses canais de participação popular porem de sofrer resistências por parte dos agentes governamentais e que o poder executivo abandone práticas autoritárias, patrimonialistas e clientelistas para prover condições adequadas ao funcionamento destes órgãos, principalmente infraestrutura, recursos humanos e financeiros (MOREIRA; ESCOREL, 2009). Como Carvalho (1997) ressalta, os conselhos de saúde não precisam de mais normas, leis, mas sim de uma política mais transparente, com mais voz e que envolva de forma direta a sociedade.

4.2 A CAPACIDADE DELIBERATIVA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA DE FREITAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DECISÓRIO

Como a análise do desenho institucional do conselho, sozinha, não possibilita o alcance de conclusões acerca da efetividade deliberativa do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas, foi necessária também uma avaliação da capacidade de deliberação deste Conselho. Dessa forma, após ter apresentado os resultados do estudo do desenho institucional do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas e, conseqüentemente, ter verificado a sua efetividade democrática, esta seção buscará analisar o processo decisório a fim de avaliar a capacidade deliberativa deste Conselho, ou seja, verificar se ele foi capaz de produzir decisões que tivessem a possibilidade de influenciar efetivamente a produção da política pública de saúde do município (CUNHA, 2007), não cabendo aqui verificar se essas decisões foram implementadas pelo governo.

Entende-se que a avaliação da capacidade deliberativa envolve algumas dimensões, que foram devidamente elencadas por Souza e Heller (2019) num estudo sobre a efetividade deliberativa em Conselhos Municipais de Saneamento e de Saúde de Belo Horizonte-MG e Belém-PA. Segundo os autores, as variáveis relevantes que intervêm nesse processo são: a) igualdade deliberativa; b) decisões prevalentes; c) funções prevalentes; d) número de resoluções publicadas e não publicadas. Estas categorias são capazes de revelar a dinâmica do processo deliberativo desenvolvido nessas instâncias, contribuindo para compreender a dinâmica desse processo e, em conjunto com os resultados anteriores, verificar a sua efetividade deliberativa (SOUZA; HELLER, 2019).

Para levantar estes dados utilizou-se a análise documental como técnica de pesquisa, dando-se ênfase à análise das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS realizadas

no período compreendido entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019 (intervalo temporal recente). Com o exame dos dados, fundamentado na análise de conteúdo com foco na análise temática, buscou-se descobrir a presença e frequência de temas que tivessem significância para os objetivos a serem alcançados (MATOS, 2005). Dessa forma, a análise das atas visou à compreensão qualitativa e quantitativa, isto é, a presença ou a ausência de determinados conteúdos e a frequência com que apareciam (CUNHA, 2007). Subsidiariamente a esta, fez-se uso dos dados das entrevistas semiestruturadas, realizadas com dois conselheiros atuantes, sendo um o presidente e o outro o 1º secretário, ambos eleitos na plenária do Conselho e da entrevista/consulta com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde e, ainda, consultou-se as resoluções elaboradas pelo CMS no mesmo período. O desafio agora é ampliar a análise a fim de visualizar como se dá a participação no Conselho e o que ocupa espaço na pauta das reuniões, já que estas são variáveis essenciais para se verificar a qualidade da participação (ALMEIDA, 2006).

Antes de prosseguir com a análise, é preciso observar os obstáculos impostos pela fonte de dados utilizada. Sendo assim, é importante esclarecer que as atas das reuniões do CMS/TF foram recolhidas *in loco*, onde os documentos foram disponibilizados, porém, não foi possível o acesso a todas elas em decorrência de algumas não terem sido localizadas ou não terem sido confeccionadas. Destaca-se que, como mencionado anteriormente, além do Regimento Interno do Conselho prever que sejam realizadas reuniões ordinárias mensalmente, documentos como “convocações para reuniões”, “listas de presença” e entrevistas sugerem tenham ocorrido no mínimo, 18 reuniões em 2018 e 12 em 2019. Porém, contabilizando as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias, foram recolhidas e analisadas um total de 14 atas, conforme ilustrado na Tabela 2. Portanto, acredita-se que pelo menos 16 atas não foram contabilizadas e, conseqüentemente, não constituíram o universo dessa análise.

Tabela 2: Número de reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS/TF de 01/2018 a 12/2019.

Ano	Ordinárias	Extraordinárias	Quantidade
2018	05	03	08
2019	04	02	06
Total	09	05	14

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas, 2020. Elaboração própria.

Para Almeida (2006, p. 79) “as atas ocupam lugar de destaque na análise documental por registrarem a fala e os discursos políticos produzidos pelos atores do processo deliberativo

e permitirão analisar o processo argumentativo, central na teoria deliberativa". Porém, embora sejam reconhecidas como importantes fontes de informação, a autora esclarece que elas podem, muitas vezes, não expressar as ideias centrais dos seus atores e detalhes de suas falas, além de não documentar acontecimentos, discussões e ideias que surgem durante as reuniões. Cunha (2007) compartilha desse entendimento afirmando que, geralmente, por serem redigidas por pessoas que presenciam as reuniões, ou seja, mediadores do ato da fala, o registro não trata da fala em si, como ela foi pronunciada, mas como ela foi percebida e registrada. No entanto, para essa pesquisa, partiu-se dos pressupostos de que as atas são uma importante memória das contribuições dos diversos autores governamentais ou sociais ao fortalecimento das instituições participativas (VALE NETO, 2015) e que elas foram lidas e aprovadas pelos conselheiros, que concordaram com os seus registros através das assinaturas.

4.2.1 A influência dos atores no debate do Conselho: investigando a igualdade deliberativa

A partir da instituição do conselho gestor, espera-se que nesse espaço sejam estabelecidas práticas de negociação de políticas públicas que envolvam a pluralidade de atores sociais que compõem o respectivo conselho, quebrando o monopólio estatal nas decisões sobre essas políticas que dizem respeito a toda sociedade (ALMEIDA, 2006). Entretanto, com base no levantamento teórico já realizado, verificou-se que a participação democrática nesses espaços deliberativos é limitada, principalmente devido à relação do Estado e sociedade assimétrica, em razão da detenção do conhecimento e poder estatal.

As regras de participação visam minimizar essa desigualdade. A paridade, por exemplo, procura equilibrar a representação de interesses que são explicitados nas práticas cotidianas e articulações internas, porém, não há garantia de que esta será observada (ALMEIDA, 2006). Cunha (2007) afirma que mesmo que haja desigualdade de poder entre os segmentos, as regras que regulam a deliberação valem para todos, ou seja, todos devem ter as mesmas oportunidades de expressar a sua opinião e representar interesses diversificados por meio da participação ativa. Dessa forma, esta seção visa tratar desse aspecto relevante do processo decisório: a igualdade deliberativa.

Cunha (2007) acredita que a igualdade deliberativa é essencial na avaliação do processo deliberativo, podendo ser entendida como a "igual possibilidade de apresentação de temas à agenda e de razões ao debate por todos os sujeitos do processo" (CUNHA, 2007, p. 143). Souza e Heller (2019) explicam que ela se fundamenta na igualdade para definição de

temas em pauta, bem como à capacidade de verbalização – expressa pelo número de vocalizações/manifestações ocorridas durante as reuniões, revelando a influência de cada um dos segmentos que compõem o Conselho nas decisões tomadas. Nesse sentido, para análise da igualdade deliberativa, a participação foi vista a partir de duas variáveis: a capacidade de vocalização dos participantes (número de intervenções de cada segmento) e a capacidade de agenda (quantidade de temas apresentados pelos participantes). Desta forma, ao verificar as atas disponibilizadas notou-se que, do total de 60 assuntos colocados em pauta para discussão e deliberação no CMS/TF, apenas 45% (27 casos) geraram debate, conforme demonstrado no Quadro 16, abaixo:

Quadro 16: Demonstração das pautas das reuniões que geraram debates, conforme registro das atas de reuniões do CMS/TF nos anos de 2018 e 2019.

Reunião	Data / Caráter	Pauta	Pauta que gerou debate / N	%
01	16/01/2018 Ordinária	1. Posse dos Conselheiros Locais de Saúde dos bairros Caminho do Mar e Nova América para o Biênio 2017/2019; 2. Andamento do processo para contratação de agentes comunitários de saúde aprovados em concurso; 3. Plano de Contingência para o enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya; 4. O que ocorrer.	N=0 (falta de <i>quórum</i> mínimo).	0%
02	24/01/2018 Extraordinária	1. Posse dos Conselheiros Locais de Saúde dos bairros Caminho do Mar e Nova América para o Biênio 2017/2019; 2. Andamento do processo para contratação de agentes comunitários de saúde aprovados em concurso; 3. Plano de Contingência para o enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya; 4. O que ocorrer.	Ata sem registro do debate / N=0	0%
03	06/02/2018 Ordinária	1. Posse dos Conselheiros Locais de Saúde dos bairros Caminho do Mar e Nova América para o Biênio 2017/2019; 2. Informações sobre ações para o enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya; 3. Esclarecimentos sobre a não apresentação para votação: Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde 2018; 4. Apresentação dos laudos técnicos por parte da SMS atestando as condições das estruturas do prédio que será aproveitado para construção da UMMI; 5. O que ocorrer.	N=0 (falta de <i>quórum</i> mínimo).	0%

04	22/02/2018 Extraordinária	1. Aprovação do Edital para eleição complementar do CMS; 2. Esclarecimentos da gestão sobre a não apresentação para votação: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde 2018 e não inclusão do orçamento do CMS no PPA e LOA; 3. Esclarecimentos da gestão sobre a notícia do encerramento da Residência Médica no HMTF; 4. Apresentação do calendário Administrativo e de Mobilização do CMS; 5. O que ocorrer.	Ata sem registro do debate / N=0	0%
05	10/04/2018 Ordinária	1. Sistema de marcação de exames e consultas; 2. Esclarecimentos da gestão sobre a situação do LACEN-Laboratório Municipal (redução na oferta de exames por problemas na rede elétrica); 3. Esclarecimentos da gestão sobre a investigação do óbito ocorrido na UMMI (11 de março 2018) e resultado da sindicância para apurar responsabilidades na morte da mãe Kayne Alves dos Santos e dos seus 02 filhos (ofício CMS 25-2017); 4. Esclarecimentos da gestão sobre: 4.1 Não apresentação para votação: Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e Programação Anual de Saúde 2018 e 4.2 Não inclusão do orçamento do CMS no PPA e LOA. 5. O que ocorrer.	N=0 (falta de <i>quórum</i> mínimo)	0%
06	08/05/2018 Ordinária	1. Pronunciamento do gestor sobre: 1.1 Prestação de contas, em relatório detalhado; 1.2 Andamento do plano de saúde; 1.3 Agenda da saúde pactuada); 1.4 Relatório de gestão (dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos); 1.5 As auditorias iniciadas e concluídas no período e 1.6 Produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com a Lei Complementar no 141/2012 e Resolução 453/12 do CNS (a cada quadrimestre); 2. Relatório da fiscalização na empresa contratada para serviço de lavanderia; 3. Reestruturação das Comissões Permanentes; 4. O que ocorrer.	1. Pronunciamento do gestor sobre: 1.1 Prestação de contas, em relatório detalhado; 1.2 Andamento do plano de saúde; 1.3 Agenda da saúde pactuada); 1.4 Relatório de gestão (dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos); 1.5 As auditorias iniciadas e concluídas no período e 1.6 Produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com a Lei Complementar no 141/2012 e Resolução 453/12 do CNS (a cada quadrimestre). / N=6	75%
07	04/09/2018	1. Emendas Parlamentares 2016; 2. Apresentação de Programação de	2. Apresentação de	42,8%

	Ordinária	Cirurgias; 3. Relatório de Gestão 2017 (Indicadores Financeiros - Conciso) 4. Credenciamento de Agente Comunitário de Saúde; 5. Esclarecimentos da gestão sobre as denúncias envolvendo a empresa ASSIS & RODRIGUES LTDA (contrato de fornecimento de Oxigênio medicinal para Unidades de Saúde). 6. Votação da proposta de orçamento do Conselho para 2019; 7. Apresentação pela Gestão do Planejamento para funcionamento do LACEN após resolução da deficiência na rede elétrica; 8. O que ocorrer.	Programação de Cirurgias; 5. Esclarecimentos da gestão sobre as denúncias envolvendo a empresa ASSIS & RODRIGUES LTDA (contrato de fornecimento de Oxigênio medicinal para Unidades de Saúde); 7. Apresentação pela Gestão do Planejamento para funcionamento do LACEN após resolução da deficiência na rede elétrica. N=3	
08	18/11/2018 Extraordinária	1. Votação da proposta de orçamento do CMS para 2019; 2. Aprovação da Comissão e regimento para eleição CMS Gestão 2018-2020; 3. Emendas Parlamentares 2016; 4. Relatório de Gestão 2017 (Indicadores Financeiros - Conciso). 5. Credenciamento de Agente Comunitário de Saúde; 6. Apresentação e votação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021; 7. Apresentação e votação da PAS-Programação Anual de Saúde 2018; 8. O que ocorrer.	1. Votação da proposta de orçamento do CMS para 2019; 2. Aprovação da Comissão e regimento para eleição CMS Gestão 2018-2020. N=2	28,6%
09	12/03/2019 Ordinária	1. Realização da 7ª Conferência Municipal de Saúde; 2. Esclarecimentos sobre a não homologação da resolução com as propostas aprovadas na 6ª Conferência Municipal de Saúde; 3. Estrutura e atendimento do SAMU; 4. O que ocorrer.	1. Realização da 7ª Conferência Municipal de Saúde; 2. Esclarecimentos sobre a não homologação da resolução com as propostas aprovadas na 6ª Conferência Municipal de Saúde; 3. Estrutura e atendimento do SAMU. N=3	100%
10	09/04/2019 Extraordinária	1. Apreciação e aprovação do Regimento Interno da VII Conferência Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas; 2. O que ocorrer.	1. Apreciação e aprovação do Regimento Interno da VII Conferência Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas. N=1	100%
11	07/05/2019 Ordinária	1. Sistema de regulação para marcação de exames; 2. Homologação do relatório da VI Conferência de Saúde; 3. Comissão criada pelo CMS para acompanhar as ações envolvendo o fornecimento inadequado de gás oxigênio medicinal; 4. Apreciação da auditoria n. 18.230 realizada na UMMI – Unidade Municipal Materno-Infantil;	1. Sistema de regulação para marcação de exames; 2. Homologação do relatório da VI Conferência de Saúde; 3. Comissão criada pelo CMS para acompanhar as ações envolvendo o fornecimento inadequado de gás oxigênio medicinal. N=3	75%

		5. O que ocorrer.		
12	23/07/2019 Extraordinária	1. Revisão financeira de ACE; 2. Credenciamento de Agentes Comunitários de Saúde; 3. Credenciamento de ACS do ESF Residencial Castelinho; 4. Credenciamento das Equipes de Saúde Bucal nas ESF's: ESF Kaikan Sul, ESF Luis Eduardo Magalhães, ESF Residencial Ramalho, ESF Tancredo Neves II, ESF Rural III, ESF Teixeira e ESF Liberdade II; 4. O que ocorrer.	1. Revisão financeira de ACE; 2. Credenciamento de Agentes Comunitários de Saúde; 3. Credenciamento de ACS do ESF Residencial Castelinho; 4. Credenciamento das Equipes de Saúde Bucal nas ESF's: ESF Kaikan Sul, ESF Luis Eduardo Magalhães, ESF Residencial Ramalho, ESF Tancredo Neves II, ESF Rural III, ESF Teixeira e ESF Liberdade II. N=4	100%
13	06/08/2019 Ordinária	1. Sistema de regulação para marcação de exames; 2. Apresentação do relatório das visitas às Unidades Básicas de Saúde; 3. Apreciação da Auditoria n. 18.230 realizada na UMMI – Unidade Municipal Materno-Infantil; 4. Homologação do relatório da VI Conferência de Saúde; 5. O que ocorrer.	1. Sistema de regulação para marcação de exames; 2. Apresentação do relatório das visitas às Unidades Básicas de Saúde. N=2	50%
14	10/09/2019 Ordinária	1. Prevenção e combate ao suicídio; 2. Esclarecimentos sobre atendimento na UPA; 3. Programa Saúde do Homem; 4. O que ocorrer.	1. Prevenção e combate ao suicídio; 2. Esclarecimentos sobre atendimento na UPA; 3. Programa Saúde do Homem. N=3	100%
Total		60	27	45%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (2018 e 2019).

Acredita-se que este resultado pode ter sido influenciado por alguns fatores observados durante a pesquisa. O primeiro fator relaciona-se a não localização de todas as atas elaboradas no período em estudo, pois estas poderiam complementar as informações anteriores de alguma maneira; o segundo relaciona-se ao fato das reuniões não serem gravadas e transcritas fidedignamente. Dessa forma, as informações presentes nas atas podem apresentar-se insuficientes e incompletas. Sobre esse aspecto, observou-se que em duas delas (reuniões dos dias 24/01/2018 e 22/02/2018) somente foram registradas as pautas do dia. Mesmo que essas reuniões tenham ocorrido, as atas delas finalizaram sem discorrer sobre o debate, revelando a precariedade desses registros e a incerteza da abrangência do seu conteúdo; o terceiro relaciona-se com a quantidade de reuniões que deixaram de ocorrer por falta de *quórum* mínimo (reuniões dos dias 16/01/2018, 06/02/2018 e 10/04/2018), pois não foram encontrados os registros da continuidade das discussões previstas nessas reuniões.

Segundo Esquinsani (2007), as atas devem ser encaradas como potenciais documentos de valor jurídico, daí a necessidade de consubstanciarem-se enquanto um fiel registro do que ocorreu na reunião (deliberações, decisões e discussões). Por outro lado, também podem servir como uma rica fonte documental. A partir da leitura das atas, verificou-se que não é esse entendimento do CMS, visto que não existiu a devida preocupação durante a produção desses documentos. Ao examinar o texto escrito, observou-se um vocabulário reduzido, inúmeros erros ortográficos, falta de finalização adequada para as frases, ausência de menção às evoluções das discussões em torno dos “questionamentos” feitos nas reuniões e precária identificação dos atores que participaram do debate. É perceptível que elas foram redigidas sem muita reflexão sobre quais eram os melhores termos para expressar o que estava sendo dito e sem a preocupação com as possibilidades de leitura futura sobre o que se estava registrando. Estas leituras levaram a reflexões e questionamentos sobre o caráter da ata enquanto documento/registo oficial, bem como sua função/finalidade de servir como assentamento de decisões (ESQUINSANI, 2007). Porém, apesar das limitações e, como observado anteriormente, as assinaturas garantem, pelo menos precariamente, a autenticidade do registro do que foi dito na reunião e, “mesmo que não registrem, na íntegra, a fala do conselheiro, revela o nível dos diálogos que ocorrem no interior dos conselhos” (VALE NETO, 2015).

A falta de adesão na participação em determinadas reuniões do Conselho também é fator preocupante, já que o CMS é uma das principais ferramentas que a sociedade dispõe para construir políticas de saúde de qualidade. Compreende-se que a “efetividade da participação relaciona-se à qualidade deliberativa e não pode ser aquilatada pela mera frequência dos conselheiros às reuniões” (PONTES; COSTA, 2018, p. 61). Porém, como as discussões e argumentações se fazem de modo presencial em reunião plenária, a qualidade da deliberação não existe sem que os conselheiros estejam presentes.

Dessa forma, para verificar esse item, a Tabela 3 expressa a média aritmética simples da frequência dos conselheiros, por segmento, nas reuniões ocorridas no período pesquisado, bem como o número máximo e mínimo de membros presentes identificados. Desse modo, as presenças podem ser compreendidas como indicador, pelo menos remoto, de participação ou não participação de determinado segmento.

Tabela 3: Frequências dos conselheiros às reuniões do CMS/TF nos anos 2018 e 2019.

Segmentos	Frequência 2018				Frequência 2019			
	Média	%	>	<	Média	%	>	<
Governo	0,6	30%	1	0	1,7	42,5%	3	1
Prestador	0	0%	-	-	SP	-	-	-
Trabalhador da Saúde	2,7	67,5%	4	2	2,3	57,5%	3	1
Usuário	5,2	65%	6	2	5,2	65%	8	2
Total	8,5	53,1%			9,2	57,5%		

Legenda: SP – Sem previsão no decreto de nomeação dos membros do CMS para o mandato de 2019-2021.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (2018 e 2019).

A análise acima demonstra que o CMS de Teixeira de Freitas é pouco frequentado pelos seus conselheiros, porém, é verificada uma pequena melhora da frequência média total nas reuniões que ocorreram em 2019 em relação ao ano anterior. Entre os segmentos frequentes destacam-se os trabalhadores da saúde e usuários que apresentam frequência média próxima ou acima de 60% dos seus membros. Estes chegaram a estar presentes em sua totalidade em determinadas reuniões (N=4 e N=8 membros, respectivamente). O maior problema reside na frequência dos representantes do governo e prestadores de serviços. O governo apresenta frequência média de 30% (M=0,6) (2018) e 42,5% (M=1,7) (2019) dos seus membros, inclusive com ausência total deles em algumas reuniões, já os prestadores de serviços não foram identificados em nenhuma reunião. É sabido que a representação dos prestadores foi excluída da composição do Conselho em 2019 sendo substituída por representantes do governo, porém, mesmo com mais “cadeiras”, este segmento não se fez presente nem com 50% dos seus representantes. Tais dados revelam uma gestão que não possui um projeto político participativo e não valoriza os mecanismos de participação social, não dando a devida importância a este espaço, fato que será reiterado na análise seguinte – capacidade de vocalização. Os dados também demonstram um Conselho enfraquecido que, de alguma forma, não tem atraído a sociedade. Quando a representação não se faz presente, a participação social se enfraquece e não se efetiva na prática, o que pode acarretar em sérias consequências na construção de uma saúde de qualidade, voltada ao atendimento das necessidades da sociedade local.

Prosseguindo com a análise da igualdade deliberativa, não foi possível identificar a origem da propositura das pautas discutidas. Porém, com base nas informações do RI sobre esse tema, bem como das entrevistas com os membros do CMS (presidente e 1º secretário) infere-se que as pautas, apesar de serem propostas pela mesa diretora, podem ser modificadas

por qualquer um dos membros do Conselho. Nas entrevistas com o 1º secretário e com o presidente do CMS/TF foi informado que “*Geralmente a pauta é proposta pela mesa diretora, sendo aceitas sugestões e indicações por parte de quaisquer um dos membros*” (informação escrita⁴¹) e que a “[...]responsabilidade da pauta é a mesa, a mesa define a pauta, coloca no grupo do Conselho para apreciação do colegiado [...]não é uma pauta fechada, não é uma coisa como diz... inflexível, mas é muito flexível [...]” (informação verbal⁴²), respectivamente. Tais informações demonstram que existe a abertura para a indicação de pauta para deliberação, permitindo que os membros deste Conselho participem ativamente das discussões e levem à plenária as necessidades daqueles que representam.

A igualdade deliberativa inclui, ainda, a capacidade de vocalização. Para Cunha (2007), nesses espaços deve haver a possibilidade dos diferentes atores expressarem-se no processo deliberativo de modo igualitário, inclusivo e transparente. Afirma que “a capacidade de vocalização dos conselheiros é verificada pelos atos de fala registrados nas atas, relativos a cada segmento” (CUNHA, 2007, p. 97). Vale Neto (2015) acrescenta que identificar quem fala no CMS é importante para verificar a capacidade de expressão dos diferentes atores, conselheiros ou não, em especial, a dos atores da sociedade civil. Com esse propósito verificou-se a capacidade de vocalização dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas através da análise das atas disponíveis, identificando as intervenções realizadas por cada segmento, a partir da quantidade e tipo de intervenções. Assim, numa unidade de fala pôde ser encontrada a apresentação de mais de um tema à deliberação.

A tabela 4 apresenta a frequência e a porcentagem de intervenções por cada segmento participante, durante as reuniões do CMS/TF que ocorreram no biênio estudado.

Tabela 4: Número de intervenções e porcentagens por segmento participante das reuniões plenárias do CMS/TF – 2018 e 2019.

Segmentos	N (2018)	%	N (2019)	%	Total	%
Governo	07	10,6%	17	14,6%	24	13,2%
Prestador	-	0%	SP	-	0	0%
Trabalhador da Saúde	16	24,2%	21	18,1%	37	20,3%
Usuários	14	21,2%	36	31%	50	27,5%

⁴¹Informação concedida por CONSELHEIRO, TS. **Entrevista 2.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo digital. A entrevista semiestruturada na íntegra encontra-se no Apêndice E desta dissertação.

⁴² Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

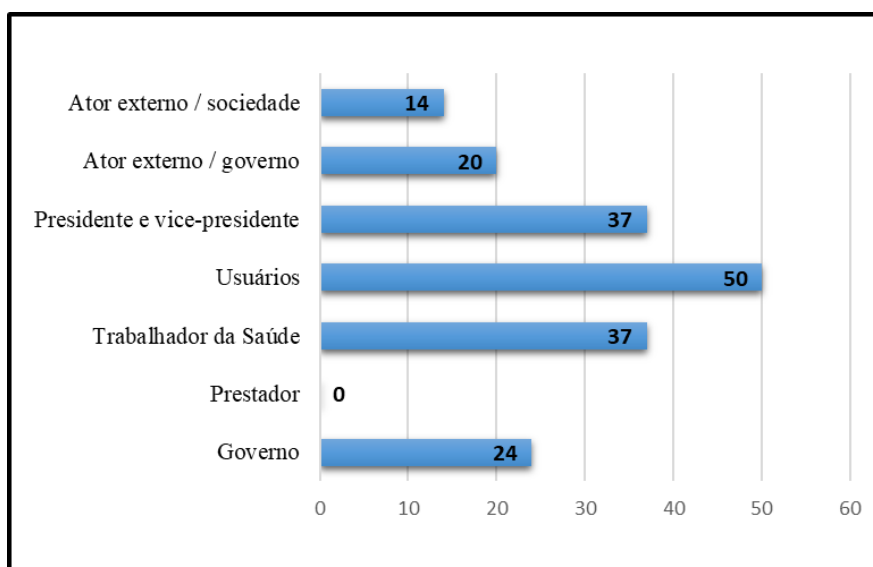
Presidente e vice-presidente	10	15,2%	27	23,4%	37	20,3%
Ator externo / governo	09	13,6%	11	9,5%	20	11%
Ator externo / sociedade	10	15,2%	04	3,4%	14	7,7%
Total	66	100%	116	100%	182	100%

Legenda: SP – Sem previsão no decreto de nomeação dos membros do CMS para o mandato de 2019-2021.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (2018 e 2019).

O Gráfico 1 apresenta a distribuição das frequências das intervenções realizadas por cada segmento participante das reuniões do CMS/TF no biênio estudado.

Gráfico 1: Número de intervenções por segmento participante das reuniões plenárias do CMS/TF – 2018 e 2019.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (2018 e 2019).

A partir da Tabela 4 e do Gráfico 1 verifica-se como os atores políticos se comportam após a apresentação dos temas. Os usuários são os atores que têm a participação mais expressiva nos debates (27,5%, N=50). O segundo ator em importância no debate é o segmento dos trabalhadores de saúde, com 20,3% (N=37) de participação. Já os representantes da gestão têm uma baixa participação (13,3%, N=24), e os prestadores de serviço não participam. O presidente e vice-presidente acumulam, sozinhos, 20,3% (N=37) da participação - mesma quantidade verificada para o segmento dos trabalhadores. Eles, que representam a mesa diretora, aparecem como os principais fomentadores das discussões, direcionando-as e pontuando assuntos que necessitam ser votados. Observa-se que os demais segmentos têm uma participação marginal, provavelmente devido ao aspecto estrutural do

Conselho. Os técnicos do governo, identificados como “ator externo/governo”, aparecem nas discussões como essenciais no esclarecimento das questões para votação, representando 11% (N=20) das intervenções. Apesar do baixo índice de participação no debate (7,7%, N=14) é importante notar a presença de atores sociais que não participam formalmente do Conselho, o que demonstra este Conselho como espaço democrático, em que todos têm direito à participação, sendo permeável às opiniões da sociedade e a uma participação política ampliada (ALMEIDA, 2006).

Assim, na avaliação do grau da igualdade deliberativa do CMS, conforme a metodologia de Souza e Heller (2019), observou-se que mesmo que a origem da proposição de temas tenha sido inconclusiva, a construção da pauta pode ser coletiva, aberta à participação de todos os membros. Além disso, foi observada a predominância de usuários/sociedade civil na vocalização. Dessa forma, pode-se concluir que, com relação à capacidade de participação no debate, os procedimentos institucionais adotados no CMS/TF possibilitaram a participação dos usuários, atores que, historicamente, têm tido menos influência nas decisões sobre ações públicas (CUNHA, 2007). Portanto, este Conselho possui grau alto nessa dimensão avaliativa.

4.2.2 Temas dominantes no Conselho Municipal de Teixeira de Freitas: a participação sociopolítica no Conselho

As análises acima demonstraram a igualdade deliberativa entre os conselheiros, que influencia positivamente na sua capacidade deliberativa. Entretanto, a qualidade do processo decisório não pode se restringir ao levantamento quantitativo das deliberações. De fato, requer um estudo qualitativo sobre os temas que ocupam espaço na pauta das reuniões em termos de sua importância para a política pública analisada (ALMEIDA, 2006). Como aponta Cunha (2007, p. 147),

A função deliberativa dos conselhos implica que essas instituições produzam decisões sobre as políticas públicas das quais tratam, decisões antecedidas por debates públicos entre os participantes das reuniões. O tipo de decisões tomadas, portanto, em muito contribui para verificar o grau de efetividade dos conselhos, uma vez que pode indicar o quanto eles exercem influência na produção da política e no controle público sobre as ações do Estado.

Assim, a partir da categorização temática realizada, foi possível verificar quais temas dominaram os debates, demonstrando se o Conselho atuou mais na "formulação de estratégias" ou "no controle da execução da política de saúde", ou seja, através da investigação da variável "temas prevaletentes" é possível verificar as "funções prevaletentes" que estão sendo exercidas, como: proposição de políticas; controle/fiscalização de políticas e outras funções de menor importância (SOUZA; HELLER, 2019).

Como já mencionado na metodologia, para analisar essa variável considerou-se a categorização formulada por Avritzer *et al.* (2005) em pesquisa junto ao Conselho de Saúde de Belo Horizonte (MG). Assim, o conteúdo das atas foi explorado, classificado e agrupado conforme a categorização já testada. Dessa forma, verificou-se tanto a presença de determinados temas (perspectiva qualitativa), quanto à frequência da presença com que apareciam (perspectiva quantitativa). É importante ressaltar que foram explorados os temas das pautas que foram efetivamente discutidas, bem como o conteúdo das falas. A Tabela 5 apresenta as frequências e porcentagens dos temas discutidos nas reuniões plenárias do CMS/TF que ocorreram no biênio estudado.

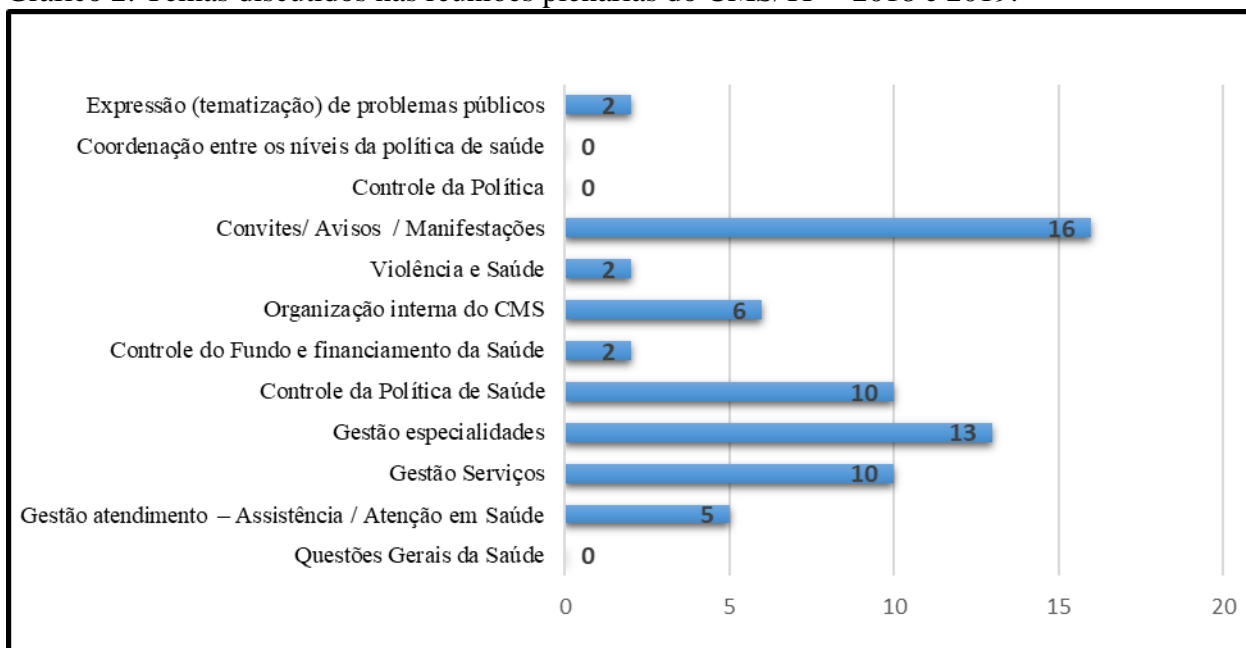
Tabela 5: Frequências e porcentagens dos temas discutidos nas reuniões plenárias do CMS/TF – 2018 e 2019.

Categorias	N (2018)	%	N (2019)	%	Total	%
Questões Gerais da Saúde	-	0%	-	0%	-	0%
Gestão atendimento – Assistência / Atenção em Saúde	05	15,6%	-	0%	05	7,6%
Gestão Serviços	01	3,2%	09	26,5%	10	15,2%
Gestão especialidades	07	21,8%	06	17,6%	13	19,7%
Controle da Política de Saúde	04	12,5%	06	17,6%	10	15,2%
Controle do Fundo e financiamento da Saúde	01	3,2%	01	2,9%	02	3%
Organização interna do CMS	03	9,4%	03	8,8%	06	9%
Violência e Saúde	02	6,2%	-	0%	02	3%
Convites/ Avisos / Manifestações	09	28,1%	07	20,6%	16	24,3%
Controle da Política	-	0%	-	0%	-	0%
Coordenação entre os níveis da política de saúde	-	0%	-	0%	-	0%
Expressão (tematização) de problemas públicos	-	0%	02	6%	02	3%
Total	32	100%	34	100%	66	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (2018 e 2019).

O Gráfico 2 apresenta a distribuição das frequências dos temas discutidos nas reuniões do CMS/TF no biênio estudado.

Gráfico 2: Temas discutidos nas reuniões plenárias do CMS/TF – 2018 e 2019.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (2018 e 2019).

A partir dos dados acima, verifica-se, inicialmente, que o total de temas levantados nas reuniões (N=66) supera a quantidade de pautas que geraram debates (N=27). Isso ocorreu devido à existência da pauta fixa “o que ocorrer”, que permite que outros temas não atrelados à pauta do dia sejam abordados pelos participantes. Desse modo, constatou-se a predominância de temas categorizados como “Convites/Avisos/Manifestações” (24,3%, N=16), categoria que se refere às informações sobre eventos externos ao CMS e demandas por mobilização tanto de categorias quanto, de forma geral, para questões específicas de saúde, bem como de temas mais gerais. Em seguida, destaca-se a categoria “Gestão de especialidades” (19,7%, N=13), que reúne as discussões sobre os serviços de nível secundário, relacionados aos hospitais, UPA’s, Centro de Reabilitação, entre outros. Por último e empatadas, com 15,2% cada (N=10), seguem as discussões sobre os temas classificados como “Gestão de serviços” e “Controle da política de saúde”. O primeiro abrange as discussões sobre os serviços de atenção básica – nível primário/ambulatorial relacionados aos postos de saúde e o segundo abarca as questões relacionadas diretamente à política de saúde (apreciação e estabelecimento de estratégias e diretrizes para a área, entre outros). As demais categorias foram pouco exploradas pelo Conselho.

Após essa análise, o tipo de atribuição/função mais exercida pelo Conselho deu-se a partir da reclassificação dos temas tratados nas reuniões que foram agrupados conforme sua pertinência ao controle, à proposição ou a outros aspectos não relacionados (Tabela 6). Assim, os temas foram agrupados do seguinte modo: (1) Proposição sobre a política: Deliberação sobre a política, deliberação sobre o fundo; (2) Controle da política: deliberação sobre questões gerais da política, a gestão dos serviços, a gestão de especialidades e gestão do atendimento; (3) Outras deliberações: Organização interna do CMS; Violência e Saúde; Convites/Avisos/ Manifestação; Controle da política; Coordenação entre os níveis da política de saúde; Expressão (tematização) de problemas públicos não relacionados à política pública e questões gerais (AVRITZER *et al.*, 2005). A Tabela 6 apresenta as frequências e as porcentagens das funções prevalentes e as categorias que elas abrangem, desempenhadas pelo CMS/TF no biênio investigado.

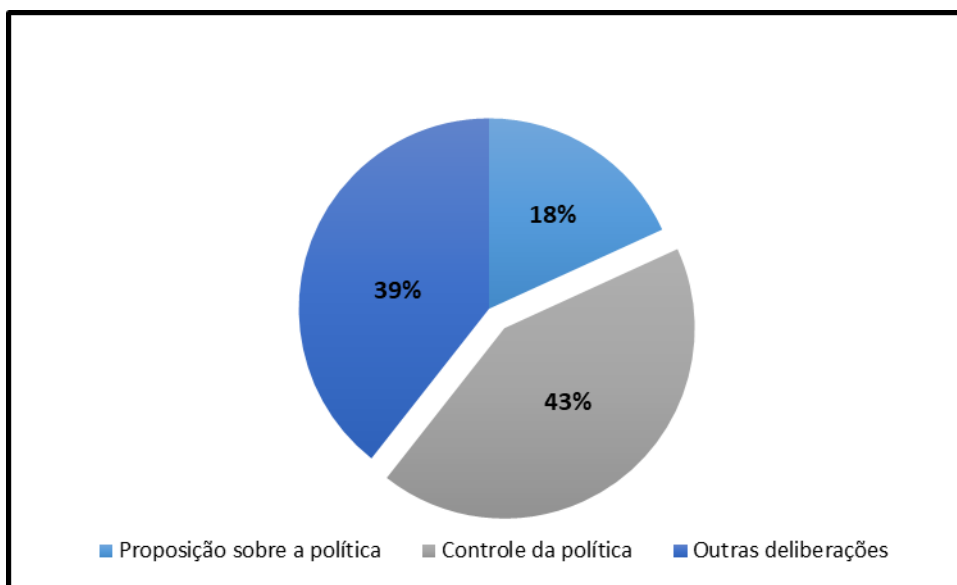
Tabela 6: Funções prevalentes no CMS/TF – 2018 e 2019.

Funções prevalentes	Categorias	N	Total	%
Proposição sobre a política	Controle da Política de Saúde	10	12	18%
	Controle do Fundo e financiamento da Saúde	02		
Controle da política	Questões Gerais da Saúde	-	28	43%
	Gestão atendimento – Assistência/Atenção em Saúde	05		
	Gestão Serviços	10		
	Gestão especialidades	13		
Outras deliberações	Organização interna do CMS	06	26	39%
	Violência e Saúde	02		
	Convites/Avisos/Manifestações	16		
	Controle da Política	-		
	Coordenação entre os níveis da política de saúde	-		
	Expressão (tematização) de problemas públicos	02		
Total		66	66	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (2018 e 2019).

O gráfico 3 apresenta a distribuição percentual das funções prevalentes exercidas pelo CMS/TF no biênio estudado.

Gráfico 3: Funções prevalentes no CMS/TF – 2018 e 2019.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (2018 e 2019).

Segundo demonstram esses dados, constatou-se que no Conselho Municipal de Teixeira de Freitas prevaleceram, nos anos de 2018 e 2019, debates e decisões relacionados ao controle da política e à fiscalização do que já foi implementado pela gestão (43%, N=28), em detrimento das questões mais propositivas em relação à política de saúde (18%, N=12) e das questões mais gerais ou que envolveram apenas a sua forma de funcionamento e organização interna (39%, N=26).

Observou-se que o CMS/TF tem se ocupado prioritariamente com questões relacionadas à fiscalização da execução das ações pelo governo - fiscalização dos serviços, das estruturas físicas das unidades, da paralisação das obras, da implantação do atendimento humanizado, da marcação de exames, apreciação de auditoria, entre outros - abdicando de sua função de proponente das políticas de saúde do Município de forma substantiva na elaboração de normas para o aperfeiçoamento da saúde, de diretrizes para gestão democrática da rede, na fiscalização da distribuição de recursos, só para citar algumas de suas competências. Estes resultados corroboram estudos anteriores que indicam a baixa capacidade propositiva dos conselhos (CUNHA, 2007; CARVALHO, 1995; TATAGIBA, 2002) e reafirmam a opinião de Tatagiba (2002) quando a autora declara que os conselhos funcionam mais como

fiscalizadores, no intuito de reduzir a possibilidade de transgressão pelo Estado, em razão da forte ligação com a população (funcionando como porta-vozes das suas demandas), sendo mais reativos que propositivos, pela dificuldade de propor ações inovadoras.

A fiscalização das ações do poder público, como os conselheiros entrevistados demonstram, ocorre com frequência em decorrência das denúncias recebidas por meio dos seus telefones pessoais, visto que o CMS/TF não possui estrutura física, recursos humanos, nem equipamentos próprios de trabalho. Assim, o conselheiro/1º secretário afirma que *“Atualmente recebemos as denúncias pelo endereço de e-mail e contato por meio dos telefones pessoais dos membros”* (informação escrita⁴³) e o presidente confirma ao dizer que

Hoje o melhor canal, o canal de denúncia do Conselho oficialmente é o e-mail, o gmail do Conselho. Mas, infelizmente, ou felizmente né, o canal mais utilizado ainda é os nossos Whatsapp’s pessoais. Então a pessoa sabe que fulano é do Conselho, sabe que ciclano* é amiga do fulano* e “oh ciclano*, passa o número do fulano* que eu tenho uma denúncia pra fazer!”. [...] Então o principal canal hoje é os nossos Whatsapp’s pessoais (informação verbal⁴⁴).*

* As palavras fulano e ciclano foram utilizadas para proteger a identidade das pessoas citadas pelo conselheiro.

Para Tatagiba (2002), o papel fiscalizador é importante, porém, o caráter deliberativo é mais radical quando se pensa na democratização das políticas públicas e na partilha do poder de decisão. Dessa maneira, sobre a função deliberativa/propositiva, é sabido que a participação do CMS na elaboração e aprovação dos instrumentos de planejamento e gestão no âmbito do SUS é uma das funções essenciais deste órgão, porém, observou-se tanto na análise das atas, quanto nas entrevistas realizadas com o presidente e 1º secretário do CMS/TF, que o Plano Municipal de Saúde (2018-2021), as Programações Anuais de Saúde, os Relatórios Anuais de Gestão e as prestações de contas dos anos em estudo ainda não haviam sido submetidos à apreciação da plenária do Conselho. Assim eles afirmaram, respectivamente: *“[...] não participamos da construção desse plano e 2019 nem foi apresentado*

⁴³ Informação concedida por CONSELHEIRO, TS. **Entrevista 2.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo digital. A entrevista semiestruturada na íntegra encontra-se no Apêndice E desta dissertação.

⁴⁴ Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

plano nenhum para nós para que pudéssemos acompanhar.[...] (informação verbal⁴⁵) e “A execução da política de saúde acontece à revelia do CMS.” (informação escrita⁴⁶).

Os instrumentos citados se interligam sequencialmente compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS (BRASIL, 2016) e, mesmo com as normas operacionais condicionando o repasse de recursos financeiros do governo federal aos governos municipais à aprovação desses documentos, esses temas não foram tratados nas reuniões.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (BRASIL, 2016) enfatiza a importância desses três documentos e explica que o Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Nele o gestor explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Este documento configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção. Assim, a sua elaboração deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população⁴⁷.

Já a Programação Anual de Saúde – PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados⁴⁸. Por fim, os Relatórios Anuais de Gestão-RAG⁴⁹ são instrumentos de gestão com elaboração anual, que

⁴⁵ Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

⁴⁶ Informação concedida por CONSELHEIRO, TS. **Entrevista 2.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo digital. A entrevista semiestruturada na íntegra encontra-se no Apêndice E desta dissertação.

⁴⁷ A elaboração do **Plano** de Saúde deve considerar: I – análise situacional, orientada dentre outros pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; condições socio sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e gestão. II – definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; III – o processo de monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2016).

⁴⁸ Na **Programação Anual de Saúde** elaborada pelos municípios devem estar previstas: I – a definição das ações, que no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e cumprimento das metas do Plano de Saúde. II – a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; III- previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. (BRASIL, 2016).

⁴⁹ A estrutura do **Relatório Anual de Gestão-RAG** deve conter: I – as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; II – as metas da PAS previstas e executadas; III – a análise da execução orçamentária. IV – as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. (BRASIL, 2016).

permitem ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orientam eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Devido à importância desses instrumentos, considerados norteadores da ação do executivo e essenciais para a execução e fiscalização das políticas públicas em saúde, e à ausência de discussões relacionadas à construção, avaliação ou aprovação deles, considerou-se imprescindível obter informações com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde (março/2020) sobre quais fatores têm impedido a apresentação desses documentos para avaliação e acompanhamento do Conselho. Surpreendentemente, obteve-se as seguintes informações: (a) o Plano Municipal de Saúde (2018-2021) foi elaborado conforme solicitação do CMS e resultados da Conferência Municipal de Saúde, porém não houve *quórum* mínimo para a apreciação e não foi solicitada nova pauta para tal; (b) a Programação Anual de Saúde de 2018 foi concluída, porém, no dia em que foi submetida ao CMS não houve *quórum* mínimo para realização da reunião – trata-se da mesma reunião para aprovação do Plano de Saúde; (c) a Programação Anual de Saúde de 2019 ainda está sendo elaborada, mesmo após o ano já ter sido encerrado; (d) ainda não foi solicitada pauta para apresentação dos Relatórios Anuais de Gestão de 2017 a 2019 por falta de servidor disponível para reunir toda a documentação; (e) o Relatório Anual de Gestão de 2016 foi aprovado no ano de 2018 com ressalvas; (f) a gestão buscará a apreciação dos documentos citados no ano corrente e (g) a prestação de contas está sendo feita apenas para os vereadores, desta forma, os recursos ainda estão sendo recebidos normalmente.

Com essas informações transparece, além do descumprimento das diretrizes Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, que determinam a apreciação de todos esses documentos anualmente pelos conselhos, o caráter proforma tanto da participação, na qual o Conselho desempenha a função de homologador das necessidades apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde, aprovando as demandas apresentadas e legitimando as decisões, quanto dos instrumentos de planejamento. Como visto, eles existem para nortear as ações do gestor durante o exercício do ano vigente, não fazendo sentido elaborar e muito menos aprovar esses documentos após finalizado o ano em que as diretrizes e orçamentos deveriam ter sido executados.

Retornando à análise das funções exercidas pelo Conselho, no que diz respeito ao grupo denominado “outras deliberações” que apresentou um índice significativo de deliberações (39%, N=26), observou-se que esse número está relacionado às discussões sobre a organização do CMS, principalmente devido à ocorrência de eleição dos membros para

novo mandato em 2018, e às manifestações e convites tanto da sociedade não organizada, quanto dos próprios conselheiros.

Portanto, conclui-se que a função prevalecente no Conselho é a de controle. “A prevalência do exercício do controle indica que os conselhos despendem mais energia sobre as decisões já tomadas e em execução, muitas delas não compartilhadas pelos governos com os conselhos” (CUNHA, 2007, p. 154). Isso significa que o CMS/TF pouco intervém nos rumos da política em si, que é definida na elaboração dos planos e na distribuição dos orçamentos. Inclusive, o estudo possibilitou constatar poucas discussões sobre o financiamento da política, nesse sentido e, conforme os critérios definidos por Souza e Heller (2019), tanto os tipos de deliberações, quanto a função exercida pelo Conselho são classificadas como grau médio, por prevalecerem discussões sobre o controle das ações públicas em detrimento da função propositiva.

Tal resultado pode ser explicado por Oliveira (1996), que afirma que o planejamento, execução e avaliação das políticas públicas, historicamente, têm se organizado de forma centralizada e imposta de cima para baixo. Todavia, a institucionalização dos conselhos gerou muitas expectativas em relação à probabilidade de gestão democrática dessas políticas. Porém, para que este potencial se efetive, o conselho deve se articular a um gestor que compartilhe da proposta de democracia participativa. Somente assim, as políticas de saúde passarão a ser discutidas publicamente com possibilidade de construir uma relação democrática entre Estado e sociedade civil.

4.2.3 Resoluções do Conselho: a materialização das deliberações

O número de resoluções publicadas e não publicadas no Diário Oficial do Município (DOM) é uma variável que, segundo Souza e Heller (2019), indica a possibilidade de tensão existente entre o conselho e o Executivo.

A capacidade deliberativa do CMS/TF parece ser questionável pelo pequeno número de decisões que foram transformadas em resolução. Este pode estar relacionado com o cerceamento intencional da capacidade de deliberação dos conselhos por parte do Executivo e sua dificuldade de compartilhar o poder (TATAGIBA, 2005). A seguir, no Quadro 17, estão listadas as resoluções geradas em processos deliberativos ocorridos em plenária, que deveriam ser, obrigatoriamente, homologadas pelo chefe do poder, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-lhes publicidade oficial (BRASIL, 2012).

Quadro 17: Resoluções decorrentes de deliberações ocorridas em reuniões do CMS/TF -2018 e 2019.

2018
Aprova com ressalvas o RAG - Relatório Anual de Gestão, Exercício 2016, da Secretaria de Saúde do Município de Teixeira de Freitas, e dá outras providências. (RESOLUÇÃO Nº 01/2018 CMS).
Aprova Comissão Temporária, com a finalidade de acompanhar o andamento das investigações sobre as denúncias envolvendo a empresa Assis & Rodrigues LTDA, contratada com recursos do FMS para fornecimento de Gás Oxigênio para a Secretária Municipal de Saúde. (RESOLUÇÃO Nº 02/2018 CMS). *
Aprova o orçamento do Conselho Municipal de Saúde do Município de Teixeira de Freitas para a Lei Orçamentária Anual para o exercício de 2019. (RESOLUÇÃO Nº 03/2018 CMS).
Aprova a indicação dos membros da Comissão Eleitoral para organizar a eleição do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas para o biênio 2018/2020, conforme o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde. (RESOLUÇÃO Nº 04/2018 CMS).*
Aprova o Regulamento para o processo eleitoral do Conselho Municipal de Saúde, biênio 2018/2020.(RESOLUÇÃO Nº 05/2018 CMS).
2019
Dispõe sobre a convocação da VII Conferência Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas para os dias 12 e 13 de abril de 2019. (RESOLUÇÃO Nº 01/2019 CMS).*
Aprova o regimento da VII Conferência Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas. (RESOLUÇÃO Nº 02/2019 CMS).*

* Resoluções homologadas e publicadas pelo poder executivo.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das Resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas (2018 e 2019).

Na sequência, é apresentada a Tabela 7 com os resultados sobre a publicidade desses documentos.

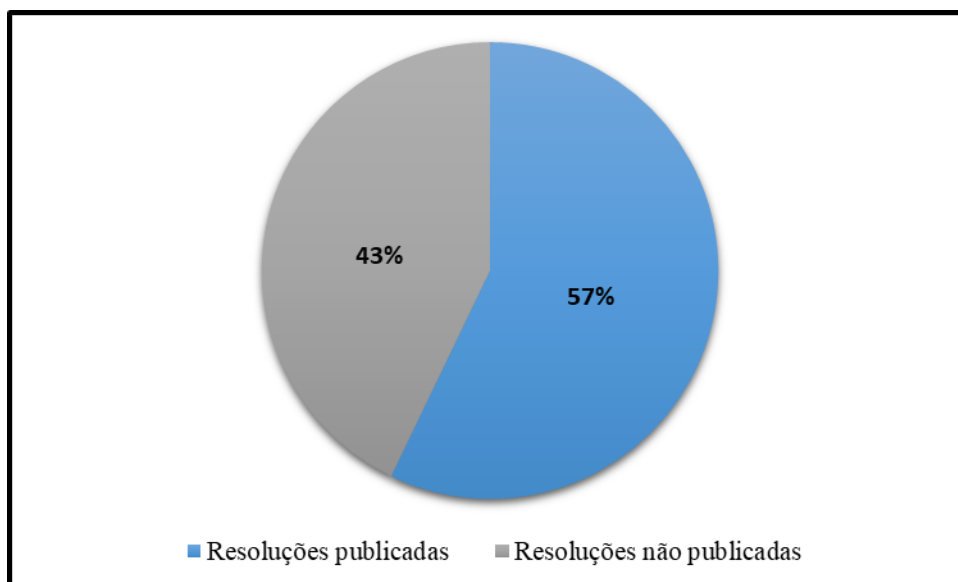
Tabela 7: Resoluções do CMS/TF publicadas e não publicadas nos anos de 2018 e 2019.

Ano	Total de resoluções	Publicadas	%	Não Publicadas	%
2018	05	02	40%	03	60%
2019	02	02	100%	-	0%
Total	07	04	57%	03	43%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir da consulta realizada no Diário Oficial do Município de Teixeira de Freitas e das Resoluções do Conselho Municipal de Saúde (2018 e 2019).

O Gráfico 4 apresenta a porcentagem total de resoluções publicadas e não publicadas no biênio estudado.

Gráfico 4: Resoluções do CMS/TF publicadas e não publicadas nos anos de 2018 e 2019.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir da consulta realizada no Diário Oficial do Município de Teixeira de Freitas e das Resoluções do Conselho Municipal de Saúde (2018 e 2019).

Observa-se na Tabela 7 e no Gráfico 4 que, de um total de 07 resoluções do CMS/TF, 43% (N=03) não foram homologadas e publicadas pelo Executivo. Apesar de a maioria ter sido publicada (57%, N= 04), ainda é um número baixo, considerando a pequena quantidade de resoluções elaboradas. Sobre as publicações pelo executivo, o conselheiro/presidente afirma que:

Nem todas as resoluções são publicadas. Até então as últimas foram, né! Mas a gente ainda tem muita dificuldade com a questão das publicações... é recomendação, resolução, homologação de relatório da Conferência, que até hoje não foi feita da Conferência Municipal de Saúde, nem de 2017, nem da última que nós fizemos agora em 2019, nós não tivemos. Então a gente ainda encontra um pouquinho de resistência por parte da gestão nesse sentido. (informação verbal⁵⁰)

⁵⁰ Informação concedida por CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4**. [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

Além das poucas publicações, é necessário chamar atenção para o baixo número de resoluções elaboradas durante dois anos de trabalhos no Conselho. Segundo o Regimento Interno, artigo 29, as deliberações devem ser materializadas por meio de resoluções, recomendações e moções, dessa forma, a diminuta quantidade de resoluções reflete tanto a limitação da secretaria-executiva, que deveria transformar em resoluções as deliberações do Conselho, quanto do próprio Conselho, que não dá publicidade às decisões tomadas em plenária e, muitas vezes, não faz valer as suas decisões.

Constatou-se, ainda, que o Conselho não recorreu ao Ministério Público para a devida eficiência e execução das decisões que deixaram de ser homologadas. Nesse contexto, é de se ressaltar o papel do Ministério Público, que tem como função institucional zelar pelos serviços de relevância pública, dentre os quais as ações e serviços de saúde, adotando as medidas necessárias para sua efetiva prestação, inclusive em face de omissão do Poder Público (MELO, 2003).

Souza e Heller (2019) afirmam que, quando estas resoluções devem obrigatoriamente ser submetidas à homologação do secretário da pasta ou do próprio prefeito para que, posteriormente, sejam publicadas, fica evidenciada uma restrição à capacidade deliberativa desses conselhos. Dessa forma, conforme a orientação desses autores, como as decisões do CMS/TF requerem homologação do Executivo e esse possui resoluções não publicadas, classificou-se essa variável como grau médio. Portanto, a conclusão da análise das quatro dimensões determinantes para a verificação da capacidade deliberativa do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas é sintetizada no Quadro 18, abaixo:

Quadro 18: Graus de capacidade deliberativa do CMS/TF nos anos de 2018 e 2019.

Dimensões	Grau de avaliação	Crítérios para enquadramento
Igualdade deliberativa	Alto	Predominância de usuários/sociedade civil na vocalização e proposição de temas.
Tipo de decisão tomada	Médio	Controle das ações públicas.
Função exercida	Médio	Prevalência de funções de controle.
Publicização de decisões	Médio	Decisões requerem homologação do Executivo; pelo menos uma não publicada; presidente eleito entre os conselheiros.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir das Atas e Resoluções do Conselho Municipal de Saúde (2018 e 2019) e dos critérios de classificação de Souza e Heller (2019).

Assim, a partir do posicionamento do Conselho com relação ao conjunto de variáveis que determinam o seu nível de institucionalização, bem como do conjunto de variáveis essenciais para a análise da sua capacidade deliberativa, constatou-se que o Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas possui média efetividade deliberativa. O deficit numa das variáveis poderia ser compensado por outras, produzindo um resultado melhor, entretanto, não houve variação de grau que alterasse significativamente a classificação final.

Resultados semelhantes surgiram no estudo de Cunha (2007), no qual a autora verificou que a maior parte dos conselhos do Nordeste pesquisados apresentou grau médio de efetividade deliberativa. Da mesma forma, o estudo de Vale Neto (2015), em relação ao Conselho Municipal de Saúde de Mossoró-RN, concluiu que havia uma média efetividade deliberativa em razão de não ter havido uma participação significativa do segmento usuários e existirem limitações ao exercício da função de formulador da política de saúde, entre outras questões. Entretanto, também nos estudos de Cunha (2007) apareceram muitos conselhos de saúde com alto grau de efetividade deliberativa. Este último resultado, segundo a autora, poderia ser explicado devido ao estágio de institucionalização destes conselhos e pela presença de um governo que tenha um projeto político participativo.

No estudo de Belo Costa e Almeida (2017), as autoras verificaram que no Conselho Municipal de Saúde de Natal-RN existe uma estrutura democrática de participação, assim como no Conselho em estudo, porém, constatou-se fragilidade no referido Conselho no que diz respeito ao exercício a contento da representação política exercida nesse espaço. Os piores resultados encontrados foram verificados por Souza e Heller (2019) nos Conselhos Municipais de Saúde de Belo Horizonte-MG e de Belém-PA. Estes apresentaram baixa e média efetividade deliberativa, respectivamente, estando distantes do grau de efetividade desejado. Neste estudo, mesmo tendo experiência mais larga, considerando seus anos de exercício pedagógico e democrático de participação, os Conselhos de Saúde não se mostraram mais efetivos que os neófitos Conselhos de Saneamento que também foram analisados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa bibliográfica realizada sobre a institucionalização dos conselhos gestores no Brasil revelou que estas instâncias possuem grande importância na democracia brasileira, pois foram instituídas em decorrência da intensa mobilização dos diversos movimentos sociais durante o processo de redemocratização. Esta mobilização foi capaz de garantir a inserção de uma pluralidade de normas e princípios participativos na Constituição Federal de 1988 que abriram espaço para a regulamentação desses espaços plurais, permitindo a inclusão da sociedade no debate político brasileiro, estabelecendo, assim, uma nova relação entre o Estado e a sociedade. Por dar a esta o “status” de parceira do Estado, em prol de uma maior eficiência nas políticas públicas e, garantir em seu texto diversos direitos sociais, a Constituição de 1988 passou a ser conhecida como “Constituição cidadã”.

Entre os conselhos gestores citados, destacaram-se nesta pesquisa os conselhos de saúde. Estes foram criados para assegurar a execução de uma das diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde – SUS, que teve como objetivo garantir a inserção dos indivíduos na gestão pública da saúde: a participação da comunidade. A partir dessa diretriz, a criação dos conselhos de saúde foi regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde de nº 8.142/1990, assim, eles foram criados nas diferentes esferas governamentais para incluir a sociedade civil nas discussões de cunho político e possibilitar que ela não seja apenas portadora das demandas daqueles que representa, mas que fiscalize e intervenha nos rumos da política de saúde, definida na elaboração dos planos e na distribuição dos orçamentos.

Entretanto, as experiências constantes na literatura consultada demonstraram que, apesar das normativas que regulam o funcionamento dos conselhos buscarem assegurar a efetiva participação da sociedade na gestão da saúde pública, o estabelecimento dessa relação democrática com o sistema político depende diretamente do vínculo que estas instituições mantêm com este, ou seja, o sucesso e cumprimento dos objetivos propostos por este órgão colegiado dependem da existência e valorização de um projeto político participativo. Somente assim, essas instituições serão consideradas verdadeiras colaboradoras e lhes serão dadas tanto a credibilidade às suas decisões, quanto às condições para seu pleno funcionamento, como: estrutura física, equipamentos, recursos humanos, capacitação, entre outros.

Com base nessas pesquisas, o estudo empírico do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas visou analisar a efetividade deliberativa deste Conselho, ou seja, a sua capacidade de influenciar, controlar ou decidir sobre determinada política, considerando tanto a participação política dos diferentes segmentos nas decisões e nas proposições, quanto à

institucionalização dos procedimentos que governam o processo participativo dos conselhos. Para tanto, utilizou-se uma estratégia multidimensional para avaliação deste Conselho, na qual foram consideradas as variáveis que compõem o desenho institucional, conforme orientam Faria (2007) e Faria e Ribeiro (2010), e as variáveis ou dimensões que compõem a capacidade deliberativa, de acordo com a metodologia utilizada por Souza e Heller (2019).

Ambas as análises foram frutos de pesquisa documental e de campo (entrevistas semiestruturadas), as quais permitiram verificar em profundidade o processo deliberativo e as regras que conduzem esse processo. Nesse sentido, a análise do desenho institucional do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas a partir das suas leis de criação e regulamentação, bem como do seu Regimento Interno, seguindo a proposta avaliativa de Faria e Ribeiro (2010), demonstrou que o Conselho apresenta uma estrutura institucional democrática, capaz de propiciar a inclusão de uma diversidade de atores, tornando a dinâmica de funcionamento mais propícia ao equilíbrio da relação entre governo e sociedade civil.

Entretanto, ao aprofundar a pesquisa, alterando o objeto de análise – do estudo das normativas para a verificação do exercício prático vivenciado na Instituição - com o apoio de outros documentos que são capazes de registrar a dinâmica de funcionamento do Conselho (como as suas Atas) e das informações oriundas das entrevistas realizadas com diferentes atores do Conselho (presidente, 1º secretário do CMS e ex-conselheiro), verificou-se que a existência de regras bem definidas e a institucionalização de procedimentos não foram suficientes para propiciar a gestão democrática no Conselho e determinar toda a dinâmica de funcionamento dele. Enquanto, no primeiro momento, a análise se restringiu aos documentos, o referido Conselho apresentou alto grau de institucionalização, de representação e de democratização, porém, no segundo momento, quando se verificou a usualidade pelo Conselho das variáveis que compõem essas dimensões, estes graus diminuíram para “médio” devido à existência de algumas fragilidades que foram apontadas na seção “Dinâmica de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas: entre o legal e o real”. A variação desses resultados demonstra que a análise somente dos dados rígidos (Leis e normativas que norteiam o funcionamento do Conselho) podem levar, erroneamente, à conclusão de auto desempenho das Instituições Participativas nos três aspectos investigados, dessa forma, essa avaliação se mostrou insuficiente para o alcance de informações reais sobre o funcionamento destas Instituições.

Neste estudo constatou-se que, apesar da legislação garantir o fornecimento de uma estrutura necessária para o funcionamento do CMS/TF, na realidade, esse órgão não possui Sede nem orçamento próprios, tampouco equipamentos que são imprescindíveis para o seu

funcionamento (computador, móveis, telefone, internet, entre outros), sendo necessário utilizar, frequentemente, os equipamentos, materiais e Sede das próprias entidades as quais pertencem os membros do Conselho ou da gestão, o que limita o seu poder de atuação. Verificou-se também que a ausência de servidor para auxiliar os trabalhos da secretaria-executiva tem prejudicado as atividades desenvolvidas no Conselho, principalmente em relação à redação das atas, encaminhamento de documentos e decisões, preparação das reuniões, entre outros.

A redação das atas é um elemento que merece atenção, pois esses documentos registram a atuação das instituições e mais, nesse caso específico, as decisões e debates sobre diversos aspectos relacionados à rede pública de saúde municipal. Foi possível verificar que elas não têm sido redigidas com zelo, já que são muito resumidas e não apresentam as evoluções das discussões. Sendo assim, a existência de uma secretária executiva possibilitaria uma melhora significativa desses registros, visto que os conselheiros não se dedicam exclusivamente a esta atividade.

Outras fragilidades encontradas dizem respeito à falta de capacitação, pois se constatou que a última foi realizada em 2017, porém, o Conselho passou por um processo eleitoral em 2018 e, mesmo que tenha havido baixa rotatividade entre seus membros, o que já é um fato negativo para a democracia participativa, novos integrantes foram nomeados para o exercício do mandato referente ao período de 2019-2021 e ainda não foram capacitados para sua função. Além disso, constatou-se a fragilidade do referido CMS no que diz respeito ao exercício a contento da representação política exercida neste espaço. Tal argumento se deve ao fato de terem sido identificadas vacâncias na representação dos prestadores de serviços, que foram substituídos por membros da gestão, como também, ausência de representantes de algumas entidades que compõem o segmento dos usuários, que foram ocupadas por grupos sindicais. Assim, parte das entidades relacionadas no Regimento Interno não possui representatividade, permitindo concluir que a composição atual do Conselho não segue a paridade estipulada na legislação, acarretando na desigualdade de condições para que ocorram os processos de discussão e decisão e no enfraquecimento da democracia participativa.

Os problemas citados – ausência de sede própria, equipamentos, secretária executiva, capacitação e recursos financeiros – indicam baixo apoio da gestão ao controle social e à gestão participativa, visto que as condições precárias de funcionamento limitam a atuação do conselho como um instrumento de participação social e política nas ações em saúde e, somente não inviabiliza totalmente esta atuação porque existe o reconhecimento do papel destes membros enquanto conselheiros de saúde.

Apesar de alguns problemas terem sido encontrados no Conselho, aspectos positivos também foram registrados, como: mesa diretora e presidente eleitos pelos membros da plenária; previsão e realização de conferências municipais; existência de regras democráticas para se chegar às decisões; previsão de categorias de entidades da sociedade civil e indícios tanto da realização de reuniões frequentes quanto da atuação das comissões internas.

A segunda análise buscou verificar a qualidade deliberativa do Conselho através do estudo do seu processo decisório, realizado a partir da investigação das dimensões que intervêm neste processo, elencadas por Souza e Heller (2019) como fundamentais para essa abordagem – igualdade deliberativa, decisões prevalentes, funções prevalentes e publicação das resoluções.

A partir da análise de conteúdo das atas das reuniões do CMS/TF foi possível determinar os graus das três primeiras dimensões. A investigação da igualdade deliberativa revelou que o Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas é relativamente pouco frequentado por seus conselheiros, uma vez que a frequência média verificada foi de 53,1% e 57,5% dos seus membros os anos de 2018 e 2019, respectivamente. A ausência de conselheiros no momento de deliberação tende a inviabilizar o desempenho satisfatório do CMS, visto que os conselheiros ausentes se eximem de sua responsabilidade pela discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde. Porém, entre os segmentos mais frequentes destacaram-se de forma positiva os usuários e trabalhadores em detrimento da gestão, o que demonstra, novamente, a ausência de envolvimento do poder executivo com um projeto de gestão participativa e da devida valorização dos mecanismos de participação social. Nesse quesito, ainda se verificou que as regras de participação têm contribuído com processos mais democráticos, à medida que têm proporcionado a elaboração coletiva das pautas das reuniões e a escuta dos atores sociais que foram colocados, por muito tempo, à margem das discussões políticas: os usuários. Assim, uma vez que foi constatada a participação mais expressiva dos usuários e, diante da abertura para o encaminhamento das demandas da população para debate em plenária, a igualdade deliberativa foi classificada em grau “alto”.

Quanto aos resultados obtidos na análise do processo decisório, observou-se que tanto as decisões quanto as funções prevalentes demonstraram que o CMS/TF tem influenciado pouco a produção da política pública, restringindo-se ao acompanhamento dela a partir de um frágil controle social, o que levou à sua classificação em grau “médio” nesses dois aspectos. Ressalta-se que para a efetiva participação do conselheiro de saúde nas demandas da gestão em saúde é imprescindível o conhecimento da legislação específica para a área, a existência

de capacitação para atuar como tal, bem como a estrutura mínima para o funcionamento do Conselho e, como já foi demonstrado, o CMS/TF possui deficiências em relação a estas questões, que deveriam ser solucionadas pela gestão. Porém, verificou-se que a adoção de um modelo participativo de governo vai na contramão dos interesses dominantes e das políticas arraigadas e, desta forma, os canais de participação popular sofrem resistências por parte dos agentes governamentais. Em linhas gerais, entretanto, mesmo diante das dificuldades para proposição das políticas públicas é preciso ressaltar que as dificuldades não foram suficientes para impedir o exercício da participação social em relação ao controle social, pois o espaço do Conselho mostrou-se relevante no desempenho dessa atribuição, uma vez que permitiu que os conselheiros realizassem a avaliação e acompanhamento das ações públicas visando uma rede assistencial de saúde votada ao atendimento das necessidades da sociedade local.

A consulta das resoluções publicadas e não publicadas feita no Diário Oficial do Município mostrou que poucas decisões do Conselho são materializadas em resoluções e, destas, poucas foram publicadas, refletindo a limitação da secretaria-executiva e do próprio Conselho, que não dá publicidade às decisões tomadas em plenária. Constatou-se também que o Conselho não recorreu ao Ministério Público face à omissão do poder executivo em publicar as suas resoluções, resultando então, em grau “médio” nesse quesito.

Dessa forma, ao reunir todos os resultados das análises realizadas, chegou-se à conclusão de que o Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas possui média efetividade deliberativa, pois, apesar de possuir normas e leis adequados à sua finalidade, estas não foram suficientes para assegurar o envolvimento do poder executivo com o projeto de gestão participativa, acarretando na fragilidade da sua estrutura e, conseqüentemente, do processo deliberativo, o que impacta negativamente na possibilidade de construção de uma adequada rede assistencial de saúde. Nesse sentido, observou-se que a capacidade dos conselhos gestores produzirem decisões qualificadas, ou seja, que influenciem efetivamente na produção de políticas públicas, depende de interações, combinações de variáveis e contextos sociopolíticos, bem como da estrutura que possuem e do envolvimento dos seus membros, pois, a falta destes impede uma atuação mais ativa. Dessa forma, é importante que os problemas identificados sejam superados ou, ao menos, minimizados.

Assim sendo, as pesquisas e estudos da bibliografia sobre os “conselhos de saúde”, refletidos no Capítulo “Fundamentação Teórica” dessa Dissertação, bem como a constatação da existência de garantias proporcionadas pela legislação e de mecanismos que buscam assegurar a participação social de forma efetiva nesses espaços institucionalizados, além dos resultados das análises realizadas no Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas

permitiram pensar em estratégias para a melhoria do “médio desempenho” encontrado neste Conselho, que possibilitariam um aumento da efetividade deliberativa deste e da participação social, com consequências positivas na construção de uma cidadania política mais efetiva por parte da comunidade.

Dessa forma, buscando maximizar o alcance deste trabalho no município de Teixeira de Freitas, considerando que os resultados encontrados e as providências tomadas a partir deles são de interesse público, foi construído um rol de recomendações para os conselheiros e gestores municipais (Apêndice H) visando a melhoria das condições de participação dos conselheiros do CMS/TF na formulação, implementação e avaliação das políticas, ou seja, buscando a melhoria do funcionamento dele como órgão deliberativo e de gestão participativa.

Conclui-se, porém, que apesar das limitações identificadas impedirem que o Conselho cumprisse a função de formulador da política de saúde no período estudado, e dos debates e função exercidos majoritariamente pelo do CMS/TF se relacionarem ao controle da política, ou seja, ao exercício do seu papel fiscalizador sobre as ações do Estado, não significa que esta não é uma instituição importante, tendo em vista que essa função também está relacionada ao seu papel legal. Portanto, destaca-se que esse espaço se mostrou permeável à participação da sociedade e permitiu o debate das questões publicamente, sem considerar as possibilidades que se abrem com a eleição do seu presidente por seus pares e com a ampliação da representação deste Conselho a partir da inclusão de novos atores. Essas questões já são uma justificativa para sua existência. Dessa forma, em geral, é preciso destacar a relevância desses espaços de participação para consolidação da democracia brasileira e levar em conta que, apesar dos limites que essas instituições enfrentam, também existem experiências exitosas, demonstrando a necessidade de se reconhecer o processo de contínua reinvenção e aprendizado da relação Estado e sociedade nos espaços institucionalizados de participação.

Como essa pesquisa mostrou-se insuficiente para verificar se a participação nessa instância se traduziu em práticas no âmbito da gestão pública e na execução das políticas públicas de fato, sugere-se, para estudos futuros, agregar outros elementos avaliativos para se obter informações em relação aos resultados dos processos deliberativos, como por exemplo, quais foram os destinos das decisões, possibilitando verificar em que medida houve, de fato, a implementação de deliberações do CMS de Teixeira de Freitas no âmbito das políticas públicas de saúde do município. É sabido que as bases do controle social e da gestão participativa ainda são frágeis e que apenas a definição constitucional não assegura que o

poder executivo considere as decisões do conselho na promoção de sistema de saúde mais eficiente, entretanto, este é um dos espaços onde essa luta continua sendo travada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Carla; CARLOS, Euzeneia; SILVA, Rafael da. Efetividade da participação nos conselhos municipais de assistência social do Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, vol. 22, nº 2, agosto, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/op/v22n2/1807-0191-op-22-2-0250.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ALMEIDA, Débora Cristina Rezende de. **Conselhos municipais de saúde e educação: distintos padrões de participação política**. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal Fluminense –UFF (Mestrado). 2006. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/8201/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%202006%20D%C3%A9bora%20Cristina%20Rezende%20de%20Almeida.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

ALMEIDA, Débora Rezende de; VIEIRA, Anne Karoline; KASHIWAKURA, Gabriella. Instituições participativas e repertórios de interação: os Conselhos Nacionais de Saúde e Assistência Social no contexto do *impeachment*. **Revista do Serviço Público** (RSP), Brasília 71 (1) 140-170, jan-mar 2020. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3516/2607>. Acesso em: 16. Mai. 2020.

_____; CUNHA, Eleonora Schettini Martins. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. *In: Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação/ organizador: Roberto Rocha C. Pires*. Brasília: Ipea, 2011. v. 7 (372 p.): gráfs., tabs. – (Diálogos para o desenvolvimento).

ALVES, Zélia Mana Mendes Biasoli; SILVA, Maria Helena G. F. Dias da. **Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta**. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, n. 2, p. 61-69, July 1992 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/n2/07.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2018.

ARAÚJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional**. 13. Ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

ARISTÓTELES. **Política**. Tradução de Nestor Silveira. São Paulo: Folha de São Paulo, 2010. (Coleção Folha; v.11).

Atas do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas-BA: período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019.

AVRITZER, Leonardo. *et al.* **Reinventando os Mecanismos de Inclusão e Controle Social nos Conselhos**. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

AZEVEDO, Daniel A. 27 Anos de Novos Recursos Participativos na Democracia Brasileira (1988-2015): um Panorama a Partir dos Conselhos Municipais. **Espaço Aberto**, PPGG - UFRJ, V. 5, N.1, p. 163-180, 2015. Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: file:///C:/Users/biobe/Downloads/Dialnet-_27AnosDeNovosRecursosParticipativosNaDemocraciaBra-5522533.pdf. Acesso em: 20 mai. 2019.

BALSEMÃO, Adalgiza. Competências e Rotinas de Funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde. *In: Brasil. Ministério da Saúde*. Direito Sanitário e Saúde Pública. Vol. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977). 2006.

BARROSO, Luís Roberto. **Vinte anos da Constituição de 1988: a reconstrução democrática do Brasil**. Ministério Público de Minas Gerais. Edição Especial 20 anos da Constituição Federal. 2008. Disponível em: <https://aplicacao.mpmg.mp.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/730/17.%20Vinte%20anos%20da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20de%201988.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ; Vozes, 2002.

BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BELO COSTA, Thaysa Taianne; ALMEIDA, Lindijane de Souza Bento. Entre Estado, sociedade e espaços deliberativos: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Natal/Brasil. **GIGAPP - Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas**. 2017. Disponível em: <http://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/80>. Acesso em: 04 fev. 2019.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Participação social e relações de poder no Conselho Estadual de Saúde da Bahia**. 2013. 223 f. Tese (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14271>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BOAVENTURA, Edivaldo M. **Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação e tese**. São Paulo: Atlas, 2004. 160p.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BONAVIDES, Paulo. **A evolução constitucional do Brasil**. Estudos avançados 14 (40), 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v14n40/v14n40a16.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BORJA, Jordi. **A Participação Cidadina**. Trad. Regina Sílvia Pacheco. Espaço & Debates, no 24, 1988.

BOURDIEU, Pierre Félix. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1989.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 453**, de 10 de maio de 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf. Acesso em: 18 jun. 2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia de apoio à gestão estadual do SUS**. Atualizado em 05/05/2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/plano-de-saude/>. Acesso em: 16 mar. 2020.

_____. **Consolidado dos relatórios das conferências estaduais de saúde**. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca. “Saúde: direito de todos, dever do estado a saúde que temos, o sus que queremos”. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES_consolidado.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 05, out., 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 21 jun. 2019.

_____. Decreto nº 9.806, de 28 de maio de 2019. Altera o Decreto nº 99.274, de 6 de junho de 1990, para dispor sobre a composição e o funcionamento do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama. **DOU de 29 mai. 2019**.

_____. Decreto nº 10.224, de 5 de fevereiro de 2020. Regulamenta a Lei nº 7.797, de 10 de julho de 1989, que cria o Fundo Nacional do Meio Ambiente. **DOU de 6 fev. 2020**.

_____. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília, DF, 11, abr., 2019.

_____. Ministério da Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf. Acesso em: 16 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do Controle Social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Série histórica do CNS, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/A_Pratica_Control_Social.pdf. Acesso em: 07 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS**. Brasília; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 46 p. : il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde) ISBN 978-85-334-1580-5. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br> Acesso em: 22 jun. 2019.

_____. **Lei nº 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. Brasília, DF, 19, set., 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 jun. 2019.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28, dez., 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 23 jun. 2019.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em: 20 dez. 219

_____. **Portaria Comitê Intergestores Tripartite - CIT nº 3093/2007**. DOU 04/12/2007. Brasília: Ministério da Saúde. 04 de dezembro de 2007.

_____. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 20 dez. 2019.

_____. Resolução CIB/BA nº 122/2007. **DOE de 21/09/2007**. Bahia: Secretaria de Saúde Estadual da Bahia – SESAB. 21 de setembro de 2007.

_____. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Orçamento e Planejamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva**. Brasília: MS, 2009. (Série Cadernos de Planejamento, v. 6). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v7.pdf. Acesso em 16 jun. 2020.

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss; WENDHAUSEN. Águeda Lenita Pereira. Participação Popular em um Conselho Local de Saúde: Limites e Potencialidades. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015. Abr-Jun. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00442.pdf. Acesso em: 25 set. 2018.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MOREIRA, Vital. **Constituição da República Portuguesa Anotada**. 3. Ed. Coimbra: Coimbra, 1984.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. *In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e democracia: a luta dos Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

_____. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, Maria do Carmo A. A. **Participação Social no Brasil Hoje.** Paper. Instituto Pólis. 1998. Disponível em: <http://www.polis.org.br/uploads/841/841.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **A questão democrática na área de saúde.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n.9, p.11-13. 1980.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais** (8a ed.). São Paulo: Cortez. 2006.

COHN, Amélia. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciênc. saúde coletiva.** vol.8 no.1 Rio de Janeiro 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100002. Acesso em: 26 mar. 2020.

CONSELHEIRO, TS. **Entrevista 2.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo digital. A entrevista semiestruturada na íntegra encontra-se no Apêndice E desta dissertação.

CONSELHEIRO, TS. **Entrevista 3.** [janeiro. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Conversa informal. Inserção do trecho da conversa autorizada através da assinatura do TCLE.

CONSELHEIRO, TSP. **Entrevista 4.** [março. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Arquivo .m4a. A entrevista semiestruturada transcrita na íntegra encontra-se no Apêndice F desta dissertação.

CRUZ, André Gonzalez. **A saúde na Constituição Federal.** 2012. Disponível em: <https://andregonzalez2.jusbrasil.com.br/artigos/121940811/a-saude-na-constituicao-federal>. Acesso em: 19 jun. 2019.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles. Desafios para o funcionamento eficaz dos Conselhos. *In: Conselhos Gestores de Políticas Públicas.* Maria do Carmo A. A. Carvalho e Ana Cláudia C. Teixeira (orgs.). São Paulo, Pólis, 2000.

CUNHA, Eleonora Schettini Martins. A efetividade deliberativa dos conselhos municipais de saúde e de criança e adolescente no Nordeste. *In: AVRITZER, L. (Org.). A participação social no Nordeste.* 1. ed. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2007. p. 135-162.

_____. Inclusão social e política: o desafio deliberativo dos conselhos municipais de assistência social. *In: AVRITZER, L. (Org.). A dinâmica da participação social no Brasil.* São Paulo: Cortez, 2010. p. 93-128.

_____; *et al.* Uma estratégia multidimensional de avaliação dos conselhos de políticas: dinâmica deliberativa, desenho institucional e fatores exógenos. *In: Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.* Organizador: Roberto Rocha

C. Pires. Brasília: Ipea, 2011. v. 7 (372 p.): gráfs., tabs. – (Diálogos para o desenvolvimento). p. 297 - 322

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 3. ed. Salvador: JusPodivm, 2009.

DAHL, Robert Alan. **A Democracia e Seus Críticos**. Tradução por Patrícia de Freitas Ribeiro. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que é participação política**. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

DALLARI, Pedro B. de Abreu. **Institucionalização da participação popular nos municípios brasileiros**. Instituto Brasileiro de Administração Pública, Caderno n. 1, p. 13-51, 1996.

DODGE, Raquel E. Ferreira. A Equidade e a Universalidade e a Cidadania em Saúde Vistas sob o Prisma da Justiça. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1. 1997. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/369/0. Acesso em: 16 out. 2018.

DOMBROWSKI, Osmir. Poder local, hegemonia e disputa: os conselhos municipais em pequenos municípios do interior. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 16, n. 30, p. 269-281, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782008000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2020.

ESCOREL S, Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. *In*: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 83-119.

ESQUINSANI, Rosimar Serena Siqueira. As atas de reuniões enquanto fontes para a história da educação: pautando a discussão a partir de um estudo de caso. **Educação Unisinos** 11(2):103-110, maio/agosto. 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/Pedro/Downloads/5698-17717-1-SM.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2020.

EX-CONSELHEIRO, US. **Entrevista 1**. [janeiro. 2020]. Entrevistadora: Betânia do Amaral e Souza. Teixeira de Freitas, 2020. Conversa informal. Inserção do trecho da conversa autorizada através da assinatura do TCLE.

FACHIN, Zulmar Antonio; PAGLIARINI, Alexandre Coutinho. Movimentos Sociais na Constituição Brasileira de 1988. **A Construção da Democracia e dos Direitos Humanos**. Editora Unijuí, ISSN 2179-1309 Ano 6, nº 12, Jul./Dez. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/biobe/Downloads/8267-Texto%20do%20artigo-37029-1-10-20181114.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2018.

FALEIROS, Vicente de Paula. A Previdência Social, o Estado e as Forças Sociais: a Previdência Social em crise. **Relatório Final de Pesquisa apresentado ao CNPq**. Brasília.

Digitado, 1995. Disponível em: file:///C:/Users/biobe/Downloads/1258-elias_construcao_do_SUS.pdf. Acesso em: 22 mai. 2019.

FARIA, Cláudia F. Sobre os determinantes das políticas participativas: A estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais de Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente no Nordeste. 2007. *In*: AVRITZER, L. **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 111-133.

_____.; RIBEIRO, Uriella Coelho. Entre o legal e o real: o que dizem as variáveis institucionais sobre os conselhos municipais de políticas públicas? *In*: AVRITZER, L. (Org.). **A dinâmica da participação no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Desenho institucional: variáveis relevantes e seus efeitos sobre o processo participativo. *In*: PIRES, R. R. C. (Org). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, 2011. p. 125-135.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**. São Paulo: Atlas, 1976.

FERRAREZI, Elisabete; OLIVEIRA, Clarice G. Reflexões sobre a emergência da participação social na agenda das políticas públicas: desafios à forma de organização burocrática do Estado. **V Congresso CONSAD de Gestão Pública**. Centro de Convenções Ulysses Guimarães Brasília/DF – 4, 5 e 6 de junho de 2012. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2013-09/forma-de-organizacao-burocratica-do-estado.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2019.

FERREIRA, Andreza Alves. **Participação, sociedade civil e a capacidade de influenciar políticas sociais**: o caso do conselho municipal de educação da Serra. 2006. 197 f. Dissertação (Mestrado em Política Social), Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

FERREIRA, Cristina Maria Soares; FONSECA, Alberto. Análise da participação popular nos conselhos municipais de meio ambiente do Médio Piracicaba (MG). **Ambiente & Sociedade**. São Paulo v. XVII, n. 3, p. 239-258, jul.-set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n3/v17n3a14.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

GEERTZ, Clifford, **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogman S. A, 1989.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> Acesso em: 26 ago. 2017.

GIANNELLA, Valéria. A participação em tempos de crise. Questionamentos para sobreviver à crise democrática no Brasil. **Anais do Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas** v. 2, n. 2, 2017. Democracia e Direitos: Dimensões das Políticas Públicas e Sociais. Disponível em: https://www.anepcp.org.br/acp/anaisenepcp/20180723154011_47_A_participacao_em_tempos_Valeria_Giannella.pdf. Acesso em: 12 jul. 2019.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. **Cadernos Metrópole** n. 7, pp. 9-31, 1º sem. 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/biobe/Downloads/9257-23068-1-SM.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2019.

GOMES, Eduardo Granha Magalhães. Conselhos gestores de políticas públicas: aspectos teóricos sobre o potencial de controle social democrático e eficiente. **Cad. EBAPE.BR**, v. 13, nº 4, Artigo 12, Rio de Janeiro, Out./Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v13n4/1679-3951-cebape-13-04-00894.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

_____. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições**. São Paulo: EAESP/FGV, 2003, 110 p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, Área de Concentração: Governo Local e Sociedade Civil).

GRISOTTI, Márcia; PATRICIO, Zuleica Maria; SILVA, Andréia da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, May 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 nov. 2019.

KIND, Luciana; FERREIRA NETO, João Leite; HENRIQUES, Mariana Antunes; SANTOS, João Henrique de Sousa; SANTOS, Ana Carolina Campagnole dos. Participação Social, Relações de Poder e Autonomia em Conselhos Distritais de Saúde. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2016. Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3709/4534>. Acesso em: 15 jun. 2020.

KLEBA, Maria Elisabeth; ZAMPIROM, Keila; COMERLATTO, Dunia. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. 2015. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.556-567. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00556.pdf> Acesso em: 12 abr. 2018.

LARA, Ricardo; SILVA, Mauri Antônio da. A ditadura civil-militar de 1964: os impactos de longa duração nos direitos trabalhistas e sociais no Brasil. **Serv. Soc.**, São Paulo, n. 122, p. 275-293, abr./jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000200275&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 abr. 2019.

LE GOFF, Jacques. **Documento/Monumento**. In: Enciclopédia Einaudi. Lisboa: Imprensa Nacional/ Casa da Moeda, 1984. v.1

LOPES, Daniel Pires. **Controle Social na Gestão Pública: a sociedade pede passagem**. Monografia da Pós-Graduação em Gestão Pública. Universidade Tecnológica Federal do

Paraná – UTFPR. 2014. Disponível em:

C:/Users/biobe/Desktop/sociedade%20pede%20passagem%20-%20brasil.pdf. Acesso em: 13 mar. 2019.

LUCHESE, Patrícia T. R., Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do sistema único de saúde – retrospectiva 1990/ 1995.

Planejamento e políticas públicas. n. 14, p.75-154, dez. 1996. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/130>. Acesso em: 16 out. 2018.

MACEDO, Laura Christina. **Participação e Controle Social na Área de Saúde:** uma revisão bibliográfica. Ribeirão Preto, 2005. 118p. Dissertação de Mestrado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

MACHADO, Janine de Azevedo; LUCAS, Simone Dutra. Análise das resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte no período de 1991 a 2010. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800025&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 set. 2019.

MAGALHÃES, Fernanda Gabriela Gandra Pimenta; XAVIER, Wesley Silva. Processo participativo no controle social: um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG). **Revista Eletrônica de Administração.** 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/read/article/view/87813>. Acesso em: 06 fev. 2020.

MATOS, Marlise. **Análise de dados qualitativos.** Curso de Análise de dados qualitativos com o uso do NUD*IST. Belo Horizonte: FAFICH/UFMG, 2005.

MARTINS, André Luiz de Almeida. **O Sistema Único de Saúde:** Contingências e Metacontingências nas Leis Orgânicas da Saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia. Brasília, 2009. Disponível em: [file:///C:/Users/biobe/Desktop/2009_AndreLuizAlmeidaMartins%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/biobe/Desktop/2009_AndreLuizAlmeidaMartins%20(1).pdf). Acesso em: 21 jun. 2019.

MELO, José Valdemiro de. Homologação das decisões do Conselho de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 4, n. 2, julho de 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/Pedro/Downloads/81187-Texto%20do%20artigo-112545-1-10-20140606.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2020.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil.** Em: J. Finkelman, (Org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/OPAS. 2002. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/7514/1/Cap3_Evolucao_Politiclas_Sistema_Saude_Brasil.pdf. Acesso em: 21 jun. 2019.

MIGUEL, Luis Felipe. Representação política em 3-D – Elementos para uma teoria ampliada da representação política. 2003. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n°51, 123-140.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2008.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): 795-805, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/15.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

MOURA, Luciana Melo de; SHIMIZU, Helena Eri. Análise da Dinâmica Deliberativa de Conselhos Municipais de Saúde da Região Central do Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/24935>. Acesso em: 04 fev. 2019.

MUTZENBERG, Remo. Movimentos sociais: entre aderências, conflitos e antagonismos. In: SINAIS – **Revista Eletrônica - Ciências Sociais**. Vitória: CCHN, UFES, Edição n.09, v.1, Junho. 2011. pp.127-143. Disponível em: [file:///C:/Users/biobe/Downloads/2782-4209-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/biobe/Downloads/2782-4209-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 22 abr. 2019.

OLIVEIRA, Lucia Conde de. **As relações entre Estado e população no enfrentamento da pobreza**: como essas relações se reproduzem no imaginário popular [dissertação]. Fortaleza (CE): Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará. 1996.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

_____. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. 2011. **Veja**, 6736(11), 60054-8. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 21 mai. 2019.

PAIRAZAMÁN DÍAZ, Pedro Hernando. **Participação cidadã e controle social**: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Salvador – Bahia. 2008. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lígia Rangel Santos. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 88p.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. (2014). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

PATEMAN, Carole. **Participation and democratic theory**. Cambridge University Press, 1992. Disponível em: https://is.muni.cz/el/1423/podzim2016/POL401/um/Pateman_Dahl.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

PONTES, Rita Lopes da Silva de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Políticas públicas e efetividade participativa em processos deliberativos: estudo junto ao Conselho Municipal de Saúde de Redenção/Ceará (2013-2016). **O Público e o Privado** · nº 31 · jan/jun · 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Pedro/Downloads/3329-10660-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Pedro/Downloads/3329-10660-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 16 mar. 2020.

REIS, Maria Dulce. Democracia Grega: a antiga Atenas (séc. v a. c.). **Sapereaude** – Belo Horizonte, v. 9 – n. 17, p. 45-66, Jan./Jun. 2018 – ISSN: 2177-6342. Disponível em: <file:///C:/Users/biobe/Downloads/17648-64170-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2019.

RÊGO, Angela. A experiência dos Conselhos Gestores de Saúde em Pequenos Municípios. In: ANDRADE, Ilza Araújo Leão de. (Org.). **Desafios da Gestão Participativa no Nordeste**. Ed. Natal: Edufurn, 2002. p. 147-199.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, Roberto. A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**. v. 1 n. 11 São Luis/MA, 2009. Disponível em: http://www.ppgcsoc.ufma.br/index.php?option=com_content&view=article&id=318&Itemid=114. Acesso em: 20 mai. 2019.

RODRIGUES, Alexsandra Gato; SOUTO, Raquel Buzatti. **Da democracia participativa ao desenvolvimento local**. 201_? Disponível em: <https://www.imed.edu.br/Uploads/GT2-p71-87.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2018.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**. vol.37 no.96 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2013 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016. Acesso em: 16 jul. 2019.

ROSSET, Luciano. A democracia ateniense: filha de sua história, filha de sua época. **Revista de Cultura Teológica** - v. 16 - n. 64 - JUL/SET 2008. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/culturateo/article/viewFile/15535/11601>. Acesso em: 12 mar. 2019.

ROUSSEAU, Jean Jacques. **O Contrato social**. Edição eletrônica: Ed Ridendo Castigat Mores (www.jahr.org). 2012. Disponível em: <http://www.dominipublico.gov.br/download/texto/cv00014a.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

SAES, Décio Azevedo Marques de. A questão da evolução da cidadania política no Brasil. **Estud.** av. vol.15 no.42 São Paulo May/Aug. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142001000200021. Acesso em: 22 abr. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição. **PANOPTICA** (em reformulação), v. 1, n. 4, p. 01-22, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/biobe/Downloads/117-435-1-PB.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

SENGER, Igor; PAÇO-CUNHA, Elcemir; SENGHER, Carine Maria. **O estudo de caso como estratégia metodológica de pesquisas científicas em administração**: um roteiro para o estudo metodológico. 2013. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeadm/article/view/771> [http://www.fw.uri.br/Lucia/Downloads/771-3530-1-PB \(1\).pdf](http://www.fw.uri.br/Lucia/Downloads/771-3530-1-PB%20(1).pdf) Acesso em: 12 abr. 2018.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 26. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

SILVA, Lucilane Maria Sales da *et al.* Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 117-125. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Fev. 2020.

SILVA, Rosimary Bernardes. Atuação e competência do Conselho Municipal de Saúde Santo Antônio do Descoberto, DF. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. 2017.

Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/380>. Acesso em: 06 fev. 2020.

SOUZA, Clóvis Henrique Leite; TEIXEIRA, Ana Cláudia Chaves; LIMA, Paula Pompeu Fiuza. A construção da arquitetura da participação no Brasil: tendências e padrões observáveis em conferências e conselhos nacionais. *In: Congress of the Latin American Studies Association*, San Francisco, California, May 23 to 26th, 2012.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e descentralização. **Ciência e saúde coletiva**, v.7, n.3, 2002. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000300004&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 17 out. 2018.

SOUZA, Cezarina Maria Nobre, HELLER, Léo. Efetividade deliberativa em conselhos municipais de saneamento e de saúde: Um estudo em Belo Horizonte (MG) e em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(11):4325-4334, 2019. Disponível

em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/efetividade-deliberativa-em-conselhos-municipais-de-saneamento-e-de-saude-um-estudo-em-belo-horizonte-mg-e-em-belem-pa/16785?id=16785> Acesso em: 25 dez. 2019.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas**. 2002.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, p. 366-378, 1992.

STRALEN, Cornelis Johannes Van, *et al.* Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):621-632, 2006. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2006.v11n3/621-632/pt>. Acesso: 01 fev. 2020.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. *In*: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra. 2002.

_____. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 25, p. 209-213, Nov. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n25/31122.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

TEIXEIRA DE FREITAS. Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas**. Teixeira de Freitas, BA, 25, set., 2014.

_____. **Decreto Municipal n. 87/2019** - Nomeia os membros do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas e dá outras providências. Teixeira de Freitas, BA, 04, fev., 2019.

_____. **Decreto Municipal n. 213/2016** - Nomeia os membros do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas e dá outras providências. Teixeira de Freitas, BA, 21, nov., 2016.

_____. Edital 02-2018 CMS - Regimento eleitoral Conselho Municipal de Saúde para o biênio 2018-2020. Publicado no **DOM Edição n.º.3096 - XII**. Teixeira de Freitas, BA, 30 de novembro de 2018.

_____. Edital 04-2018 CMS. Prorrogação inscrições e calendário para eleição do Conselho Municipal de Saúde, mandato biênio 2018-2020. Publicado em **DOM Edição n.º.3106 – XII**. Teixeira de Freitas, BA, 14 de dezembro de 2018.

_____. Edital 05-2018 CMS - Entidades habilitadas para participarem da eleição do Conselho Municipal de Saúde biênio 2018-2020. Publicado no **DOM Edição n.º.3117 – XIII**. Teixeira de Freitas, BA, 09 de janeiro de 2019.

_____. **Lei Municipal n.º 118/94** - Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Teixeira de Freitas, BA, 27 abr. 1994

_____. **Lei Municipal n.º 178/97** - Altera a Lei n.º 118/94 de 27.04.94 e dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde. Teixeira de Freitas, BA, 03, mar. 1997

_____. **Lei Municipal n.º 188/97** - Altera a redação do art. 2º da Lei n.º 178/97 de 03.03.97, que dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde. Teixeira de Freitas, BA, 07, ago., 1997.

_____. **Lei Municipal n.º 278/2002** - Dá nova redação à Lei Municipal n.º 178/97, que institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Teixeira de Freitas, BA, 21, mar., 2002.

_____. **Lei Municipal n.º 893/2015** - Altera dispositivos da Lei Municipal n.º 278/2002, de 21 de março de 2002, que deu nova redação à Lei Municipal 118/94, que instituiu o Conselho Municipal de Saúde. Teixeira de Freitas, BA, 27 jul. 2015.

_____. **Lei Orgânica Municipal 1990**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/BA/TEIXEIRA.DE.FREITAS/LEI-ORGANICA-TEIXEIRA-DE-FREITAS-BA.pdf> Acesso em: 21 ago. 2017.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. Efetividade e eficácia dos Conselhos. *In: Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. Maria do Carmo A. A. Carvalho e Ana Cláudia C. Teixeira (orgs.). São Paulo, Pólis, 2000.

TORRES, Ana Cláudia de Oliveira; FROTA, Francisco Horacio da Silva. O Papel do Conselho Municipal de Saúde de Beberibe no Controle das Políticas Públicas de Saúde. **Conhecer: debate entre o público e o privado**. v 03 . n.º 13 . 2015. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revistaconhecer/article/view/1169>. Acesso em: 01 fev. 2020.

VALE NETO, Raimundo Nonato do. **Deliberação e participação: dinâmica e efetividade do conselho de saúde de Mossoró/RN.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Estudos Urbanos e Regionais. 2015.

VERGARA, Sylvia Constant. **Método de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas. 2005.

URBINATI, N. **Rhetoric and representation: the politics of advocacy.** Chicago, IL: University of Chicago Press, 1999.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZORZAL, Gabriela. **Democracia representativa e democracia participativa: limites e complementaridade.** Disponível em: C:/Users/biobe/Downloads/8567-21021-1-SM.pdf. Anais da semana de Ciências Sociais da Universidade Federal do Espírito Santo. ISSN 2359-5698. 2014. Acesso em: 19 abr. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE B - Roteiro Pesquisa Documental - Resoluções

INFORMAÇÕES RESOLUÇÕES CMS/TF			
Nº/ano	Data	Assunto	Publicação no DOM

APÊNDICE C – Roteiro Pesquisa Documental⁵¹

ROTEIRO PESQUISA DOCUMENTAL

Levantamento na Secretaria do CMES:

I. Legislação (Lei de criação, regimento interno, resoluções)

- a. data de criação
- b. competências
- c. composição do conselho em 2018 e 2019
- d. funcionamento do conselho (sessões plenárias, comissões de trabalho, dinâmica)
- e. substituição de conselheiro

II. Atas e Lista de Frequência das Sessões Plenárias

- a. as pautas (quem definiu?)
- b. assuntos discutidos e deliberados (enumerar para verificar em campo)
- c. frequência dos conselheiros
- d. processo eleitoral da sociedade civil para compor o CMS
 - Como e quando foi realizado o último processo eleitoral?
 - Como se deu o processo de escolha das entidades e instituições que participam e/ou têm assento no CMS?
 - Existem critérios para as pessoas se candidatarem? Quais são?
 - Existe alguma entidade, cuja participação está prevista na composição do CMS, mas que atualmente não tem nenhum representante no CMS?
 - Existe alguma entidade no CMS, cuja participação não está prevista na composição do CMS? Qual o motivo?
 - Como foi escolhido o presidente deste Conselho?
- e. existência de comissões

III. Outros documentos relevantes

- a. Histórico do conselho

⁵¹ Fonte: Silva (2005), apud FERREIRA (2006). Adaptado pela pesquisadora.

APÊNDICE D – Carta de Anuência para a pesquisa no CMS/TF

Teixeira de Freitas-BA, 28 de novembro de 2018.

Ao:
Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos

Senhor(a) Coordenador(a) do CEP,

Eu, José Félix Reis Filho, presidente responsável pelo Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas, conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado "**Participação, sociedade civil e a capacidade de influenciar políticas sociais: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas**", sob responsabilidade da pesquisadora Betânia do Amaral e Souza, da Universidade Federal do Sul da Bahia, e concordo com sua realização após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelas partes.

O início desta pesquisa nessa Instituição só poderá ocorrer, a partir da apresentação da carta de aprovação do Sistema CEP/CONEP.

Atenciosamente,


José Félix Reis Filho


Nome:

CPF: 810.872.845-20

APÊNDICE E – Questionário da Pesquisa – Dinâmica de funcionamento do CMS/TF – Entrevista 2 ⁵²

**QUESTIONÁRIO DE PESQUISA:
DINÂMICA DE
FUNCIONAMENTO DO CMS/TF**

Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas-BA

Data: 08 de março de 2020.

Questionário Nº: 01 (Entrevista 3)

Conselheiro, Trabalhador da saúde, 1º secretário.

Eu dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimentos e compreendido.

Não

Sim. Concordo participar desta pesquisa após ter lido e assinado o TCLE, recebido explicações e compreendido.

I- INSTITUCIONALIZAÇÃO

1. Qual o instrumento legal que criou o conselho?

Lei. Municipal 278 de 01 de Janeiro de 2002.

2. Qual o ano de publicação do instrumento que criou o conselho?

2002.

3. O conselho possui regimento interno?

Sim

Não

4. O regimento especifica e detalha quais conteúdos?

Disponibilizar Regimento.

5. O CMS passou por sucessivas alterações normativas. Qual a sua opinião sobre essas alterações? Houve conquistas ou perdas de direitos?

Não houve sucessivas alterações, as poucas que houveram foram na direção de ampliar e melhorar as ações do controle social.

6. O conselho possui orçamento próprio para custear seu funcionamento?

Sim

Não

6.1 Em caso negativo, quais foram as providências tomadas pelo CMS para solucionar este problema?

Após reuniões de deliberações em reuniões ordinárias e extraordinárias, foram feitas reuniões na câmara municipal de vereadores, discutindo a aprovação do orçamento próprio para o CMS na LDO - Lei de Diretriz Orçamentária.

6.2 Em caso positivo, o CMS tem autonomia para gerir esses recursos?

Sim.

7. O conselho possui sede específica?

Sim

Não

⁵² Fonte: Criado pela pesquisadora com base em Almeida, Carlos e Silva (2016).

7.1 Em caso negativo, quais foram as providências tomadas pelo CMS para solucionar este problema?

Se instalará em casa disponibilizada a todos os conselhos da cidade, pela prefeitura municipal. “Casa dos Conselhos”.

7.2 Em caso positivo, a edificação é adequada para uso do CMS e é acessível à população?

Não como deveria, o espaço cedido é de uma sala pequena, com capacidade de atendimento de 05 usuários coletivamente.

8. Quais equipamentos e materiais estão disponíveis para o conselho?

No momento o CMS não dispõe de equipamento algum. Um ofício de solicitação de equipamentos foi protocolado na secretaria municipal de saúde. O CMS está aguardando a resposta.

8.1 Em caso negativo, quais foram as providências tomadas pelo CMS para solucionar este problema?

Reuniões ordinárias para deliberações, formulação de resolução para estruturação do CMS.

8.2 Em caso positivo, estes materiais e equipamentos atendem às necessidades do CMS?

[...]

9. O conselho possui secretaria-executiva?

Sim

Não, (está em curso o processo de contratação de uma secretária)

9.1 Em caso negativo, quais foram as providências tomadas pelo CMS para solucionar este problema?

[...]

9.2 Em caso positivo, quantos funcionários estão lotados na secretaria-executiva? A secretaria-executiva trabalha exclusivamente no conselho?

Uma secretária, caso se concretize a contratação.

I I- DELIBERAÇÃO

10. Com que frequência o conselho realiza reuniões ordinárias?

Uma vez no mês.

11. O conselho tem calendário anual de reuniões ordinárias estabelecido?

Sim

Não

12. Este calendário é cumprido?

Sim

Não

12.1 Em caso negativo, quais são os motivos para o não cumprimento do calendário de reuniões?

[...]

13. O conselho tem planejamento anual das fiscalizações a serem realizadas para serviços e programas da rede pública?

Sim

Não

13.1 Em caso negativo, o que leva o CMS a não planejar essas fiscalizações?

[...]

14. O conselho fiscaliza os serviços, programas e projetos do SUS?

Sim

Não

14.1 Em caso positivo, de que forma e com que frequência?

Por meio das comissões permanentes no conselho ou por comissões específicas para tal função, onde é elaborado um relatório que após a apreciação no pleno do CMS será encaminhado à gestão municipal, ao conselho Estadual de Saúde da Bahia, ao CNS - Conselho Nacional de Saúde, ao MP - Ministério Público do Estado da Bahia, MPF – Ministério Público Federal, à Defensoria Pública do Estado da Bahia, entre outros que o colegiado julgar pertinente.

15. O conselho tem comissões permanentes?

Sim

Não

15.1 Em caso positivo, quais?

Comissão de Média e Alta Complexidade;
Comissão de Atenção Básica;
Comissão de Recursos Humanos;
Comissão de Políticas Públicas;
Comissão de Vigilância em Saúde.

15.2 Essas comissões têm atuado/ se reunido? Qual a importância delas para o CMS?

Têm se reunido. As Comissões Temáticas têm por finalidade propor e acompanhar medidas que permitam implementar a política de saúde no município de Teixeira de Freitas, subsidiando o Conselho Municipal de Saúde. São responsáveis por emitir pareceres e sugerir encaminhamentos respaldados em estudos específicos, atendendo às demandas do próprio Conselho Municipal de Saúde.

15.3 Em caso negativo, por quê?

[...]

16. O conselho deliberou sobre as Programações Anuais de Saúde de 2018 e 2019?

Sim

Não

Observação:

Devido à falta de estrutura do Conselho Municipal de Saúde, incluindo secretário (a) executiva para o CMS.

17. O conselho deliberou sobre o Plano Municipal de Saúde 2018-2021?

- Sim
 Não

18. O conselho deliberou sobre o Relatório Anual de Gestão dos anos de 2018 e 2019?

- Sim
 Não

19. O conselho acompanha a execução dos planos anuais de saúde?

- Sim
 Não

19.1 Em caso negativo, porque?

O secretário não encaminha para o CMS ações em saúde que estão executando, pela Secretaria Municipal de Saúde.

19.2 Em caso positivo, de que forma?

[...]

20. Com que frequência o gestor apresenta ao conselho relatório de aplicação dos recursos do fundo?

Não apresenta.

21. O conselho aprecia e emite parecer sobre a execução financeira dos recursos do fundo?

- Sim
 Não

22. O conselho acompanha o cumprimento das deliberações das conferências de saúde?

- Sim
 Não

22.1 Em caso negativo, por quê?

A execução da política de saúde acontece à revelia do CMS.

22.2 Em caso positivo, de que forma?

[...]

III – REPRESENTAÇÃO

23. Qual o número de membros do CMS?

16 membros titulares e 16 suplentes.

24. Existe paridade entre eles?

- Sim
 Não

25. Como ocorre a ocupação das “cadeiras” do CMS? Existe eleição? Como ela ocorre? Quais são os critérios para a escolha das entidades?

Ocorre por meio de um edital do processo eleitoral, exemplo:

A comissão do processo eleitoral, no uso de suas atribuições, considerando a Lei Municipal N° 278 de 01 de Janeiro de

2002 que “Dá nova redação à Lei Municipal nº 118/94, que Instituiu o Conselho Municipal de Saúde e dá outras Providências”; o disposto na RESOLUÇÃO 453 de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde; o disposto no regimento interno do CMS de Teixeira de Freitas; e Considerando a decisão do pleno do CMS, que elegem os membros da comissão eleitoral que organizará as etapas do processo eleitoral de composição do CMS de Teixeira de Freitas para cada biênio. O Regimento Eleitoral do CMS, que norteará a eleição para a escolha dos representantes dos usuários do SUS, dos representantes das entidades dos movimentos sociais de usuários do SUS, dos trabalhadores de saúde, das entidades de trabalhadores de saúde, da comunidade científica da área da saúde, dos Gestores, das entidades gestoras e prestadoras de serviços de saúde conveniadas com o Sistema Único de Saúde, que indicarão e elegerão seus representantes para compor o CMS de Teixeira de Freitas.

26. Existem “cadeiras” previstas no Regimento Interno que não são ocupadas? Em caso positivo, como o CMS procede?

Não.

27. Existem representantes no CMS não previstos no Regimento Interno? Em caso positivo, por que?

Não

28. O presidente e o vice-presidente são eleitos em reunião plenária do conselho?

Sim

Não

29. Há alternância na presidência entre os representantes do governo e os da sociedade civil?

Sim, desde que democraticamente vença o processo de eleição interna.

Não

30. Como são eleitos os representantes da sociedade civil?

As inscrições para participar da Eleição do CMS de Teixeira de Freitas, como representante dos usuários deverão ser feitas, pelos usuários do SUS, pelas Associações/grupos dos Aposentados ou da Terceira Idade, Associações de Portadores de Necessidades Especiais ou outras Patologias. Associações e/ou Sindicatos não vinculados à saúde, Associações de Bairros e/ou ONGs, Movimentos Sociais Organizados e Organizações Religiosas: mediante uma ficha de inscrição disponibilizada pela Comissão Eleitoral, conforme previsto do Edital do processo Eleitoral.

31. Com que frequência o conselho realiza reuniões ampliadas?

Atualmente com pouca frequência.

32. Com que frequência o conselho realiza ações de mobilização social? Exemplifique.

Ultimamente no período de Conferência Municipal de Saúde: a cada dois anos.

33. Qual a opinião do CMS sobre a participação de atores externos/visitantes? Essa existe? É capaz de contribuir com os debates?

É muito importante para influenciar e contribuir na construção das políticas públicas de saúde locais, através de suas opiniões e experiências que são relacionadas com os diversos autores da sociedade composta no colegiado.

34. As atas do conselho são publicitadas para a sociedade e as entidades?

Sim

Não, para ter acesso basta o cidadão(a) ou qualquer entidades solicitar formalmente.

35. As deliberações/resoluções do conselho são publicadas em Diário Oficial?

Sim, tal atribuição é da gestão municipal de saúde.

Não

36. Quem geralmente propõe a pauta das reuniões do Conselho? A construção é coletiva?

Geralmente a pauta é proposta pela mesa diretora, sendo aceitas sugestões e indicações por parte de quaisquer um dos membros.

37. O conselho tem canal de recebimento de denúncias? Em caso positivo, ele é divulgado?

Atualmente recebemos as denúncias pelo endereço de e-mail e contato por meio dos telefones pessoais dos membros.

APÊNDICE F – Questionário da Pesquisa – Dinâmica de funcionamento do CMS/TF – Entrevista 4⁵³

**QUESTIONÁRIO DE PESQUISA:
DINÂMICA DE
FUNCIONAMENTO DO CMS/TF**

Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas-BA

Data: 18 de março de 2020.

Questionário Nº: 02 (Entrevista 4)

Conselheiro, Trabalhador da saúde, Presidente

Eu dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimentos e compreendido.

Não

Sim. Concordo participar desta pesquisa após ter lido e assinado o TCLE, recebido explicações e compreendido.

I- INSTITUCIONALIZAÇÃO

38. Qual o instrumento legal que criou o conselho?

Lei Orgânica Municipal.

39. Qual o ano de publicação do instrumento que criou o conselho?

1990.

40. O conselho possui regimento interno?

Sim

Não

41. O regimento especifica e detalha quais conteúdos?

Disponibilizar Regimento.

42. O CMS passou por sucessivas alterações normativas. Qual a sua opinião sobre essas alterações? Houve conquistas ou perdas de direitos?

Houve avanços com a emissão da... Resolução 453 de 2012. Acho que você passou a ter um instrumento melhor de organização interna, mas eu ainda acho que deveria ser, a invés de uma resolução, que na escala de direito é de pouca relevância, acho que deveria ser um Decreto... uma Lei... que realmente obrigasse, haja vista que nós... esse ano nós vamos conquistar o direito de ter a secretária executiva, mesmo assim abrindo mão de algumas questões pra não ficar sem. Então eu acredito que foi um avanço, mas é um avanço que ainda você fica à mercê de um gestor maior, que é o secretário de saúde e do prefeito porque é ele que cria o decreto que vai nomear essa pessoa. Então eu acho que a gente avançou mas ainda estamos longe de ter garantido de fato em lei esses direitos (01:10.21 min.)

43. O conselho possui orçamento próprio para custear seu funcionamento?

Sim

Não

43.1 Em caso negativo, quais foram as providências tomadas pelo CMS para solucionar este problema?

⁵³ Fonte: Criado pela pesquisadora com base em Faria (2007) e Almeida, Carlos e Silva (2016).

O financiamento continua sendo a grande dificuldade dos conselhos de todo território nacional. A medida que nós adotamos... uma vez que nós fizemos reunião com a comissão de finanças da câmara, com o secretário de saúde e não... segundo ele a legislação não permite um conselho ter um recurso próprio, é... no caso pra ficar lá, tipo assim: abriu uma conta em nome do conselho, não é permitido porque o nosso conselho é deliberativo e não consultivo, e essas contas só é permitidas aos conselhos consultivos, salvo engano. Então, ou seja, você pode determinar dentro dessa estrutura do conselho um valor é... de financiamento do conselho, mas quem administra esse financiamento, no caso, quem libera, fica à mercê do secretário de saúde. Então aqui nós fizemos, o que? Nós temos feito o seguinte: a gente tem as demandas do conselho, faz e encaminha para o secretário para que ele providencie o pagamento. (01:08.38 min.)

43.2 Em caso positivo, o CMS tem autonomia para gerir esses recursos?

[...]

44. O conselho possui sede específica?

- Sim
 Não

44.1 Em caso negativo, quais foram as providências tomadas pelo CMS para solucionar este problema?

Como a gente sabe que, dificilmente, nós teríamos uma sede do conselho, nós seguimos a orientação dos outros conselhos que foi adotar uma estratégia de ter um espaço na casa dos conselhos, onde nós conseguimos esse espaço já há dois

anos, só que estamos impossibilitados de usá-lo devido a não ter móveis e não ter a secretária executiva... que agora nós fomos de novo lá na casa do conselho, a nossa salinha estava lá de fato nos esperando... não mais a outra que era maior, mas uma menor, mas estava reservado o nosso lugar. e aí agora nós vamos, segundo o secretário, ter móveis e a secretária executiva. É brincadeira? (00:53.31 min.)

44.2 Em caso positivo, a edificação é adequada para uso do CMS e é acessível à população?

[...]

45. Quais equipamentos e materiais estão disponíveis para o conselho?

Nós sempre utilizamos dos nossos sindicatos é... a estrutura, a impressora, o papel, a caneta, computadores, mas, diante da conquista da secretária executiva, o secretário nos comunicou, nos solicitou que reiterasse, reencaminhasse, reiterasse os ofícios a respeito da... de todo o material possível para melhorar a estrutura do conselho. Nós já encaminhamos e agora estamos aguardando a chegada desses materiais. Seria o computador, os móveis do conselho e também a questão de telefone, internet, essas questões. (00:49.89 min.)

45.1 Em caso negativo, quais foram as providências tomadas pelo CMS para solucionar este problema?

Respondida acima.

45.2 Em caso positivo, estes materiais e equipamentos atendem às necessidades do CMS?

[...]

46. O conselho possui secretaria-executiva?

- Sim
- Não, (está em curso o processo de contratação de uma secretária)

46.1 Em caso negativo, quais foram as providências tomadas pelo CMS para solucionar este problema?

Nós fizemos um... há dois anos atrás, quase três anos, na verdade. Três anos atrás nós fizemos uma seleção com... acho que oito ou nove candidatas, onde nós entrevistamos essa candidata e olhamos um pouco do currículo dela. Nós adotamos a seguinte... o objetivo do conselho na verdade era de uma pessoa que também fosse técnica, que pelo menos ou cursasse, ou tivesse cursado direito, para nos auxiliar também nessas questões. E ela já... a menina escolhida já tinha terminado o curso, já tinha um ano, mais ou menos, que tinha terminado o curso e estava precisando também atuar... e das que nós entrevistamos ela foi, Fulana foi a mais qualificada. Então nós usamos o processo de seleção mesmo.

Ela já começou, agora está aguardando, ela já começou assim: ela já tomou pé da situação, já foi lá, viu a sala, opinou sobre a questão de como ficaria essa questão da sala, mas ela não está podendo atuar porque o decreto ainda

não saiu. Diz que sai essa semana, mas nós estamos aguardando. (01:05.45 min.)

46.2 Em caso positivo, quantos funcionários estão lotados na secretaria-executiva? A secretaria-executiva trabalha exclusivamente no conselho?

Nenhum, ainda.

I I- DELIBERAÇÃO

47. Com que frequência o conselho realiza reuniões ordinárias?

Uma vez no mês.

48. O conselho tem calendário anual de reuniões ordinárias estabelecido?

- Sim
- Não

49. Este calendário é cumprido?

- Sim
- Não

49.1 Em caso negativo, quais são os motivos para o não cumprimento do calendário de reuniões?

[...]

50. O conselho tem planejamento anual das fiscalizações a serem realizadas para serviços e programas da rede pública?

- Sim
- Não

50.1 Em caso negativo, o que leva o CMS a não planejar essas fiscalizações?

[...]

51. O conselho fiscaliza os serviços, programas e projetos do SUS?

Sim

Não

51.1 Em caso positivo, de que forma e com que frequência?

Sobre o planejamento das fiscalizações, nós fazemos mais ou menos de acordo o cronograma do município ou de acordo vai aparecendo os fatos, as denúncias vão chegando para nós. Então nós temos um sistema de fiscalização que é aquele normal, em que a gente passa nas instituições, nas instituições que prestam serviço de saúde ou quando há denúncia. Então as comissões a depender da denúncia, a comissão que é responsável por aquele setor vai lá. Nós temos as comissões de RH, de Atenção Básica, de Média e de Alta complexidade e de acordo a denúncia chega, ou... igual agora, nós temos o hospital que concluiu uma obra né, a reforma da UTI e do setor do bloco de cirurgia. Então nós temos já agendado. Nós temos que ir lá fazer um relatório para confirmar como foram essas reformas. E também nós temos a questão das auditorias, que é feito a auditoria e logo em seguida o conselho vai lá, através da solicitação das auditorias para poder investigar se de fato foi cumprido o que a auditoria pediu (01:15.69 min.)

52. O conselho tem comissões permanentes?

Sim

Não

52.1 Em caso positivo, quais?

Comissão de Média e Alta Complexidade;
Comissão de Atenção Básica;
Comissão de Recursos Humanos;
Comissão de Políticas Públicas;
Comissão de Vigilância em Saúde.

52.2 Essas comissões têm atuado/ se reunido? Qual a importância delas para o CMS?

Sobre as comissões e as suas reuniões é... nós criamos as comissões no intuito de melhorar o funcionamento do conselho, a atuação do conselho como um todo, e também é... dar publicidade ao conselho. Acho que as comissões têm esse papel de estar mais próximo dos profissionais, estar mais próximo dos serviços, da fiscalização de todos os serviços, mas, infelizmente, nem todos que assumiram as comissões têm procurado fazer esse trabalho. Então, nós temos, muitas vezes, reunido vários membros de cada comissão, feito uma comissão e indo lá... a exemplo, nós temos o problema do RH, nós reunimos aqueles que estão disponíveis, ainda que não sejam membros daquela comissão e vamos em lá em nome da comissão do RH, assim da média e da alta, como da atenção básica... é assim que nós temos tocado os trabalhos, para que, de fato, o conselho não pare e a gente continua fazendo o nosso trabalho. (01:03.01 min.)

52.3 Em caso negativo, por quê?

[...]

53. O conselho deliberou sobre as Programações Anuais de Saúde de 2018 e 2019?

Sim

Não

Observação:

Sobre a questão do acompanhamento do Plano Plurianual ou do Plano das estratégias de saúde a serem usadas no decorrer do ano vigente, infelizmente a gente não tem como fazer porque o próprio município ele não tem feito isso, ou seja, ele não tem consultado o conselho para algumas tomadas de decisões, então não participamos da construção desse plano e 2019 nem foi apresentado plano nenhum para nós para que pudéssemos acompanhar. Então nós temos feito o que? De acordo a secretaria apresenta uma estratégia, vou dar um exemplo, o mutirão. Ali foi feito todo à revelia do conselho, nós não tivemos conhecimento, a não ser quando já estava em execução o mutirão. (00:50.62 min.)

54. O conselho deliberou sobre o Plano Municipal de Saúde 2018-2021?

Sim

Não

55. O conselho deliberou sobre o Relatório Anual de Gestão dos anos de 2018 e 2019?

Sim

Não

56. O conselho acompanha a execução dos planos anuais de saúde?

Sim

Não

56.1 Em caso negativo, porque?

Respondido anteriormente.

56.2 Em caso positivo, de que forma?

[...]

57. Com que frequência o gestor apresenta ao conselho relatório de aplicação dos recursos do fundo?

Não apresenta.

58. O conselho aprecia e emite parecer sobre a execução financeira dos recursos do fundo?

Sim

Não

59. O conselho acompanha o cumprimento das deliberações das conferências de saúde?

Sim

Não

59.1 Em caso negativo, por quê?

Sobre as conferências, o conselho ele continua fazendo o papel, porque é o conselho quem convoca né, a conferência. O conselho, nas últimas que tivemos, nas últimas duas o conselho fez o papel dele: deliberou, o

conselho ajudou na organização e execução também da conferência. Embora a ressalva que a gente deixa, a gente vê é... a questão às vezes do desinteresse da gestão de fazer a conferência, exemplo: se você for analisar o número de delgados participantes do segmento de trabalhadores da última conferência foi uma negação. Infelizmente, numa conferência feita no dia de sábado ne, onde a pessoa teria que ir porque é “patriota”. E aí a gente sabe que isso não funciona, então, nós temos feito o nosso papel mas a gente sente falta ainda, de um pouco de flexibilidade por parte da gestão para que tenhamos uma conferência... não tivemos as pré-conferências, não foi liberado pra fazer as pré, então não sei até que ponto a gente pode se sentir contemplado né, com as decisões ali ou com as propostas construídas ali. (01:13.46 min.)

22.2 Em caso positivo, de que forma?

[...]

III – REPRESENTAÇÃO

60. Qual o número de membros do CMS?

16 membros titulares e 16 suplentes.

61. Existe paridade entre eles?

Sim

Não

62. Como ocorre a ocupação das “cadeiras” do CMS? Existe

eleição? Como ela ocorre? Quais são os critérios para a escolha das entidades?

Sobre a questão de representatividade e composição do conselho, o conselho foi bem criterioso a esse respeito, procurou ser bem democrático a ponto de nós abriremos inscrições para as entidades, para que se a entidade se apresentasse, inscrevesse, melhor dizendo, porque a cadeira é da entidade e não do conselheiro, ne? E, claro, para tanto era necessário que atendesse os pré-requisitos e, infelizmente, principalmente o segmento trabalhador, nós temos muitas entidades, mas poucas legalizadas que de fato poderiam estar assumindo essas cadeiras. Daí às vezes o deficit que nós temos hoje em algumas cadeiras, ne? Aquelas que tomaram, no caso, que estavam aptas a participar, que vieram para o conselho, ganharam a cadeira, hoje não participam do conselho. E aí nós estamos agora, essa semana... sexta-feira passada era para nós termos nos reunidos para um planejamento, e o foco do planejamento era a recomposição do conselho, tirando essas entidades, porque só queriam a cadeira, mas não participam de reuniões, não estão nas comissões, e a gente tem sentido falta porque acaba sobrecarregando cinco, seis, sete conselheiros dos 16 que deveriam estar atuando e atuando de forma satisfatória. E hoje nós temos conselheiros que nem atuam, nem estão atuando e a entidade também não notifica, então nós vamos certamente substituir essas entidades, mas o problema que nós temos, principalmente do segmento trabalhador, é esse daí, das entidades existirem mas não estarem documentalmente legalizadas, estarem em deficit. (01:52.96 min.)

63. Existem “cadeiras” previstas no Regimento Interno que não são ocupadas? Em caso positivo, como o CMS procede?

Não.

64. Existem representantes no CMS não previstos no Regimento Interno? Em caso positivo, por que?

Sim, respondido anteriormente.

65. O presidente e o vice-presidente são eleitos em reunião plenária do conselho?

Sim

Não

66. Há alternância na presidência entre os representantes do governo e os da sociedade civil?

Sim

Não

67. Como são eleitos os representantes da sociedade civil?

Através de eleição.

68. Com que frequência o conselho realiza reuniões ampliadas?

É... as reuniões ampliadas nós temos feito com os secretários, é... com o segmento de Atenção Básica a gente sempre faz reunião diante denúncias, né... também fazemos reuniões com os diretores do hospital, dos

hospitais, convocamos eles também nas reuniões do conselho, então isso nós temos feito. (00:33.86 min.)

69. Com que frequência o conselho realiza ações de mobilização social? Exemplifique.

Sobre a mobilização, nós estamos sempre participando quando é... quando acontece nós participamos. O conselho participou da caminhada promovida pela igreja católica, esqueci agora o nome que tem, nós participamos das audiências da câmara sempre que há uma necessidade. A gente sente falta de mais, por exemplo, a gente chamou a comissão de saúde da câmara para fazer uma reunião, fazer uma audiência pública sobre regulação... nós não fomos atendidos. Fazer uma sobre a UNACON e também sobre a questão do hospital que a gente tem um hospital muito antigo e que é preciso que o governo ou quem quer que seja construa um novo hospital. Então essas mobilizações a gente tem procurado fazer e participar também quando têm. (01:03.58 min.)

70. Qual a opinião do CMS sobre a participação de atores externos/visitantes? Essa existe? É capaz de contribuir com os debates?

Sim, nós temos vários, vários eventos e momentos né, dessas participações. Nós temos o IFBaiano, nós temos a UFSB, nós temos a Pitágoras, que participa conosco também de forma positiva, propondo, ouvindo o conselho, trazendo sugestões para o conselho, então a gente nesses últimos quatro anos, três anos,

nós temos feito bastante e contado também com o apoio dessas entidades né, que têm contribuído e muito, principalmente a UFSB, tem contribuído e muito com o conselho. Também adotando algumas questões que é de cunho do conselho, como a criação dos conselhos locais de saúde, então essa participação externa ela é muito bem-vinda. Assim também como a gente adota algumas questões nas idas pela comunidade, exemplo, a comissão que nós criamos para acompanhar as denúncias da... do gás, do oxigênio adulterado, então a gente trouxe, fizemos várias reuniões, tivemos na Defensoria Pública comentando sobre essa questão. Então o conselho tem procurado fazer sim esses trabalhos, e adotar também aqueles que têm nos dado a oportunidade de estar contribuindo conosco. (01:21.70 min.)

71. As atas do conselho são publicadas para a sociedade e as entidades?

Sim. Facebook.

Não

72. As deliberações/resoluções do conselho são publicadas em Diário Oficial?

Sim

Não

Nem todas as resoluções são publicadas. Até então as últimas foram, né! Mas a gente ainda tem muita dificuldade com a questão das publicações... é recomendação, resolução, homologação de relatório da Conferência, que até hoje não foi feita da

Conferência Municipal de Saúde, nem de 2017 nem da última que nós fizemos agora em 2019, nós não tivemos. Então a gente ainda encontra um pouquinho de resistência por parte da gestão nesse sentido. (00:49.71 min.)

73. Quem geralmente propõe a pauta das reuniões do Conselho? A construção é coletiva?

As pautas do conselho... quem é de responsabilidade da pauta é a mesa, a mesa define a pauta, coloca no grupo do conselho para apreciação do colegiado. O colegiado ele pode ou acrescentar ou diminuir o número de assuntos a serem discutidos nessa pauta. Então não é uma pauta fechada, não é uma coisa como diz... inflexível, mas é muito flexível, então às vezes o conselheiro acha que vai demandar, determinado assunto vai demandar muito tempo, muito debate, ele pede para excluir o item 4 e 5, deixa só o 1, 2 ou 3, porque acho que dá pra gente poder fazer um debate mais consistente, porque se a gente colocar mais de dois assuntos, então vai prejudicar o debate desses temas que são de suma importância pro município. Então há uma flexibilidade, mas o responsável de apresentar a pauta é a mesa diretora do conselho (01:04.55 min.)

74. O conselho tem canal de recebimento de denúncias? Em caso positivo, ele é divulgado?

Hoje o melhor canal, o canal de denúncia do conselho oficialmente é o e-mail, o gmail do conselho. Mas, infelizmente, ou felizmente né, o canal mais utilizado ainda é os nossos Whatsapp's pessoais. Então a pessoa sabe que fulano* é do conselho,

sabe que ciclano* é amiga do fulano* e “oh ciclano*, passa o número do fulano* que eu tenho uma denúncia pra fazer!” Pra nós é mais fácil porque a gente recebe fotos, recebe documentos, entendeu? Fica mais fácil de você até é... qual é o procedimento? Nesses dias eu recebi uma informação de um rapaz de Itanhém com problemas cardíacos gravíssimos, que estava lá esperando “a Deus dará”, sem nenhuma posição por parte do hospital. Aí uma pessoa já mandou a foto da pessoa, mandou os documentos, cartão SUS, um relatório do médico que o encaminhou e eu só encaminhei pro secretário e em menos de duas horas o problema estava resolvido. Ele foi atendido, foi bem cuidado, inclusive já está em casa, fez a segunda cirurgia. Sofreu um pouquinho, digo assim, das duas horas pra poder tomar conhecimento e dar as providências devidas. Aí esse rapaz ficou aqui ainda uns vinte e dois dias passando por esses momentos aí de cirurgia, pós-cirurgia. Então o principal canal hoje é os nossos Whatsapp´s pessoais. (01:32.41 min.)

* As palavras fulano e ciclano foram utilizadas para proteger a identidade das pessoas citadas pelo conselheiro.

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de um Projeto de Pesquisa intitulado “**Participação, sociedade civil e a capacidade de influenciar políticas sociais: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas**”, sob responsabilidade da pesquisadora Betânia do Amaral e Souza. Essa pesquisa tem como objetivo compreender e analisar como vem ocorrendo a participação da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Teixeira de Freitas-BA, através de um olhar sobre a influência deste na elaboração das políticas públicas de saúde do município, ou seja, se este teve poder de deliberação e até que ponto o poder de influência dele é resultado da participação da sociedade. Esse estudo é importante porque, através dele, pretende-se gerar conhecimento, percepção e entendimento sobre assunto abordado, contribuindo para a ampliação da compreensão sobre a importância dos órgãos gestores, em especial, o CMS, para a melhoria dos serviços públicos prestados em saúde.

Ao aceitar participar voluntariamente desse estudo, será pedido que você responda a um questionário com 37 perguntas entre abertas e fechadas, sobre assuntos diversos relacionados à dinâmica de funcionamento e ao desenho institucional do CMS/TF. As perguntas fechadas têm respostas dicotômicas (sim ou não). Nelas você deverá apenas assinalar a resposta que mais se adequa à realidade desse órgão. As perguntas abertas correspondem aos esclarecimentos das fechadas, que contribuem para exposição das subjetividades em relação à dinâmica de funcionamento do CMS, portanto, peço que seja criterioso e detalhista ao respondê-las! Além disso, caso restem dúvidas para a pesquisadora após a leitura das respostas, você poderá ser convidado a esclarecê-las, para que seja preservada a fidedignidade da sua percepção. O tempo estimado para o preenchimento total do questionário é de 1h, porém, entendendo que você poderá apresentar cansaço, desconforto ou aborrecimento, portanto, ele não precisa ser respondido de uma só vez, podendo ser preenchido em etapas e no local ideal para o seu conforto.

As informações que você der ao preencher os questionários ou responder as perguntas na entrevista serão mantidas em absoluto sigilo, de modo que somente os pesquisadores terão acesso a elas, e sua identidade e privacidade serão preservadas, uma vez que você não precisará se identificar em nenhum momento que fornecê-las.

Entendemos que, pelo fato de você ser um membro atuante no CMS, ao responder a questões relativas ao funcionamento deste, poderá desencadear preocupações pelo risco de prejudicar, de alguma forma, seu vínculo de confiança com os colegas e gestão. Para reduzir ao máximo esse risco, e o sentimento de temor ou desconforto advindo da participação da pesquisa, informamos que quando você for responder às questões sobre o CMS não lhe será pedido para citar quaisquer nomes. O que você informar não será revelado a ninguém do órgão ou entre os profissionais que trabalham com você. Além disso, você tem plena liberdade de se recusar a responder ao questionário e, mesmo aceitando participar, pode recusar-se a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo pessoal.

Você não terá nenhum tipo de despesa ao participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Caso você, por alguma razão não prevista, tenha gastos decorrentes da pesquisa, ele será ressarcido pela pesquisadora responsável. Ainda, gostaríamos de garantir que você terá direito à indenização, caso venha a ter qualquer dano decorrente da sua participação na pesquisa.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi impresso em frente e verso, em duas vias iguais, e uma delas ficará com você. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone (73) 99871-3191 ou do e-mail bio.betania@gmail.com, da pesquisadora responsável. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma voluntária para participar desta pesquisa⁵⁴.

Betânia do Amaral e Souza - Pesquisadora

⁵⁴Esta pesquisa teve os aspectos relativos à Ética da Pesquisa envolvendo Seres Humanos analisados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia. Em caso de dúvidas sobre a ética desta pesquisa ou denúncias de abuso, procure o CEP, que fica no Campus Paulo Freire, Praça Joana Angélica, 250, Bairro São Jose. Teixeira de Freitas, BA. CEP 45988-058. Fones: (73) 32912089/3292-5834. Email: cep@ufsb.edu.br. Horário de funcionamento: 9:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista as explicações constantes nesse termo, eu, de forma voluntária e esclarecida, afirmo que compreendi do que se trata e aceito participar da pesquisa intitulada **“PARTICIPAÇÃO, SOCIEDADE CIVIL E A CAPACIDADE DE INFLUENCIAR POLÍTICAS SOCIAIS: O CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA DE FREITAS”**.

Teixeira de Freitas-BA, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Participante da Pesquisa

*Testemunha 1**

*Testemunha 2**

**As testemunhas devem ser letradas e escolhidas pelo participante.*

APÊNDICE H – Recomendações ao gestor do SUS e ao CMS/TF



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA- MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA - UFSB
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE

Recomendações/sugestões para a melhoria da atuação e fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas com base nos resultados da pesquisa “ Participação, sociedade civil e a capacidade de influenciar políticas sociais: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas”, realizada pela pesquisadora Betânia do Amaral e Souza, em 2020.

Cabe ao gestor do SUS, com apoio do gestor municipal, entre outras ações:

1. **Reconhecer a importância do envolvimento da comunidade** na tomada de decisões no campo da saúde (art. 198, III, CF), a partir do entendimento de que a participação social na construção e fiscalização do SUS tende a gerar políticas públicas mais exitosas, que tragam resultados profícuos para a população teixeirense, destinatária dessas políticas públicas;
2. Permitir que o Conselho atue de forma independente e imparcial. Para tanto, devem ser disponibilizados **todos** os recursos físicos, financeiros e humanos que possibilitem a atuação do Conselho de forma autônoma e eficiente, sendo assim, ele deve contar com:
a) Orçamento próprio, para manter sua estrutura administrativa e logística; b) Sede própria equipada com computador, impressora, telefone, internet, mobiliário e materiais de expediente suficientes para o seu funcionamento; c) Secretária-executiva subordinada ao seu plenário, destinada exclusivamente ao apoio técnico e administrativo das reuniões e de outras atividades desenvolvidas pelo Conselho;
3. Elaborar **Planos de Saúde** que contenham estratégias e prioridades a serem aplicadas por um período de quatro anos, porém, com **antecedência** que possibilite a sua execução durante o período previsto de validade. Essa construção deve ser feita de forma participativa e levar em consideração os resultados das Conferências de Saúde;
4. Realizar a revisão do Plano de Saúde uma vez ao ano para reavaliar as suas metas e readequá-las, se preciso, às necessidades dos usuários dos serviços de saúde;

5. Utilizar o Plano de Saúde como instrumento básico para orientação e definição das Programações Anuais de Saúde - PAS, também com a antecedência necessária, visto que o Plano de Saúde e a PAS tratam-se de instrumentos de planejamento da gestão que **devem ser criteriosamente pensados e executados no período previsto** e não podem ter caráter proforma - O Ministério da Saúde, na Série Cadernos de Planejamento, Vol. 6 (Sistema de Planejamento do SUS – Uma construção coletiva) (BRASIL, 2009) apresenta sugestões de conteúdo a ser observado na elaboração da Programação Anual de Saúde (Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v7.pdf);
6. Submeter para apreciação do CMS/TF, anualmente, o Relatório Anual de Gestão - RAG produzido pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, contendo informações detalhadas, porém, **em linguagem acessível a todos os conselheiros**, sobre o cumprimento e/ou justificativas para o não cumprimento das metas definidas nos Planos de Saúde. Esse relatório deve ser encaminhado ao Conselho de Saúde com antecedência, para que tenha tempo suficiente para avaliar as informações ali existentes e, se necessário, o CMS pode/deve contar com a ajuda de pessoas capacitadas para tal - o Ministério da Saúde também apresenta, na Série Cadernos de Planejamento, Vol. 6, um guia para elaboração do Relatório de Gestão e um modelo para apresentação da execução das ações de uma forma mais clara que pode facilitar o entendimento dos conselheiros (BRASIL, 2009).
7. Apresentar a **prestação de contas** ao CMS/TF a cada 3 meses, por meio de relatório detalhado que contenha, pelo menos, as seguintes informações: a) como estão sendo executadas as ações de saúde; b) o relatório de gestão; c) recursos financeiros: quanto foi aplicado e como foi aplicado; d) as auditorias iniciadas e concluídas no período; e) a produção e a oferta de serviços do SUS (BRASIL, 2009);
8. Garantir a **atualização anual** e a **capacitação sócio-política e técnica** dos conselheiros de saúde a cada recomposição dos membros, para que possam deliberar de forma crítica e com qualidade técnica;
9. Zelar pela **paridade entre os membros** do Conselho, não permitindo a sobre-representação dos membros da gestão;
10. Valorizar o espaço do Conselho e garantir que as discussões se deem de forma ampla, transparente e ascendente, ou seja, não “abrir mão” de realizar Pré-conferências em bairros ou regiões (como ocorreu em 2019);

11. Considerar as reflexões decorrentes das Pré-conferências e Conferências de Saúde na elaboração dos instrumentos de gestão (Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde) para que as propostas aprovadas pela população se **traduzam em políticas públicas de saúde**;
12. Homologar e dar **publicidade** às decisões oriundas do processo deliberativo do Conselho;
13. **Implementar as decisões** do plenário do Conselho, dando credibilidade a este e evitando o esvaziamento do quórum nas reuniões;
14. Prover meios de **inclusão dos usuários** que, em sua maioria, possui baixa capacidade de organização/mobilização e têm raros atendimentos às suas reivindicações.

Ao conselheiro cabe, entre outras ações:

1. Comprometer-se e se responsabilizar com a vida, a saúde e com o papel **de relevância pública** que desempenha, além de se organizar a fim de diminuir a distância entre representantes e representados;
2. Despertar na sociedade o interesse pela participação para o fortalecimento e melhoria do SUS, servindo como **ligação** entre quem utiliza a saúde e quem elabora e executa as políticas de saúde;
3. Convocar as Pré-conferências e Conferências de Saúde e, como parte das reflexões que ocorrem nesses eventos, o CMS/TF deve apreciar as decisões aprovadas em Conferências anteriores, analisando o **que foi cumprido e o que não foi** e avaliando se, no atual cenário, as questões levantadas anteriormente permanecem ou não pendentes;
4. **Participar** da elaboração do Plano de Saúde e das Programações Anuais de Saúde, considerando os relatórios da última Conferência de Saúde;
5. **Revisar** os Planos de Saúde, ao menos uma vez ao ano, para verificar se aquilo que foi planejado no início do período de 4 (quatro) anos precisa ser reavaliado para melhor atender à realidade da população;
6. Fiscalizar a aplicação do dinheiro público na saúde através da **avaliação criteriosa** das prestações de contas;

7. Verificar se as políticas de saúde orientam o governo a agir de acordo com o que a população necessita e se a assistência à saúde já prestada no município atende às necessidades da população;
8. Defender o acesso aos serviços de **saúde de qualidade**;
9. **Registrar** em Ata os assuntos tratados em cada reunião de forma mais detalhada possível. Para tanto, o CMS/TF deve contar com uma Secretária-Executiva, disponibilizada pelo gestor do SUS, que irá descrever tudo o que está sendo falado e registrar o nome de todos os conselheiros presentes. A mesma também deverá se encarregar de informar a pauta da reunião e encaminhar o material de apoio aos conselheiros com antecedência, para facilitar os trabalhos durante a reunião e permitir que os assuntos sejam conhecidos previamente;
10. Tornar **pública** as suas decisões por meio de documentos, tais como resoluções, recomendações e propostas. Caso as resoluções não sejam homologadas e divulgadas oficialmente pelo gestor do SUS em 30 (trinta) dias, o CMS deve buscar sua validação recorrendo ao Ministério Público;
11. Estar **atento** ao cumprimento, pela Secretaria de Saúde, de suas orientações, tendo em vista que tão importante quanto deliberar é verificar se as deliberações estão sendo atendidas;
12. Realizar **visitas** às unidades de saúde para ouvir usuários e trabalhadores de saúde, elaborando relatório da situação encontrada e apresentá-lo em reunião do plenário do Conselho de Saúde;
13. Se houver necessidade, não hesitar em contar com outros órgãos para a **investigação de denúncias** (Tribunal de Contas do Município; Controle Interno; Ministério Público, entre outros);
14. **Acompanhar** a execução das estratégias e metas definidas nos Planos de Saúde e convocar o Secretário de Saúde para propor correções e/ou explicações, se necessário.

Entre outras ações e providências já sugeridas no corpo desse texto de forma indireta, recomenda-se, também:

1. A criação de um **site exclusivo para o CMS** com acesso diretamente do site da Prefeitura Municipal (ou outro canal de comunicação com a população), para a divulgação do calendário de reuniões, das atividades do Conselho de Saúde e atas de

- reunião, visando a popularização deste órgão em toda a sociedade e a democratização das informações. O conhecimento das ações do Conselho é importante para despertar na comunidade o interesse pelo controle social no próprio dia a dia como exemplo de cidadania para a população;
2. Comunicar, por todos os meios possíveis, o que o CMS faz, sua importância e como a população pode ajudá-lo a cuidar da saúde da comunidade. A **divulgação do Conselho** e dos seus objetivos através de banners nos diversos eventos ou de informações sobre ele nas unidades de saúde faz com que a comunidade local entenda a importância do seu trabalho e o valorize. O apoio da comunidade é fundamental para o amadurecimento e fortalecimento do Conselho de Saúde;
 3. Fabricar camisetas e crachás de identificação com a logomarca criada pelos membros do Conselho, detalhando as suas principais competências para valorizá-los e fazer com que se sintam comprometidos em sua atuação;
 4. As reuniões do Conselho devem ser amplamente divulgadas e abertas à população em geral. Isso é importante para que esta conheça o Conselho de Saúde, pois, a partir do momento em que as pessoas percebem que a atuação do Conselho pode melhorar a qualidade dos serviços de saúde recebidos pela população, terão mais interesse em participar;
 5. A **reformulação do Regimento Interno** visando a ampliação dos membros do Conselho para que a representação seja mais expressiva. Com a ampliação das “cadeiras”, outras entidades existentes e atuantes no município podem ser representadas neste importante Sistema;
 6. Verificar a possibilidade de realizar a eleição dos membros do Conselho de Saúde durante a Conferência de Saúde, buscando dar ampla oportunidade ao envolvimento de toda a sociedade;
 7. A criação dos **Conselhos Locais de Saúde** que poderão ser responsáveis pela fiscalização e acompanhamento dos serviços de saúde, atendimento, entre outras ações, nas diferentes regiões de saúde do município;
 8. A disponibilização de um **veículo** para o uso dos conselheiros (no mínimo, agendamento semanal fixo), a fim de possibilitar as visitas e fiscalização das diversas unidades de saúde;
 9. A criação de um Sistema de Avaliação e Acompanhamento das políticas públicas planejadas/previstas anualmente;

10. A criação de instrumentos de **responsabilização** dos conselheiros por suas resoluções;
11. A criação de sistemas de qualificação com **pré-requisitos mínimos** para que um cidadão se torne um conselheiro, principalmente no que se refere ao entendimento do espaço em que ele vai atuar;
12. A criação de um **Código de Ética e Posturas** face às questões públicas relacionadas à Saúde, com previsão de destituição de qualquer membro que não cumpra com suas funções durante seus mandatos – pertencentes à sociedade civil ou ao poder municipal - de forma a tornar o exercício dos conselhos passível de fiscalização e avaliação.

ANEXOS

ANEXO A - Ficha para análise de conteúdo das atas

FICHA PARA ANÁLISE DAS ATAS (CATEGORIZAÇÃO)

Será categorizado o assunto ao qual o ponto de pauta demandado se refere. Abaixo são apresentadas as categorias que têm como base a pesquisa “Reinventando os mecanismos de inclusão e controle social nos Conselhos de Saúde”, realizada pelo NUPASS (Núcleo de Apoio ao Desenvolvimento da Política de Assistência Social) (2005)⁵⁵

1. **Questões Gerais da Saúde:** questões relacionadas à política de saúde, mas fora do âmbito da gestão do conselho. Fora da esfera de ingerência do CMS, estando mais afeitas ao Estado e Governo Federal;
2. **Gestão Atendimento – Assistência/Atenção em Saúde:** qualidade dos serviços, aspectos relacionados aos recursos humanos, condições de atendimento. (Recursos Humanos, qualidade da atenção, etc);
3. **Gestão Serviços:** serviços de atenção básica – nível primário/ambulatorial relacionados aos postos de saúde;
4. **Gestão Especialidades:** serviços de nível secundário, relacionados aos hospitais, UPA´s, Centro de Reabilitação, entre outros;
5. **Controle da Política de Saúde:** questões relacionadas diretamente à política de saúde (apreciação e estabelecimento de estratégias e diretrizes para a área, apreciação e aprovação dos programas anuais e plurianuais e da proposta orçamentária, normatização das ações e regulação da prestação de serviços, aprovação dos critérios para transferência de recursos);
6. **Controle do Fundo e financiamento da Saúde;**
7. **Organização interna do CMS:** assuntos relacionados à organização e funcionamento do CMS e Comissões;
8. **Violência e Saúde:** denúncias de ações de violência relacionadas aos espaços de atenção e demandas por serviços de segurança nestes espaços;
9. **Convites/Avisos/Manifestações:** informações sobre eventos externos ao CMS, demandas por mobilização tanto de categorias quanto, de forma geral, para questões específicas de saúde, bem como de temas mais gerais;
10. **Controle da Política:** questões não diretamente relacionadas à política de saúde, de abrangência mais ampla.
11. **Coordenação entre os níveis da política de saúde:** aspectos relacionados à interação e coordenação entre as esferas federal, estadual, municipal e entre o nível central do município e os distritos;
12. **Expressão (tematização) de problemas públicos:** apresentação de questões relacionadas ao interesse público e ao bem comum.

⁵⁵ AVRITZER, Leonardo. *et al.* **Reinventando os Mecanismos de Inclusão e Controle Social nos Conselhos.** Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: UFMG, 2005. Adaptado pela pesquisadora.