



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E HUMANAS
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
– PROFIAP**

CARLÚCIO GERMANO DA SILVA

**GESTÃO PÚBLICA, DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO
SOBRE A EFETIVIDADE PARTICIPATIVA DOS CONSELHOS DE SAÚDE DOS
MUNICÍPIOS DA 7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO
CEARÁ**

MOSSORÓ

2019

CARLÚCIO GERMANO DA SILVA

**GESTÃO PÚBLICA, DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO
SOBRE A EFETIVIDADE PARTICIPATIVA DOS CONSELHOS DE SAÚDE DOS
MUNICÍPIOS DA 7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO
CEARÁ**

Dissertação de mestrado apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (PROFIAP/UFERSA), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Lamera Giesta Cabral.

MOSSORÓ

2019

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

G586g GERMANO DA SILVA, CARLÚCIO.
GESTÃO PÚBLICA, DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A EFETIVIDADE PARTICIPATIVA DOS CONSELHOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ / CARLÚCIO GERMANO DA SILVA. - 2019.
176 f. : il.

Orientador: RAFAEL LAMERA GIESTA CABRAL.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural do Semi-árido, Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Administração Pública, 2019.

1. Conselhos de Saúde. 2. Participação. 3. Efetividade. I. LAMERA GIESTA CABRAL, RAFAEL , orient. II. Título.

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.

CARLÚCIO GERMANO DA SILVA

**GESTÃO PÚBLICA, DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO
SOBRE A EFETIVIDADE PARTICIPATIVA DOS CONSELHOS DE SAÚDE DOS
MUNICÍPIOS DA 7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO
CEARÁ**

Dissertação de mestrado apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (PROFIAP/UFERSA), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Aprovado em: 03/04/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael Lamera Giesta Cabral – Orientador e Presidente da Banca
Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFERSA

Prof. Dr. Miguel Eduardo Moreno Anez – Membro Interno
Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFERSA

Prof. Dr. Raimundo Márcio Ribeiro Lima – Membro Externo
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte - UERN

A Jesus Cristo, meu Redentor. A Paula, minha esposa e companheira em todas as horas. A Vera e Lucimar, meus pais, que me deram a vida.

AGRADECIMENTOS

Manifesto minha imensa gratidão a Deus, que me guarda e me defende em todas as circunstâncias. A Ele, pois, toda a minha gratidão.

Agradeço a meus pais, Vera e Lucimar (o velho Abraão), por acreditarem em mim e sempre terem me dado o melhor que podiam. Pela vida, meus pais, obrigado.

Muito obrigado, Paula, minha esposa, por sempre me apoiar e ser minha torcedora número um. Obrigado, meu amor, por sempre estar do meu lado.

Minha gratidão ao Professor Dr. Rafael Lamera, que me acolheu em momento de grande dificuldade nesta pós-graduação. Professor, muito obrigado pelo apoio essencial nesta etapa da minha formação.

RESUMO

A relação gestão pública-democracia-participação é tema cercado de controvérsia e, hoje, considerando o quadro político-administrativo brasileiro, mantém-se alvo de discussão importante. Nesse contexto, pelo presente trabalho, busca-se avaliar a efetividade participativa dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS's) dos municípios que compõem a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Ceará. Faz-se isso em consonância ao marco jurídico e político inaugurado pela Constituição Federal de 1988, sob a luz da teoria da democracia participativa inclusiva. Para isso, parte-se de uma abordagem que arregimenta categorias chave das áreas jurídica e, inelutavelmente, da política, colocando-se em pauta questões estruturais e normativas em paralelo com a proposta metodológica da participação em 4 D's (Densidade, Diversidade, Durabilidade e Capacidade Deliberativa). Busca-se abordar outras alternativas para além das que centralizam nas categorias como cooptação e elites o principal elemento a ser considerado para propor uma imersão quali-quantitativa sobre o processo decisório no âmbito desses colegiados. No campo dos resultados, observa-se uma série de falhas estruturais e descumprimentos de normas e princípios democráticos em prejuízo de uma participação efetiva nesses Conselhos. Em face disso, foi confirmada a hipótese de pesquisa, segundo a qual os CMS's analisados funcionam essencialmente como um foro chancelador de atos e políticas aprioristicamente costuradas pelo Executivo municipal, como consequência da falta de recursos, de uma vocalização fraca, do protagonismo de terceiros que não sejam membros destes foros participativos e pela sedimentação de um desequilíbrio na partilha de poder objetivada pelo legislador constituinte ao instituir a gestão participativa da saúde pública brasileira.

Palavras chave: Conselhos de Saúde, Participação, Efetividade.

ABSTRACT

The public-democracy-participation-management relationship is a subject surrounded by controversy, and today, considering the Brazilian political-administrative framework, it remains a subject of important discussion. In this context, the present work seeks to evaluate the participatory effectiveness of the Municipal Health Councils (CMS's) of the municipalities that compose the 7th Regional Health Coordination (CRES) of Ceará. This is in line with the legal and political framework inaugurated by the Federal Constitution of 1988, in the light of the theory of participatory inclusive democracy. In order to do so, it is based on an approach that brings together key categories of the legal areas and, ineluctably, the policy, putting structural and normative issues in parallel with the methodological proposal developed by participation in 4 D's (Density, Diversity, Durability and Deliberative Capacity). It is tried to approach alternatives other than those that centralize in the categories like cooptation and elites the main element to be considered to propose a quali-quantitative immersion on the decision-making process in the scope of these collegiate. In the field of results, there is a series of structural failures and non-compliance with democratic norms and principles, to the detriment of effective participation in these Councils. As a result, the research hypothesis was confirmed, according to which the analyzed CMS function essentially as a chancellor of acts and policies aprioristically stitched by the municipal executive, as a consequence of the lack of resources, of a weak vocalization, of the protagonism of third parties who are not members of these participatory forums and the sedimentation of an imbalance in the power sharing objectified by the constituent legislator when instituting participatory management of Brazilian public health.

Keywords: Health Councils, Participation, Effectiveness.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Mapa da 7ª CRES no Ceará.....	21
Figura 02 – Relação entre liberalização e inclusividade proposta por Dahl (1997).....	43
Figura 03 – Mapa da 7ª CRES – Ceará.....	57
Figura 04 – Estrutura organizacional do CNS.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Relação das leis de aprovação do CPSMAR.....	22
Quadro 02 – Estatísticas dos municípios da 7ª CRES.....	59
Quadro 03 – Conselhos Gestores de cada município.....	62
Quadro 04 – Composição de cada Conselho Municipal de Saúde.....	65
Quadro 05 – Mudanças de entidades com representação nos CMS's.....	69
Quadro 06 – Formas de escolha dos conselheiros por segmento.....	71
Quadro 07 – Composição dos CMS's.....	72
Quadro 08 – Funcionamento e infraestrutura.....	77
Quadro 09 – Recursos nos CMS's.....	82
Quadro 10 – Regimento permite a participação/fala de sujeitos externos?.....	84
Quadro 11 – Quantidade de reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas por ano.....	94
Quadro 12 – Sessões ordinárias que não ocorreram (nessas, estão contidas as que não aconteceram por falta de quórum).....	96
Quadro 13 – Sessões ordinárias não realizadas por cada mês para todos os quatro CMS's.....	100
Quadro 14 – Quem define a pauta conforme os Regimentos Internos.....	104
Quadro 15 – Sessões efetivadas por cada Conselho entre 2010 e 2018.....	106
Quadro 16 – Tipos de quórum por decisão.....	111
Quadro 17 – Percentuais dos atos de fala por segmento para cada assunto – CMS Aracati.....	134
Quadro 18 – Percentuais dos atos de fala por segmento para cada assunto – CMS Fortim.....	137
Quadro 19 – Percentuais dos atos de fala por segmento para cada assunto – CMS Icapuí.....	138
Quadro 20 – Percentuais dos atos de fala por segmento para cada assunto – CMS Itaiçaba.....	140

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Percentual de falas por segmento em cada CMS.....	86
Gráfico 02 – Total de reuniões ordinárias que não ocorreram por falta de quórum.....	100
Gráfico 03 – Reuniões (ordinárias e extraordinárias) sem pauta definida.....	105
Gráfico 04 – Tipos de atos de fala por conselho.....	119
Gráfico 05 – Distribuição dos atos de fala por segmento – CMS Aracati.....	122
Gráfico 06 – Distribuição dos atos de fala por segmento – CMS Fortim.....	126
Gráfico 07 – Distribuição dos atos de fala por segmento – CMS Icapuí.....	128
Gráfico 08 – Distribuição dos atos de fala por segmento – CMS Itaiçaba.....	131
Gráfico 09 – Quantidade de Resoluções aprovadas para cada assunto por CMS.....	144

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
CE	Ceará
CESAU	Conselho Estadual de Saúde do Ceará
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPSMAR	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Aracati
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DST's	Doenças sexualmente transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMP	Índice Municipal de Participação
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MP	Ministério Público
ONG's	Organizações Não Governamentais
PIB	Produto Interno Bruto

PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PSF	Posto da Saúde da Família
PRODEP	Projeto Democracia Participativa
RAG	Relatório Anual de Gestão
RI	Regimento Interno
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Percurso Metodológico.....	20
2	DEMOCRACIA: PARTICIPAÇÃO, DELIBERAÇÃO E EFETIVIDADE....	30
2.1	Participação Social	36
2.2	Deliberação	40
2.3	Efetividade	45
3	CONSELHOS GESTORES: RECEPÇÃO COMO PRÁTICA DELIBERATIVA, CONSIDERAÇÕES CRÍTICO-TEÓRICAS E NORMATIZAÇÃO.....	50
3.1	Normatividade – do nacional ao local	52
3.2	A 7ª CRES e seus quatro CMS's: explicações sobre questões estruturais	57
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: A Participação em 4 quatro D's	60
4.1	Densidade	60
4.2	Diversidade	64
4.2.1	Representatividade	64
4.2.2	Estrutura Organizacional	72
4.2.3	Vocalização	83
4.3	Durabilidade	93
4.4	Capacidade Deliberativa	102
4.4.1	Processo Deliberativo	104
4.4.1.1	Processo de Votação.....	110
4.4.2	Análise dos atos de fala por Conselho.....	117
4.4.3	Análise dos atos de fala por Segmento.....	122
4.4.4	Capacidade de Agenda.....	133
4.4.5	Capacidade e Força Decisória.....	141
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS, PROPOSTAS E ENCAMINHAMENTOS.....	149
	REFERÊNCIAS	170
	ANEXO L.....	176

INTRODUÇÃO

Após vários períodos de lutas sociais, a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) inaugurou, no sentido jurídico-positivo, uma nova ordem democrática participativa. A partir daí foi oportunizada à sociedade civil a participação na construção jurídico-administrativa brasileira, o que se fez notar especialmente com o modelo político-participativo que emoldura a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto no artigo 198, III CF/88 (BRASIL, 1988). No âmbito infraconstitucional, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, normatizou o funcionamento do SUS e em seu art. 7º, VIII, apontou a participação da comunidade como diretriz desse Sistema, atendendo ao mandamento constitucional de gestão participativa da saúde pública.

Nesse sentido, a pretexto de explicar os influxos participativos no Brasil, Avritzer (2008) aponta que existiriam basicamente três desenhos institucionais que esteiam os processos de participação popular na democracia brasileira, quais sejam: Orçamento Participativo, Plano Diretor Municipal e os Conselhos Gestores de Políticas Públicas.

Último desses três modelos, os CMS's, despontam como mecanismo de participação e controle social com grande potencial democrático. Eles, teoricamente, possuiriam a função de trazer a sociedade civil para o campo do processo decisório das políticas públicas e do controle social dos atos estatais na gestão da saúde. É justamente esse trabalho “colaborativo”, muitas vezes sede de renhida pressão plurilateral, que Avritzer (2008) chama de desenho institucional de partilha de poder, ao referir-se à maneira como estão estruturados esses Conselhos.

No campo normativo, os CMS's tiveram sua institucionalização em âmbito nacional com a vigência da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990). Essa lei, em seu artigo 1º, §2º, considerando os CMS's como uma instância colegiada, prescreve que essas instituições, em caráter permanente e deliberativo, serão compostas por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 1990).

Ademais, ainda em relação à composição desses colegiados, é importante destacar que a distribuição das vagas deve ser na proporção de 50% para representantes dos usuários, 25% para indicados pelo governo e os 25% restantes para profissionais da saúde e prestadores de serviços de saúde no âmbito do SUS, conforme se extrai da Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003). Essa formatação dos CMS's, ao mesmo

tempo em que promove o enriquecimento do debate pela atuação de diferentes segmentos, confere maior importância à presença de representantes do segmento usuário porque reserva metade dos assentos a esse grupo, reforçando a intenção do constituinte de trazer a sociedade civil para o centro da gestão e do controle da política de saúde.

Partindo para o âmbito da atuação, essas duas leis, dentre outras atribuições, investem os CMS's de uma função ambivalente, que associa o controle e a proposição política na saúde local numa estrutura procedimental deliberativa. Entretanto, nota-se uma tendência já na própria legislação de priorizar o plano do controle em relação à participação no processo político. Tanto assim que a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, em um dos vários trechos que tratam desses colegiados, dispõe, em seu art. 33, que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial e movimentados sob a fiscalização dos respectivos CMS's, deixando em branco questões como estrutura organizacional, independência institucional e requisitos mínimos de efetividade (BRASIL, 1990).

Por sua vez, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, acompanhando essa inclinação mais ao controle, embora sua ementa preveja o tratamento de questões concernentes à participação da comunidade na gestão do SUS, concentra sua força normativa majoritariamente em disposições e requisitos para o repasse de recursos aos municípios. É justamente isso que se extrai do art. 4º e seus incisos, que prescrevem os requisitos para que municípios, estados e o Distrito Federal recebam transferências de recursos financeiros da União.

Noutro plano, essa mesma lei, em seu artigo 3º, §3º, prevê que “os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei” (BRASIL, 1990). Essa previsão tem motivação fática na histórica dificuldade apresentada pelos entes locais na gestão das políticas em geral, fruto do processo de descentralização subitamente promovido com a CF/88, que colocou os municípios pela primeira vez na categoria de ente federativo e os incumbiu da difícil da gestão da saúde.

Essa possibilidade de associação de entes federativos via Consórcio Público, somente 15 anos depois de prevista na Lei 8.142 de 28, de dezembro de 1990, foi normatizada pela Lei 11.107, de 06 de abril de 2005, e regulamentada pelo Decreto 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Dentre os vários formatos de consórcio possíveis, tem-se adotado como estratégia a reunião de interesses entre municípios com realidades parecidas para a área da saúde. No Ceará, por exemplo, é ampla a utilização dessa estrutura administrativa para prestação de assistência de saúde de média e alta complexidade, execução de projetos e programas de

saúde, aquisição de insumos, coleta de resíduos hospitalares, manutenção equipamentos, exames laboratoriais, diagnóstico por imagem, etc. (CEARÁ, 2010).

Uma dessas chamadas autarquias interfederativas é o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Aracati (CPSMAR), que presta, atualmente, serviços de saúde para usuários dos municípios de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba. Essa autarquia é fruto de um pacto promovido entre os municípios mencionados e o Estado do Ceará, e que dá cumprimento a uma política de regionalização dos serviços de saúde. Esse processo de existência no plano jurídico deu-se através do necessário protocolo de intenções assinado pelos Chefes do Executivo municipal, que foi posteriormente ratificado pelos respectivos Legislativos, conforme o art. 6º, I, da Lei 11.107, de 06 de abril de 2005 (BRASIL, 2005).

Ainda a respeito do processo de regionalização da saúde no Ceará, nota-se que esse estado é dividido em cinco Macrorregiões de Saúde (1. Fortaleza; 2. Sobral; 3. Cariri; 4. Sertão Central; e 5. Litoral Leste/Jaguaribe), conforme mapa da do Anexo I.¹ Essas Macrorregiões estão repartidas em 22 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES). Sendo uma dessas 22, a 7ª CRES engloba os municípios de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba, os quais também são os integrantes do CPSMAR. Eis, portanto, uma dupla coincidência que qualifica a importância científica desse grupo de quatro municípios em relação à política de saúde pública, que é o fato de serem, ao mesmo tempo, partes de uma mesma regional de saúde e de um consórcio público para assistência em saúde.

Nesse sentido, considerando que é a partir da vigência das leis que ratificam o protocolo de intenções que se tem o início da personalidade jurídica do CPSMAR e que, dentre os entes consorciados, o último cujo Legislativo aprovou, pela Lei 526, de 17 de maio de 2010, foi Icapuí, elege-se essa data como marco inicial desta pesquisa. O lapso final, por sua vez, está fixado em 17/05/2018, pois foi nesse momento que começou a coleta dos dados e documentos a serem analisados neste trabalho, perfazendo, assim, um total de 08 (oito) anos para o corte temporal deste estudo.

No caso, considerando que os municípios 7ª CRES estruturam e compõem o CPSMAR, o leque de situações passíveis de controle e participação social aumenta, considerando que foi construída e posta em funcionamento a Policlínica José Hamilton Saraiva Barbosa em Aracati para atender a usuários dos quatro municípios dessa regional. São novas e específicas relações e serviços públicos de saúde que, sendo prestadas na instância regional, tornam possível, ao menos teoricamente, um maior e mais efetivo

¹ Disponível em <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/pdf/CRES.pdf>. Acessado em 01/03/2019.

controle dos usuários via CMS's desses municípios consorciados. É dizer, se antes muitos desses serviços eram acessíveis apenas em Russas e Fortaleza, por exemplo, hoje estão sendo prestados a nível microrregional, viabilizando o controle por parte de quem é atendido.

Diante disso, sob o ponto de vista científico, a análise da efetividade democrática dos CMS's da 7ª CRES, além das questões teóricas que permeiam a relação Administração-Política-Democracia, projeta-se com exponencial importância face ao papel constitucional atribuído à participação social no processo político da gestão da saúde pública. A esse respeito, inclusive, vários estudos foram empreendidos para se averiguar a participação social por esse tipo de organização, a exemplo de Escorel e Moreira (2010, 2012), Almeida (2010), Gohn (2011), Avritzer *et al* (2007) e Avritzer *et al* (2010).

Noutro passo, sob o prisma sociopolítico, justifica-se igualmente a pertinência da abordagem proposta diante, por exemplo, da implementação de cortes orçamentários, especialmente com a limitação imposta pela instituição do “teto dos gastos públicos” pela Emenda Constitucional nº 95/2017 (BRASIL, 2017), a revelar a tomada de decisões estruturais sobre a saúde exclusivamente pela via representativa, sem submissão ao debate público prévio.

Nesse sentido, parte-se do pressuposto teórico segundo o qual o histórico protagonismo dos mandatários no processo político e o correlato papel essencialmente secundário ou meramente legitimador desempenhado pelo cidadão estão dando lugar à atuação de uma sociedade civil minimamente organizada (GOHN, 2011). Considera-se como se não fosse mais suficiente a democracia apenas na forma representativa tradicionalizada na República Brasileira, com controle e participação social prática e unicamente exercidos nas eleições periódicas de representantes do povo.

É com base nisso que esta pesquisa promove um estudo de caso em formato comparativo sobre a efetividade participativa dos CMS's que compõem 7ª CRES e o CPSMAR, a saber: Aracati, Fortim, Icapuí e Itaíçaba. Desse modo, figura como objetivo principal avaliar a efetividade da atuação desses CMS's na promoção da participação popular na gestão das políticas públicas de saúde sob a perspectiva da teoria democrática participativa.

Em termos específicos, tem-se secundariamente os objetivos de: 1. Investigar o comportamento dos representantes dos segmentos usuário, governo e profissionais e prestadores de serviços de saúde durante o processo deliberativo que caracteriza esses colegiados; 2. Analisar a composição e distribuição das vagas de conselheiros; 3. Analisar o

conteúdo e a quantidade dos atos de fala de cada segmento representado nos quatro CMS's; 4. Examinar a resolutividade das soluções adotadas pelos membros via Resoluções e encaminhamentos de Denúncias ao Ministério Público (MP); e 5. Identificar possíveis “problemas de efetividade”, que são, em resumo, situações que dificultam uma participação efetiva da comunidade na gestão e controle da política de saúde nesses quatro municípios.

Como hipótese empírica, considera-se que, menos que colaboração na formação da agenda política, a atuação desses Conselhos tem-se prestado majoritariamente ao cumprimento de deveres federativos, como é o caso do repasse de recursos para a saúde municipal, que fica condicionado à verificação de mínimos de participação social na formulação da política e controle das contas na saúde. Essa é, a propósito, a tese defendida por Avritzer *et al* (2010, p. 14), para quem “o pressuposto desse método é que instituições participativas podem deliberar sobre elementos importantes das políticas públicas nas áreas de saúde ou de políticas urbanas, ou podem se constituir em meros órgãos corroboradores dessas políticas”. Complementarmente, assume-se como parte da hipótese que essa atuação figurativa resulta de uma cadeia causal enfraquecedora que envolve o descumprimento de normas legais na regulamentação por leis municipais e pelo próprio Regimento Interno desses Conselhos.

No campo metodológico, utiliza-se parcialmente a proposta da “Participação em 4 D's”, traçada por Avritzer *et al* (2010). Essa sistemática trabalha com uma análise comparativa sobre uma pluralidade de municípios na esteira da: a) Densidade; b) Diversidade; c) Durabilidade; e d) Capacidade Deliberativa dos quatro CMS. Cada um desses indicadores tem uma função específica na análise de efetividade de Conselhos Gestores, proporcionando uma perspectiva múltipla de estudo do objeto proposto, comportando tanto aspectos quantitativos quanto qualitativos.

A Densidade trabalha basicamente com a quantidade e a variedade de conselhos gestores que existam nas diversas políticas públicas e proporciona, dentre outras perspectivas, avaliar a vontade política do Executivo municipal em promover a participação popular. A Diversidade viabiliza o estudo de variáveis como a representatividade, a estrutura organizacional e a vocalização dos segmentos representados no curso das discussões. A Durabilidade, por sua vez, torna possível averiguar se ocorre o que se chama de solução de continuidade na atuação dos CMS's ao longo do período analisado e, qualificando a análise, permite inferências sobre possíveis causas para a não atuação desses colegiados em dado momento no curso do corte temporal proposto.

A Capacidade Deliberativa é o indicador que viabiliza a análise dos resultados do processo deliberativo que norteia a participação popular via Conselhos Gestores com a avaliação do processo e dos quóruns de votação, dos tipos de atos de fala manifestados, dos assuntos discutidos pelos conselheiros, da capacidade de agenda e da capacidade/força decisória desses CMS's com base no encaminhamento de votações via Resoluções, que são de homologação e observância obrigatória pelo Executivo municipal, e o envio de denúncias ao Ministério Público.

Por fim, destaca-se que esses 4 D's servem de base à formação do Índice Municipal de Participação (IMP).² Quanto a isso, impõe-se esclarecer que não está no objetivo deste trabalho ranquear ou classificar os resultados desses municípios à luz do IMP, eis que se trabalha aqui a aplicação dos indicadores 4 D's apenas aos CMS's dos municípios da 7ª CRES e o IMP exige cruzar resultados de conselhos gestores de várias pastas com índices nessas respectivas áreas de atuação estatal.

Estruturalmente, este trabalho divide-se em cinco capítulos. No primeiro abordam-se esta introdução e os aspectos metodológicos, explicando-se a delimitação geográfica e temporal da pesquisa, bem como uma passagem ligeira pelas principais categorias teóricas que norteiam a análise proposta. No segundo capítulo são apresentadas com maior profundidade questões teóricas sobre democracia, participação, deliberação e efetividade. No terceiro capítulo, encerrando o referencial teórico, aborda-se um breve panorama histórico dos conselhos de saúde no Brasil, qualificando-se a abordagem com aspectos da participação popular a nível regional e estadual na esteira de Avritzer *et al* (2007). No quinto capítulo tem-se a apresentação dos resultados à luz da Participação em 4 D's (AVRITZER *ET AL*, 2010) com a confirmação da hipótese de pesquisa aqui levantada; e, em arremate, no quinto são feitas considerações finais com algumas proposições para melhoria no quadro participativo dos CMS's da 7ª CRES do Ceará.

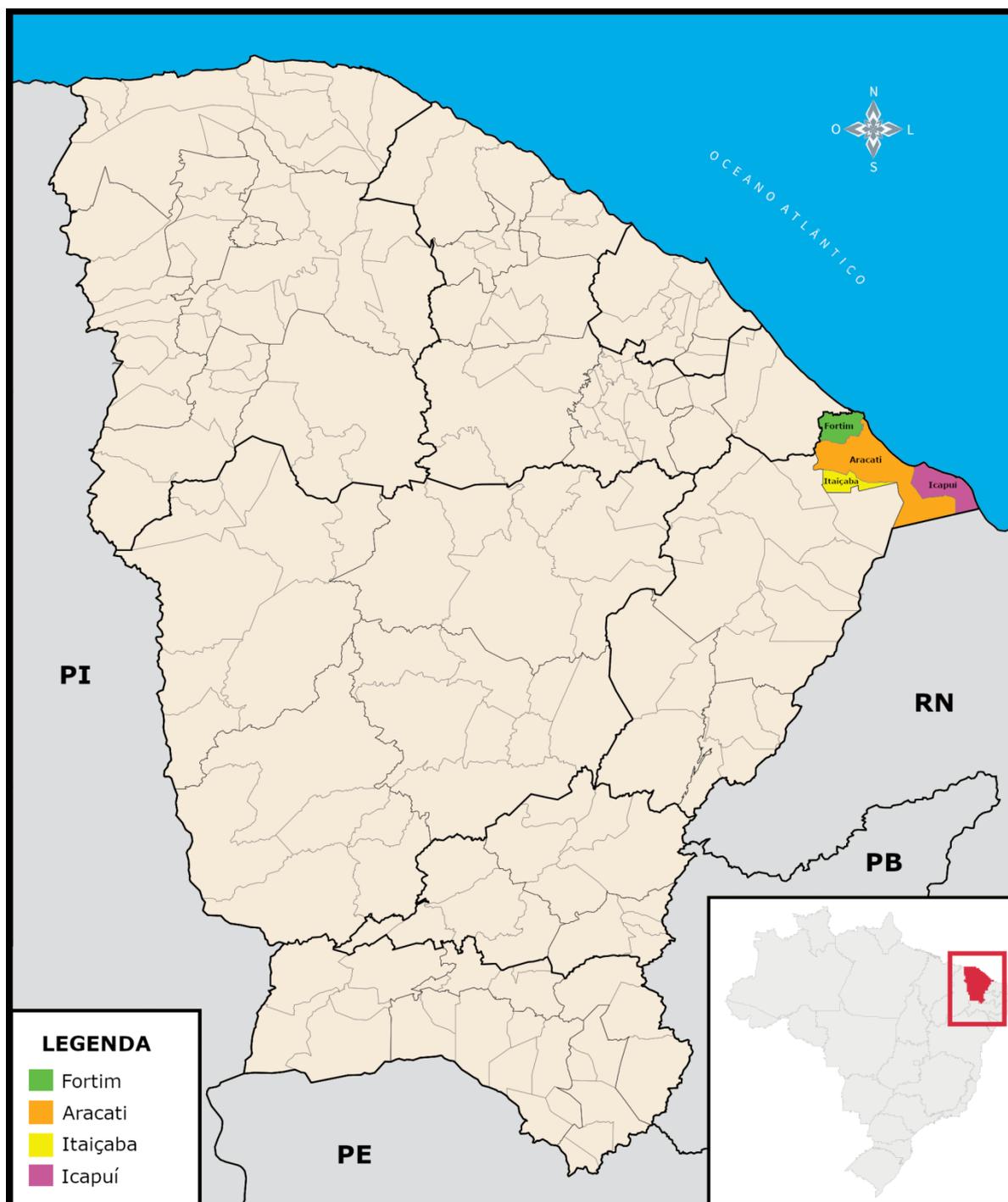
1.2 Percurso Metodológico

Esta pesquisa está estruturada nos moldes de um estudo de caso, viabilizado pela análise comparativa entre os CMS's de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba. Esses quatro

² Esse índice foi desenvolvido por Avritzer e outros pesquisadores e foi abordado na obra *A dinâmica da participação local no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010, e considera mais de 20 cidades de grande e médio porte, como capitais, por exemplo.

municípios compõem a 7ª CRES e estão consorciados no CPSMAR. Geograficamente estão dispostos conforme o mapa abaixo:

Figura 01 – Mapa da 7ª CRES no Ceará



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação aos contornos desta pesquisa, tem-se que o recorte geoadministrativo sustenta-se em razão dos municípios de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaíçaba comporem a 7ª

CRES e terem instituído, com a participação do Estado do Ceará, o CPSMAR. Esse formato de arranjo interfederativo já é prática corrente nesse estado e dá cumprimento à política de regionalização dos serviços de saúde dos municípios cearenses (JULIÃO, 2018).

Nesse aspecto, justifica-se a escolha desse grupo de municípios para aplicação desta pesquisa, considerando especialmente que, além de comporem uma microrregião de saúde, a partir do momento em que estruturam um consórcio público de saúde desse nível, passam a dividir um amplo campo de interesses e obrigações na prestação de serviços de saúde. É como se, ao terem um conjunto de serviços maior que antes, seja pela maior disponibilidade financeiro-orçamentária decorrente da contribuição pactuada no contrato de rateio de recursos pelos municípios seja por qualquer outro motivo, atraíssem a participação popular pela multiplicação das situações de controle e pelo aumento da população usuária apta a participar do processo político.

Relativamente aos limites temporais desta pesquisa, fazendo-se uma digressão normativa, tem-se que o art. 5º, I, da Lei 11.107, 06 de abril de 2005, dispõe que “o contrato de consórcio público será celebrado com a ratificação, mediante lei, do protocolo de intenções”. Em vista disso, adota-se como início do recorte temporal desta pesquisa a data de publicação da última Lei Municipal que ratifica o protocolo de intenções celebrado pelos municípios da amostra. Assim, apresenta-se a seguir um quadro com as Leis e datas de aprovação pelas Câmaras dos Vereadores dos respectivos municípios da 7ª CRES.

Quadro 01 – Relação das leis de aprovação do CPSMAR

Município	Lei nº	Aprovação
Aracati	314/09	05/10/2009
Fortim	357/10	22/03/2010
Icapuí	526/10	17/05/2010
Itaiçaba	355/09	12/11/2009

Fonte: Elaborado pelo autor com informações extraídas do art. 10 do Estatuto do CPSMAR (CEARÁ, 2014).

Por isso, considerando que, dentre os entes consorciados, o último cujo Legislativo aprovou o protocolo de intenções, pela Lei nº 526, de 17 de maio de 2010, foi o município de Icapuí, elege-se essa data como marco inicial desta pesquisa. O lapso final, por sua vez, está fixado em 17/05/2018, pois é nesse mês que começa a coleta dos dados e documentos a serem analisados neste trabalho, perfazendo-se, assim, um total de 08 (oito) anos para o corte temporal deste estudo.

Ademais, importa destacar que esse período selecionado para a presente pesquisa é suficiente à análise de alguns indicadores específicos, (como é o caso da Densidade e da Durabilidade que se associam bastante ao fator temporal), como se verá adiante, não sendo curto, de modo a produzir um resultado raso, nem longo demais, de modo a se empreender esforços e recursos desnecessários ao atingimento dos objetivos traçados.

Compreendidos os limites geográficos e temporais que emolduram esta pesquisa, apresenta-se breve discussão sobre o do caminho percorrido pelos pesquisadores brasileiros neste campo de pesquisa. Em seguida, abordam-se especificamente os indicadores utilizados para avaliar a efetividade participativa dos conselhos de saúde dos municípios da 7ª CRES do Ceará.

Nesse sentido, aponta-se que, relativamente a aspectos metodológicos, tem-se notícia de que até pouco tempo muitas pesquisas a respeito da participação popular via conselhos gestores desenvolviam-se majoritariamente sob o prisma de categorias como a cooptação e a institucionalização sob o prisma eminentemente normativo, conforme trabalhado por Faria (2007). Posteriormente, avançou-se rumo a outras metodologias, como a dos estudos de municípios em pares comparados, que fora trabalhada por Baiocchi (2007) e Pires e Thomas (2007).

Em um terceiro momento científico, seguindo uma linha metodológica diferenciada, Avritzer *et al* (2010) propõem uma análise comparativa entre conselhos gestores de políticas públicas de cerca de 27 municípios diferentes e de variados portes e não mais em pares. Além disso, as categorias teóricas também evoluem, saindo-se de uma perspectiva de análise essencialmente numérica, quantitativa dos Conselhos Gestores para o trabalho sob um prisma multidimensional, que arregimenta variáveis também qualitativas, como é o caso da representação, vocalização, capacidade de agenda, por exemplo.

A essa metodologia os autores chamam de “Participação em 4 D’s”. Esses 4 D’s compõem o que se chama de IMP, que é um índice que resume a situação da participação no âmbito municipal, basicamente, através do cruzamento de informações obtidas pela aplicação dos quatro indicadores aqui trabalhados com índices de educação, saúde e assistência social, por exemplo, para verificar os impactos da participação via Conselhos Gestores no desenvolvimento local nas mais variadas áreas da atuação estatal.

À vista disso, considerando que neste trabalho tenciona-se analisar Conselhos Gestores de quatro municípios, mas restritamente à área da saúde, por mais que se utilize os 4 D’s, não figura o objetivo de ranquear os CMS’s estudados no IMP, mas, isto sim, de utilizar esses indicadores como norte na prospecção daquilo que possivelmente se constitua

em obstáculos/desafios à efetividade participativa no âmbito desses colegiados. De modo mais simples, enquanto o IMP considera aspectos externos à atuação dos CMS's em paralelo com Conselhos Gestores de outras áreas, nesta pesquisa faz-se uma análise específica sobre o processo deliberativo participativo dos CMS's sem abordar, por exemplo, quantidade de atendimentos de saúde em cada município ou número de vacinações.

Na “Participação em 4 D's” Avritzer *et al* (2010) trabalham a efetividade participativa à luz de um grupo de quatro indicadores: a) Densidade; b) Diversidade; c) Durabilidade; e d) Capacidade Deliberativa. Cada um desses indicadores subdivide-se em variáveis ou subindicadores que orientam o entendimento dos resultados apresentados pelos Conselhos Gestores avaliados.

Nessa lógica, tendo já sido explicado na introdução em que consiste cada um dos 4 D's, convém traçar uma subdivisão desses indicadores e explicar cada um de seus subcomponentes. A Densidade, sendo um dos mais simples desses indicadores, serve especialmente para análises como a que Avritzer *et al* (2010) fizeram, que parte de uma comparação entre Conselhos Gestores não só da saúde mas também de outras pastas. Não obstante tratar-se neste trabalho especificamente de CMS's, tem-se a Densidade como útil ao entendimento do processo deliberativo desenvolvido no âmbito desses colegiados, se não para mensurar ou ranquear os municípios quanto ao número de Conselhos que possuam, para entender a vontade política do Executivo municipal conforme se verifique a criação de Conselhos para gestão de políticas mais atuais e minoritárias, por exemplo.

A Durabilidade, por sua vez, consiste basicamente em analisar a relação decurso do tempo *versus* funcionamento dos CMS's para aferir se há solução de continuidade na execução das atividades desses colegiados. Parte-se da pergunta disparadora “como um Conselho pode ser efetivo de portas fechadas?” para se entender a necessidade de verificar o quanto os CMS's funcionaram ou não.

Para isso, considera-se que se tem normalmente dois formatos de reuniões, a ordinária e a extraordinária. Em geral, as sessões ordinárias servem para o tratamento de questões de rotina, sem urgência que justifique a convocação e o comparecimento súbito dos conselheiros. Nelas são abordados assuntos como gestão de serviços e de atendimento e reclamações sobre o funcionamento dos serviços de saúde. As extraordinárias, por outro lado, pressupõem situações excepcionais que justificam a convocação imediata dos membros para deliberarem sobre algum ponto específico ou mesmo para se dar posse a novos conselheiros para início de um novo mandato.

Face a isso, os estudos de Avritzer *et al* (2010) levam em conta a manutenção do funcionamento dos Conselhos de Saúde, Educação e Assistência Social dos municípios analisados durante das gestões, sem explicitar, por exemplo, a quantidade de meses que esses colegiados ficaram sem funcionar. Essa perspectiva serve bem quando se está tratando de várias áreas de atuação estatal (como é o caso dos autores) e se considera um período de análise desde o surgimento do colegiado em questão.

Neste trabalho, nem uma coisa nem outra. Não se tem várias áreas da política estatal, apenas a saúde; e também não se considera um período flexível a variações, mas fechado, de 08 (oito) anos, compreendendo de 17 de maio de 2010 a 17 de maio de 2018.

No caso, considerando que não necessariamente um CMS em exercício de seu mandato promoverá reuniões extraordinárias (com exceção daquela que dá posse a seus novos membros), tem-se por adequado adotar como referência a quantidade de sessões ordinárias que ocorreram durante o ano. Além disso, seria ainda necessário estabelecer um parâmetro que norteie a conclusão sobre a durabilidade.

A esse respeito, é interessante notar que mesmo Avritzer *et al* (2010) trabalharam a Durabilidade levando em conta a relação causa-efeito entre as mudanças de gestões no Executivo Municipal, avaliando a vontade política do gestor público. Neste trabalho, porém, serão considerados também os períodos em que houve transição nos próprios CMS's, relacionando questões como capacitação e ruptura do processo de aprendizado sobre participação popular nesses colegiados.

Finalmente, resta saber como será definido se há ou não solução de continuidade nesses colegiados. Para isso, não tendo encontrado um critério específico em outros trabalhos sobre esse assunto, optou-se por estabelecer três níveis de alocação dos resultados. Desse modo, será considerado “Muito Descontínuo” o CMS que possua mais de 40% de suas reuniões ordinárias não realizadas; “Descontínuo” aquele que apresente mais de 20% e menos de 40% de ordinárias não realizadas; e “Contínuo” aquele que apresente até 20% de ordinárias não realizadas.

Já a Densidade visa trabalhar uma perspectiva mais relacionada à teorização trabalhada por Dahl (2001), ao propor uma inclusão de diferentes segmentos e atores sociais o mais ampla e variada possível. Na Densidade, qualifica-se a discussão aqui proposta pela aferição da distribuição dos atos de fala entre os segmentos representados nos CMS's; a esse processo de distribuição dos atos de fala dá-se o nome de vocalização. Essa categoria é amplamente trabalhada por Avritzer (2008), e compõe o que se pode chamar de segunda

onda metodológica em pesquisa de efetividade participativa em Conselhos Gestores, anteriormente explicada.

Para balizar a análise dos resultados em relação à vocalização, tendo em vista a proporção adotada pela legislação ao dispor que 50% das vagas dos CMS's devem ser ocupadas por conselheiros representantes do segmento usuário, será considerada essa proporcionalidade na distribuição dos atos de fala. Assim, aqui também serão adotados três níveis de resultado para a vocalização do segmento usuário: Muito Vocalizado, se for superior a 40%; Vocalizado, se superior a 30%; Pouco Vocalizado, se inferior a 30%; e se for abaixo de 20% será considerado não vocalizado.

Outra variável que compõe o quadro de análise da Densidade é a representatividade. Ela consiste na avaliação da composição dos CMS's, de modo a se verificar questões como inclusão pela variedade de entidades e comunidades representadas pelos conselheiros, quais são as origens dos membros dos colegiados, a alternância na distribuição das vagas, entre outros detalhes porventura identificados no processo de escolha dos representantes.

Complementarmente, a Densidade é completada pela análise da estrutura organizacional. Nessa altura do trabalho, serão analisadas questões como disponibilidade de recursos como equipamentos, veículo próprio, estrutura física e apoio administrativo para o desenvolvimento das atividades desses Conselhos. Além disso, faz-se um comparativo dos organogramas dos quatro CMS's em relação à estrutura proposta pela regulamentação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) por meio de suas Resoluções. É, portanto, na análise da estrutura organizacional que se verifica se os colegiados estudados estão adequadamente compostos e, se não, como isso impacta seu funcionamento. Este último ponto qualifica a análise, pois não basta apenas saber como está composto um CMS, mas importa tanto quanto ou mais ainda verificar se suas subestruturas são figurativas ou atuam adequadamente.

Ao fim, completando o grupo dos 4 D's, tem a Capacidade Deliberativa, que consiste numa avaliação de características do Regimento Interno e os registros lançados nos livros de atas, verificando-se a capacidade dos representantes do segmento usuário de participar dos debates nos CMS's. Nesse propósito, dá-se ênfase aos processos de formação e alteração da pauta, quóruns de aprovação das matérias, temáticas objeto de votação, tipos de proposições (debates, denúncias, contestação e demanda), análise dos assuntos tratados nos atos de fala (controle financeiro, controle fiscalização, gestão de atendimento e serviços, aprovação de projetos do Executivo, aprovação de contas do Executivo, organização interna e novos

projetos e o conteúdo das decisões), o encaminhamento de denúncias ao MP e o conteúdo das decisões formalizadas via Resoluções.

Tem-se, portanto, que a Capacidade Deliberativa se subdivide em três dimensões para análise. A primeira delas seria de caráter procedimental e visa avaliar os processos de formação e alteração das pautas das reuniões, os quóruns de aprovação das matérias e as temáticas objeto de votação. Em um segundo momento abordam-se quatro categorias de atos de fala, as quais foram trabalhadas por Avritzer *et al* (2010): debates, denúncias, contestação e demanda. Cada uma dessas categorias de atos de fala tem sua importância no entendimento tanto dos aspectos quantitativos quanto em relação aos qualitativos. De modo mais claro, é a partir da análise dos tipos/categorias de atos de fala aqui considerados que se poderá verificar quem fala e o quanto se fala em cada segmento de conselheiros dos quatro CMS's estudados.

Os debates são falas caracterizadas por uma menor contraposição entre os interlocutores, os quais, por mais que diverjam sobre determinado ponto posto em discussão, o fazem de modo mais consensual, transigente, direcionando-se ao consenso. As contestações, por outro lado, revestem-se de um caráter mais dissonante, que se afasta da busca pelo consenso e se aproxima mais do interesse em definir a quem assiste a razão. As falas categorizadas como demandas, por seu turno, veiculam solicitações de informações, esclarecimentos, providências e ações em serviços de saúde pública, como, por exemplo, a solicitação de contratação de profissionais e a aquisição de insumos para determinada unidade de saúde.

Por último, destaca-se a denúncia, que, longe de ser um ato de fala simples, por parecer reduzida ao relato de suposta irregularidade na gestão ou execução de serviços de assistência à saúde pública, traz consigo uma carga de responsabilidades na apuração minimamente racional dos atos ou fatos e enfrenta aspectos de independência institucional para que seja posta em discussão nas sessões dos CMS's. É nesse âmbito que entra a consulta formal às Promotorias de Justiça de cada um desses municípios com a finalidade de saber se, durante o período analisado, os CMS's enviaram representações/denúncias para apuração.

Intermediariamente, tem-se a análise dos assuntos tratados nos atos de fala de cada sujeito que tome a palavra nas reuniões desses colegiados. Assim, tomando por referência os trabalhos de Cunha (2010), os assuntos discutidos nos CMS's serão distribuídos em sete tipos: controle financeiro, controle fiscalização, gestão de atendimento e serviços, aprovação de projetos do Executivo, aprovação de contas do Executivo, organização interna e novos

projetos e o conteúdo das decisões. Como se verá na apresentação e discussão dos resultados, cada um desses assuntos serve ao entendimento da situação desses Conselhos e, paralelamente, confirmar ou não a hipótese de pesquisa apresentada na introdução, para dizer se esses colegiados estão ou não na condição de instância meramente chancelatória de atos e políticas aprioristicamente desenhadas, formuladas pela gestão do Executivo municipal.

Em relação a esses atos de fala e demais recortes das atas das sessões que serão apresentados ao longo do texto, para preservar a identidade dos interlocutores, serão utilizados os seguintes códigos seguidos de números: S.U. para conselheiros do segmento usuário; S.G. para conselheiros do segmento governo; S.P. para conselheiros do segmento profissional e o codinome Terceiro para designar sujeitos externos aos CMS's.

Por fim, serão analisadas as votações encaminhadas via Resoluções, visto ser esse um caso em que o Executivo municipal deve obrigatoriamente homologar e fazer cumprir o teor dessas decisões colegiadas. As Resoluções tanto podem assumir caráter normativo quanto caráter decisório; um exemplo do primeiro caso é quando um CMS dispõe sobre conduta dos membros, mudanças nos procedimentos internos, e do segundo caso quando aprova a prestação de contas da gestão da saúde municipal apresentada no Relatório Anual de Gestão (RAG) ou quando decide enviar representação com denúncia ao Ministério Público (MP).

À vista disso, utilizar a metodologia dos 4 D's para avaliar a efetividade participativa dos CMS's em questão, além de refletir uma escolha sobre o que há de atual na pesquisa científica sobre o objeto proposto, possibilita uma exploração multidimensional, que contempla a seleção dos conselheiros, o processo deliberativo, o conteúdo das discussões e as soluções promovidas pelos colegiados pela quantificação e discussão sobre os tópicos objeto de Resolução. Em última análise, os 4 D's, nesta pesquisa, funcionam como uma espécie de termômetro para, cumprindo o objetivo geral deste trabalho, avaliar se os conselhos de saúde dos municípios que compõem a 7ª CRES são efetivos ou não em termos de democracia participativa, deixando-se maiores comentários a respeito de cada indicador para o capítulo 4, de apresentação e discussão dos resultados.

Sob o ponto de vista instrumental/metodológico, será feita uma análise normativa a partir do estudo da legislação aplicável aos Conselhos Municipais de Saúde, tanto as de estatura nacional quanto as de aplicabilidade local, pela reflexão sobre as Leis de Criação e Regimentos Internos em vigor nos quatro Conselhos estudados.

No que diz respeito à pesquisa documental, faz-se uma incursão sobre a legislação tanto federal quanto municipal, sobre os Regimentos Internos, as Resoluções, Leis de Criação dos CMS e, especialmente, das Atas de suas reuniões deliberativas. Essa abordagem será promovida com o uso essencial de quadros e gráficos para auxiliar na apresentação dos resultados auferidos, de modo a entender o *status* participativo dos conselhos analisados, para identificar e discutir possíveis desafios que porventura se lhe imponham no caminho da efetividade democrática participativa.

2. DEMOCRACIA: PARTICIPAÇÃO, DELIBERAÇÃO E EFETIVIDADE

A abordagem da democracia traduz-se em verdadeiro desafio científico, especialmente face à sua amplitude enquanto categoria teórica. Tanto é assim que é considerada uma “categoria guarda-chuva” (SCOREL; MOREIRA, 2012). Não obstante, partindo-se de um comentário histórico e, em conformidade com Gohn (2010, 2011), Escorel (2010, 2012), Pateman (1992), Avritzer (2010), Dahl (2001), entre outros, empreende-se afinar esse campo teórico com as demais categorias abordadas neste trabalho sob o enfoque participativo-deliberativo no qual se circunscrevem os CMS’s de modo a arregimentar vozes essenciais ao debate que aqui se tenciona promover.

Em todo caso, cumpre frisar que não se pretende trazer uma definição ou conceituação propriamente sobre a democracia, valendo aqui o que disse Dahl (2001) se democracia significou diferentes coisas em épocas diferentes, como poderemos concordar sobre o que signifique hoje? Desse modo, o que se propõe é a apresentação de alguns sentidos específicos dessa categoria, os quais sirvam ao objetivo deste trabalho.

Nesse aspecto, trazendo uma acepção instrumental de democracia, Schumpeter (1961) aduz que ela constitui um método político, isto é, um tipo de arranjo institucional para se alcançar decisões legislativas e administrativas. Assim, ela não poderia ser considerada um fim em si mesma, independentemente do tipo de decisão que a partir dela se produza sob determinadas condições históricas (SCHUMPETER, 1961).

Reforçando esse caráter instrumental da democracia, Schumpeter (1961, p. 301) aponta que “nenhuma dificuldade há com a democracia, exceto, talvez, a maneira de fazê-la funcionar”. Isso seria compatível com o que Habermas (1997) definiu como procedimentalização da democracia pela deliberação, com todas as dificuldades que permeiam esse processo.

Sobre o âmago da dificuldade procedimental da democracia, Schumpeter (1961) aponta que o problema seria o significado dos conceitos discutidos, a exemplo de bem comum e da vontade geral. Isso, inevitavelmente, marcaria o processo decisório de qualquer democracia, o que parece perfeitamente aplicável a organizações cujas decisões são tratadas por colegiados compostas por sujeitos/segmentos variados, como é o caso dos Conselhos Municipais de Saúde.

De todo modo, se não é fácil entender ou, segundo Schumpeter (1961), praticar a democracia, não menos difícil é definir quem e o quanto cada um poderá influir no processo decisório em instituições de cunho deliberativo, de modo que se possa chegar a uma

participação substancialmente efetiva. Esse problema, a propósito, não é novo. Tanto assim que, em sua *Participação e Teoria Democrática*, Carole Pateman (1992) traz um importante apanhado teórico das principais visões que permeiam a democracia participativa, expondo uma parcela da variedade teórica que tenciona explicar as nuances do modelo democrático participativo.

Nessa esteira, trazendo à tona um debate teórico histórico, Pateman (1992) aduz que a democracia, de qualquer forma, ainda era o ideal. Entretanto, o que se tornara suspeita, segundo a autora, foi a ênfase na participação e, com ela, a formulação 'clássica' de teoria democrática. Exemplo disso seria o conhecido colapso da República de Weimar, com alta participação das massas com tendência fascista e a atuação de regimes totalitários no pós-guerra, baseados na participação das massas, ainda que se tratasse de uma participação forçada pela intimidação e pela coerção, o que fundamentava a tendência de se relacionar a 'participação' mais com o conceito de totalitarismo do que com o de democracia (PATEMAN, 1992).

A esse respeito, manifestaram-se Avritzer *et al* (2010):

Como se sabe, a retomada do conceito esteve intimamente associada aos contextos autoritários, no que se refere aos países do Leste Europeu e à América Latina, bem como à crítica ao desempenho dos estados de bem-estar social e às formas clássicas de participação e representação das democracias liberais, no que se refere aos países europeus ocidentais e à América do Norte. (AVRITZER *ET AL*, 2010, p. 59).

Isso seria nada mais que a institucionalização da participação pelo uso do poder, com o fim de justificar a tomada de decisão por lideranças totalitárias, de modo que, no final, não haveria propriamente participação popular diante da exclusão de um pilar principal da participação popular democrática, qual seja a liberdade (ROUSSEAU, 1922).

Nesse aspecto, vários críticos do pensamento democrático clássico enveredaram por um caminho que tem na contrariedade da participação ampla um de seus principais pilares teóricos. Quanto a isso, Schumpeter (1961), em seu *Capitalismo, Socialismo e Democracia*, elabora a peça inaugural do pensamento crítico contemporâneo sobre as proposições clássicas da democracia, de modo que a participação é vista pelo autor realmente como um elemento de perturbação da ordem democrática à medida que seja promovida “em excesso”, i.e., de modo que contemple cidadãos médios.

Havia em Schumpeter (1961) uma clara inclinação a considerar o modelo representativo sob a liderança de uma elite como situação real de democracia, legando-se às

massas o controle ponderado de, em eleições, substituir seus representantes. Tanto assim que o autor coloca que a democracia consistiria: “[N]aquele arranjo institucional para se chegar a decisões políticas, no qual os indivíduos adquirem o poder utilizando para isso uma luta competitiva pelo voto do povo” (SCHUMPETER, 1961, p. 296).

Nesse aspecto, num estudo que logrou explicar as ideias de quatro importantes teóricos (Berelson, Dahl, Fiori, Eckstein), apontando todos como fortemente embasados em Schumpeter quanto à abordagem da democracia representativa, Pateman (1992) aduz que:

Nessa teoria, a ‘democracia’ vincula-se a um método político ou uma série de arranjos institucionais a nível nacional. **O elemento democrático característico do método é a competição entre os líderes (elite) pelos votos do povo, em eleições periódicas e livres. As eleições são cruciais para o método democrático**, pois é principalmente através delas que a maioria pode exercer controle sobre os líderes. A reação dos líderes às reivindicações dos que não pertencem à elite é assegurada em primeiro lugar pela **sanção de perda do mandato nas eleições**; as **decisões dos líderes também podem sofrer influências de grupos ativos, que pressionam nos períodos entre as eleições**. A ‘igualdade política’, na teoria, refere-se ao **sufrágio universal e à existência de igualdade de oportunidades de acesso aos canais de influência sobre os líderes**. (PATEMAN, 1992, p. 25, grifo nosso).

Interessante, quanto a isso, é que Pateman (1992) prossegue no eixo teórico inaugurado por Schumpeter (1961), de modo que insiste na democracia caracterizada como um método lastrado especialmente na competição entre líderes provenientes de uma elite. Outro ponto digno de nota é que, por essas eleições livres e periódicas, garantir-se-ia, segundo a autora, a reação/*feedback* dos ditos líderes aos reclamos dos não pertencentes à elite (a grande massa). Por fim, mas não menos importante, restaria ainda, nesse processo democrático, a influência de grupos ativos no campo decisório dos representantes no período não eleitoral.

Ou seja, àqueles cuja voz fora ignorada durante anos dá-se a oportunidade de mudar de mandatário, num círculo que pode, ao menos probabilisticamente, repetir-se prolongada e indefinidamente. Tanto assim que Howard Cole apud Pateman (1992, p. 57) aponta que "assim que os eleitores tivessem exercido seu direito de voto, sua existência enquanto grupo se eclipsaria até a época em que fosse necessária uma nova eleição", demonstrando a volatilidade do poder popular nesse contexto. De certa forma, não parece muito diferente a realidade ainda verificada atualmente no Brasil, em que a participação, por mais que pareça um conceito teórico robusto, o que de fato é, na vida política pública parece ser ainda embrionária, visto a divisão de opiniões e pautas que se verifica após as eleições.

A propósito, a autora inglesa considera que a igualdade política pressuporia como “suficientes” o sufrágio universal e a existência de mesmas oportunidades de acesso aos

canais de influência sobre os líderes. À vista disso, entende-se que é justamente nesse processo político durante o intervalo entre eleições para exercício do poder popular pelo sufrágio que estão as bases dos conselhos gestores de políticas públicas, os quais funcionariam como uma ponte entre as eleições e, ao menos teórico normativamente, redutores da desigualdade de oportunidades de acesso aos canais de influência sobre os líderes.

Assim, do diálogo exposto envolvendo clássicos e contemporâneos, podem-se extrair, basicamente, duas realidades; uma que apontava a dominância de elites sobre as massas menos favorecidas, mediante um processo democrático sem substância e legitimado pelo o exercício periódico do sufrágio. Essa teria sido, basicamente, a visão de alguns críticos aos ideais clássicos de democracia, como o próprio Schumpeter (1961), por exemplo.

De outro lado, estaria Dahl (2001), para quem interessava um modelo participativo que possibilitasse uma deliberação pelo maior número de indivíduos, independentemente do grau de instrução ou da realidade financeira de cada um. Nesse quadro, Dahl (2001, p. 49) apresenta uma proposta democrática que tem a participação potencializada como característica positiva, pelo que aplica o raciocínio ao âmbito de uma associação (que, a propósito, muito se aproxima da realidade institucional de um CMS diante do fato de, por exemplo, serem órgãos colegiados e potencialmente possuírem membros com pensamentos e realidades diferentes), pelo que formula a seguinte pergunta:

No espesso matagal de idéias sobre a democracia, às vezes impenetrável, é possível identificar alguns critérios a que um processo para o governo de uma associação teria de corresponder, para satisfazer a exigência de que todos os membros estejam igualmente capacitados a participar nas decisões da associação sobre sua política? (DAHL, 2001, p. 49).

A isso ele responde que acredita na existência de cinco critérios: participação efetiva, igualdade de voto, entendimento esclarecido, controle do programa de planejamento e inclusão dos adultos. Nesse grupo de critérios sugeridos por Dahl (2001, p. 49), destacam-se os quatro primeiros, em especial a participação efetiva, a significar, segundo esse autor, que, “antes de ser adotada uma política pela associação, todos os membros devem ter oportunidades iguais e efetivas para fazer os outros membros conhecerem suas opiniões (...)”. Analogamente, o que seria isso, então, senão o processo deliberativo desenvolvido nos conselhos gestores da saúde municipal?

Nesse processo discursivo promovido nos CMS's, para que se possa verificar uma participação minimamente efetiva, os demais requisitos apontados por Dahl (2001) também são essenciais. Esse também é o caso da igualdade de voto, que também é característica ínsita ao ciclo deliberativo desses colegiados, sendo, inclusive, objeto de normatização própria tanto na legislação aplicável como também nos Regimentos Internos. Não obstante, talvez mais por uma questão matemática do que por razões político-participativas, existe normalmente a previsão regimental do voto de minerva nas atribuições do conselheiro presidente, o que tem lugar em caso de empate nas votações.

O entendimento esclarecido, por sua vez, envolve questões mais críticas, de tratamento qualitativo, como é o caso, por exemplo, da informação prévia dos pontos de discussão propostos para a pauta, bem como a abertura suficiente para que todos os interessados possam influenciar da maneira mais igualitária possível na costura daquilo que será objeto de discussão. Além disso, esse entendimento esclarecido perpassa pela necessidade basilar de capacitação dos conselheiros. Essa capacitação compõe-se tanto de conhecimentos e experiências previamente adquiridas quanto por meio de qualificações promovidas no âmbito do desempenho do múnus de conselheiro.

Esta segunda forma de se adquirir entendimento sobre a função de conselheiro apresenta-se como providência imprescindível para que haja uma atuação minimamente esclarecida, racional dos membros destes colegiados. É que, sendo compostos por representantes de segmentos profissionais, do governo e do público usuário, não como regra absoluta, mas como possibilidade razoavelmente considerada, é de se esperar que, ao contrário dos outros dois segmentos, os usuários tenham, via de regra, menos contato com aspectos técnicos da saúde e da gestão e execução financeira e orçamentária.

O processo de formação da pauta, pressuposto ao entendimento esclarecido defendido por Dahl (2001), culmina na necessária formação e observância de um programa planejado. Dito de outra forma, a participação, começando pela própria composição inclusiva dos CMS's, tem escala indesejável na ampla oportunidade de os conselheiros influenciarem na escolha dos assuntos a serem discutidos e eventualmente votados.

Nessa esteira, o programa planejado impõe que a ordem do dia formalizada na pauta seja respeitada pelos membros dos colegiados estudados, de modo que sejam evitadas discussões de matérias que, além de não terem sido pautadas, sejam estratégicas, críticas ou mesmo consideradas “pauta bomba”, conforme o jargão político atual. A par disso, percebe-se uma proximidade entre os requisitos traçados por Dahl (2001), de modo que o conhecimento (entendimento esclarecido), associado à igualdade de voto e à manifestação

de um consenso quanto a uma pauta (programa planejado), todos ligados à máxima inclusão dos interessados, teriam o potencial de produzir decisões democráticas.

Mais à frente, o autor coloca em reflexão esses mesmos critérios como possível ponto de partida para medir o desempenho dessas entidades participativas. Para isso, Dahl (2001) pergunta se:

(...) seria realista pensar que uma associação poderia satisfazer plenamente a esses critérios? Em outras palavras, poderia alguma associação verdadeira ser plenamente democrática? No mundo real, será provável que todos os membros de uma associação tenham iguais oportunidades de participar, de adquirir informação para compreender as questões envolvidas e assim influenciar o programa? (DAHL, 2001, p. 54).

Em resposta, o autor aponta que não é provável que ocorra na realidade uma exata subsunção entre esses critérios e a conjuntura esboçada pela entidade em hipótese. Mesmo assim, descartando um suposto utopismo desses vetores, Dahl (2001) sugere a utilidade desses padrões para medir o desempenho de associações reais que se proponham democráticas.

Finalmente, Dahl (2001) enfatiza a persistência das discussões a respeito de quais devem ser os atores no processo político democrático. Por isso, tem-se, a partir da abordagem da democracia participativa desenhada por Dahl (2001), que é possível e importante o estudo acerca da participação, com visto a trabalhar quem, como e o quanto participam, no caso deste trabalho, no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde da 7ª CRES.

Extraí-se, portanto, da explanação das ideias acima, especialmente das de Schumpeter (1961) e Dahl (2001), que a participação assume, sim, seu papel de importância no contexto democrático, ficando a dificuldade num segundo plano teórico, qual seja, o de saber quem, como e o quanto participará do processo político. À vista disso, importam tanto a ideia de Schumpeter (1961), que considera a democracia em uma perspectiva instrumental, quanto o pensamento participativo inclusivo de Dahl (2001), para quem a participação deve dar-se da forma mais plural e efetiva possível.

À vista disso, parte-se desse pressuposto teórico de uma democracia essencialmente aberta à participação popular como meio de equacionar a relação histórica entre gestão pública e efetividade, em contrapeso ao modelo intrinsecamente indireto, representativo, e com a função instrumental de servir ao bem comum da sociedade.

2.1 Participação Social

Como consequência da pluralidade de definições ostentadas pela participação, tem-se falado nela também metaforicamente como uma “categoria guarda-chuva”, a exemplo do que ocorre com a própria democracia, categoria mais ampla. Isso possibilita diferentes nuances, desdobramentos e estratificações, produzindo novas categorias que, articuladas, procuram abranger o maior número possível de aspectos das realidades a serem compreendidas e explicadas (SCOREL; MOREIRA, 2012).

Nesse sentido, também não seria prudente lançar-se à conceituação de uma categoria tão abrangente, de modo que, a exemplo do que se fez em relação à democracia, empreende-se uma abordagem sobre alguns pontos que interessam a esta pesquisa. Diante disso, seguindo a linha histórica apontada por Habermas (1984), Scorel e Moreira (2012) colocam que participação:

(...) constitui-se em uma relação que envolve uma tomada de decisão, por ténue que seja, na qual o indivíduo propõe-se a interagir com o outro, num convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito - familiar, afetivo, cultural, econômico ou político. (SCOREL; MOREIRA, 2012, posição 20750, versão Ebook).

A esse propósito, interessante a sistematização trazida por Bobbio; Matteuci; Pasquino (1998) quanto aos níveis de manifestação da participação no seio da sociedade, quais sejam:

1) a presença, a forma menos intensa e mais marginal que engloba comportamentos essencialmente receptivos ou passivos, situações em que o indivíduo não dá qualquer contribuição pessoal; 2) a ativação, em que o sujeito desenvolve, dentro ou fora de uma organização política, uma série de atividades que lhe foram confiadas por delegação – permanente envolvimento em campanhas eleitorais, participação em manifestação de protesto-; 3) a participação, quando o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política. (BOBBIO; MATTEUCI; PASQUINO, 1998, p. 888).

À luz dessa descrição das “fases” da participação, de quais sejam os níveis de manifestação da participação popular, cabe dizer que, nesta pesquisa, será tomada como referência ideal e culminante a terceira forma, que, com a constitucionalização da política de participação social na saúde, já é realidade normativa no Brasil. É dizer, parte-se do pressuposto normativo segundo o qual os CMS’s, ao menos teoricamente, devem funcionar como ambiente institucionalizado no qual o indivíduo tenha chance de contribuir o máximo possível no processo decisório.

A par disso, tendo sido apresentado aquele contexto anterior de certa criticidade ao modelo democrático participativo, em que alguns, inclusive, justificavam o pensamento contrário à participação de sujeitos que não fossem da elite, cabe avançar na abordagem aqui proposta e trazer a lume alguns pontos do que se convencionou chamar de *Teoria Participativa da Democracia* (PATEMAN, 1992).

À luz do que defendem Pateman (1992), Dahl (2001) e Gohn (2010), por exemplo, a teoria participativa da democracia tem como pressuposto a crítica ao modelo essencialmente representativo de democracia, que ainda persiste em grande parte do ocidente, com pequenos flertes com incidentes plebiscitários ou referendários. A participação social na gestão das políticas públicas tem, assim, parte de seu fundamento na mudança do ideário democrático instrumentalizado por eleições periódicas e um processo decisório aberto somente à influência de elites e que não promove a inclusão de grupos historicamente marginalizados, que desempenhavam um papel de mera coadjuvância ou essencialmente chancelatório de decisões previamente costuradas por pequenos grupos de poder.

Esse retrato reflete bem o histórico político do Brasil. Aqui se tem um sistema político que, embora seja essencialmente representativo, por ser bicameral (Câmara dos Deputados e Senado Federal) e baseado na separação de poderes, obriga que os mandatários (especialmente o Chefe do Executivo), por essa relação de interdependência, não possa, salvo alguns casos específicos, decidir sozinho.

Sobre o processo de construção de um modelo efetivamente participativo, Pateman (1992) aduz que, para Milivojevic (1910), é a nível local que se cumpre o verdadeiro efeito educativo da participação, onde não apenas as questões tratadas afetam diretamente o indivíduo e sua vida cotidiana, mas onde também ele tem uma boa chance de, sendo eleito, servir no corpo administrativo local. Em suma, segundo esse raciocínio, seria por meio da participação a nível local que o indivíduo "aprende a democracia".

Nas palavras do próprio Mills (1963, p. 186) *apud* Pateman (1992): "Não aprendemos a ler ou a escrever, a guiar ou a nada apenas porque alguém nos diz como fazê-lo, mas porque o fazemos" e conclui que "será somente praticando o governo popular em pequena escala que o povo terá alguma possibilidade de aprender a exercitá-lo (...)".

Nesse passo, pertinente o comentário sobre o pensamento de Mills (1861) feito por Dahl (2001), o qual coloca que:

Você pode proteger os seus direitos e interesses dos desmandos do governo e dos que influenciam ou controlam o governo, continuava ele, apenas se puder participar plenamente na determinação da conduta do governo. Portanto, concluía,

nada pode ser mais desejável que a admissão de todos em uma parcela no poder soberano do estado - ou seja: um governo democrático. Mills estava certo. Para falar a verdade, ainda que você faça parte do eleitorado de um estado democrático, não poderá ter a certeza de que todos os seus interesses serão bem protegidos – mas se estiver excluído, pode ter a certeza de que os seus interesses serão gravemente feridos por descuido ou por perdas completas. Melhor estar dentro do que fora! (DAHL, 2001, p. 66).

Assim, percebe-se o papel instrumental da democracia participativa num contexto democrático, de modo que os cidadãos não apenas estejam presentes, mas que também, e com maior importância, possam efetivamente participar do processo decisório das políticas públicas. Ademais, como apontado por Dahl (2001), mesmo que a presença não resolva a equação da participação popular na democracia, a ausência do povo no processo político e na gestão estatal tem em si o potencial genético de implicar em violação a interesses coletivos importantes.

Apontando para a perspectiva da eficácia no processo participativo a nível local, Cole apud Pateman aduz a importância da "participação constante do homem comum no comando das partes da estrutura da sociedade, as quais lhe dizem respeito diretamente, e que, por isso mesmo, ele tem maior probabilidade de compreender (COLE, 1920a, p. 114)". Como Mill, Cole sustentava que seria apenas pela participação a nível local e em associações locais que o indivíduo poderia "aprender a democracia".

Extrai-se daí que a participação local, embora esboce uma função eminentemente instrumental, requer para sua efetividade a observância/garantia de uma série de fatores, ou melhor, direitos. Do contrário, a participação cairia no lugar comum de uma ação meramente legitimatória de decisões previamente alinhadas por uns poucos que orientam o poder político no âmbito democrático.

Daí exsurge que, presumida a necessária e inicial presença dos cidadãos na arena política dos conselhos de saúde, impõe-se, com igual ou maior importância, prestigiar a igualdade e o poder de voz, de influenciar, pelo debate, os rumos da política de saúde. Não é só estar dentro, mas também protagonizar o processo decisório como principal interessado no desfecho das decisões.

Seguindo em sua empreitada teórica, Pateman (1992) acompanha desde Rousseau, Dahl, J.S. Mill a Cole, e arrebanha seus pontos altos numa teoria que ela intitula de democrática participativa. Nesse quadro a autora postula que:

A participação promove e desenvolve as próprias qualidades que lhe são necessárias; quanto mais os indivíduos participam, melhor capacitados eles se tornam para fazê-lo. As hipóteses subsidiárias a respeito da participação são de que

ela tem um efeito integrativo e de que auxilia a aceitação de decisões coletivas. (PATEMAN, 1992, p. 61).

Interessante que essa perspectiva trabalhada por Pateman (1992) e demais autores que ela recapitula tem em o traço rousseauiano que considera a democracia participativa um constante “aprender fazendo”. Essa abordagem associa-se intimamente com um dos D’s propostos por Avritzer *et al* (2010) e adotados na metodologia desta pesquisa: a durabilidade, que consiste na continuidade da participação via Conselhos independentemente das mudanças nas gestões.

Após considerar esses pressupostos teóricos descritivos acerca da participação, é pertinente entender como a realidade brasileira atual foi construída e as mutações por que passou. A esse respeito, Gohn (2010) aponta que os movimentos sociais do início do século XXI teriam dado grande contribuição para o desenho democrático participativo que se vê hoje. Por isso, seria interessante a aparente mudança de posição/*modus operandi* da sociedade civil brasileira, que, dos anos 80 para cá deu nova significação ao sentido de autonomia.

Segundo Gohn (2010), ter autonomia hoje não significa ser contra tudo e todos, estar isolado ou de costas para o Estado, com atuação marginal das instituições, mas, sim:

Fundamentalmente ter projetos e pensar os interesses dos grupos envolvidos com autodeterminação; é ter planejamento estratégico em termos de metas e programas; é ter a crítica, mas também a proposta de resolução para o conflito dos que estão envolvidos; é ser flexível para incorporar os que ainda não participam, mas têm o desejo de participar, de mudar as coisas e os acontecimentos da forma como estão; é tentar sempre dar universalidade às demandas particulares, fazer política vencendo os desafios dos localismos; ter autonomia é priorizar a cidadania: construindo-a onde não existe, resgatando-a onde foi corrompida. (GOHN, 2010, p. 17).

Conforme ainda essa autora, é possível entender a sociedade civil organizada como parceira permanente da participação cidadã, de modo que a comunidade seja tratada como sujeito ativo, e não mero coadjuvante de programas definidos de cima para baixo. Desse modo, para se promover uma participação efetiva, é necessário que os sujeitos estejam organizados/mobilizados de uma forma que ideários múltiplos fragmentados possam ser articulados e postos à mesa para deliberação.

Ainda sob a perspectiva histórica dos movimentos participativos brasileiros, Gohn (2010) observa que, ao longo dos anos 1990, houve transformações profundas na dinâmica desses cenários. Ao mesmo tempo em que movimentos urbanos perdiam destaque na atuação da sociedade civil organizada, as organizações não governamentais (ONG’s)

surgiriam como avivamento do processo político participativo, saindo de um perfil estritamente reivindicatório para um *modus* propositivo, operacional.

Como consequência disso foram construídos outros espaços participativos, especialmente os fóruns, destacando-se a contribuição dada para o processo de institucionalização de novos modelos importantes, tais como os Conselhos Gestores de Políticas Públicas criados nas três esferas federativas.

Desse modo, Gohn (2011) aponta que a participação estaria relacionada ao processo social propriamente dito, das ações concretas engendradas nas lutas, movimentos e organizações para realizar algum intento. A participação, conforme a autora, seria, segundo o prisma das práticas sociais, meio viabilizador fundamental de uma democracia. Isso significa que a participação, além de ser um direito público subjetivo protegido pela CF/88, funcionaria como meio efetivo à implementação de um processo democrático macro, nacional e intergeracional.

2.2 Deliberação

Fungerik e Wright (1999), em seus *Experimentos em democracia deliberativa*, apontam que a democracia em sua forma deliberativa ocuparia o centro da solução para consecução de uma gestão democrática compartilhada. Nesse estudo, os autores colocam que os “três³ experimentos foram concebidos em resposta ao fracasso concreto dos arranjos precedentes, e assim estão motivados pelo desejo de criar instituições mais eficientes, bem como de produzir resultados mais justos e mais democráticos (FUNGERIK; WRIGHT, 1999, p. 104).

Essa posição vem exatamente ao encontro do pressuposto empírico desposado nesta pesquisa, de que uma democracia reduzida ao controle e participação aprazados em eleições diretas não é o bastante para o Brasil de hoje. É justamente à luz disso que arenas participativas como os CMS's possuem grande importância no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde, implicando numa democracia compartilhada. Em uma palavra, é como se após longo período de imposições e insucessos

³ Esses três experimentos seriam: experimentos contemporâneos, como os Conselhos de Bairro em Chicago criados como parte das reformas do policiamento comunitário e descentralização escolar; o Programa de Treinamento Regional de Wisconsin, uma forma inédita de corporativismo regional envolvendo trabalhadores, empresas e Governo, destinado a melhorar a qualidade do treinamento para o trabalho e o funcionamento do mercado de trabalho e o Orçamento Participativo de Porto Alegre, uma reorganização democrática do Governo Municipal envolvendo níveis muito elevados de participação popular direta sobre decisões relacionadas com o orçamento municipal (FUNGERIK e WRIGHT, p. 104).

na gestão das ações estatais, o povo se sentisse vocacionado a um modelo de democracia deliberativa inclusiva, o qual encontra meio possível de se efetivar na política participativa dos Conselhos Gestores.

Essa forma de decisão colegiada, segundo Fungerik e Wright (1999, p. 107) tem como benefício que, “embora muitas vezes tenham pouco em comum, participantes nesses grupos estão unidos na sua abertura genérica a perspectivas alternativas sobre como melhorar a situação geral que os uniu”. E concluem os autores que “caso eles estivessem completamente seguros numa trajetória específica, alguma outra estratégia (tal como decreto administrativo ou tentativas partidárias para ascender aos postos de direção) poderia ser mais atraente nestes árduos processos deliberativos” (FUNGERIK; WRIGHT, 1999, p. 107).

Vê-se, portanto, que, segundo destacam os autores acima, o processo deliberativo, figurando geralmente como a reunião de sujeitos provindos de realidades e grupos sociais distintos, tende a ser trabalhoso e, a priori, pouco atrativo. Esse interesse poderia surgir, conforme denotam, de uma fragilidade/necessidade em comum, capaz de fazer despertar entre esses participantes uma união, mesmo que não plena, por propósitos comuns. Esse procedimento, muitas vezes, chega a influenciar o próprio campo de interesse dos sujeitos participantes, de modo a, por exemplo, alterar o que antes figurava como interesse de um ou outro indivíduo em favor de um consenso (HABERMAS, 1997). Isso é, afinal, a deliberação.

Confirmando a importância do processo deliberativo no geral, aponta-se, ainda, que, se antes se adotava rigorosamente a opinião técnica como espelho da melhor solução, atualmente, sem abrir mão da opinião do experto, submete-se esse parecer ao crivo de uma deliberação pelos interessados (HABERMAS, 1997). Em administração isso pode tomar o nome de *brainstorming*⁴; em política, isso é deliberação na sua forma mais genuína, como um processo discursivo em que todos, ao menos hipoteticamente, podem e tem o que dizer. A atuação técnica, por seu turno, pode somar-se a outros elementos, como a capacitação de conselheiros, de modo subsidiem o conhecimento sobre o ponto a ser deliberado pelos membros do colegiado.

Finalmente, diz-se que a maior chance de efetividade prevista nesses experimentos democráticos deliberativos reside nas potencialidades e capacidades dos seus grupos deliberativos (FUNGERIK; WRIGHT, 1999). Para esses autores, investir no poder para

⁴ Tradução livre: tempestade de ideias.

tomar decisões e agir sobre elas nesses grupos, constituídos em nível operacional, pode produzir resultados públicos superiores por quatro motivos:

Primeiro, esses experimentos congregam e atribuem poder a grupos de indivíduos próximos aos pontos de ação, e tais indivíduos possuem um conhecimento mais íntimo sobre situações relevantes e, conseqüentemente, a melhor forma de melhorá-los. Segundo, o processo deliberativo que regulamenta a tomada de decisões desses grupos provavelmente produzirá soluções superiores a procedimentos hierárquicos ou de agregação menos representativa (tal como a votação) porque todos os grupos têm oportunidades de oferecer informações pertinentes, bem como de analisá-las mais profundamente. Além disso, a deliberação aumenta o comprometimento dos grupos no acompanhamento das decisões porque eles mesmos geraram a decisão; ela não foi imposta. Terceiro, esses experimentos encurtam o circuito da realimentação (feedback) - a distância e o tempo entre a tomada de decisões, a ação, o efeito, a observação, e a reconsideração - na ação pública e, assim, surge um estilo ágil de ação coletiva capaz de reconhecer e reagir rapidamente a estratégias errôneas ou ineficientes. Finalmente, cada experimento cria vários grupos, cada um operando com grande autonomia, mas não isoladamente. Esta proliferação de pontos de comando permite que várias estratégias e técnicas sejam implementadas simultaneamente a fim de descobrir mais rapidamente e difundir aquelas que demonstrem maior eficiência. (FUNGERIK; WRIGHT, 1999, p. 116).

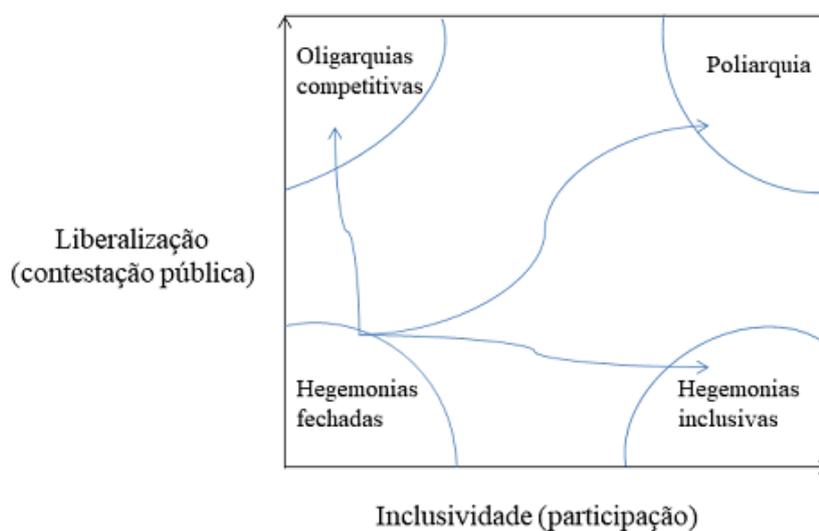
Vê-se da exposição acima que a deliberação tem sua utilidade política e social explicada também por razões operacionais/práticas em razão da proximidade dos deliberantes com o problema, de legitimidade das decisões e de retroalimentação mais fluida. Nesse sentido, Fungerik e Wright (1999) apontam a proximidade dos sujeitos participantes do processo deliberativo com os “pontos de ação”, que, no caso dos CMS estudados, seriam as políticas de saúde pública, como fator útil a justificar o prestígio do processo deliberativo face à tomada de decisão hierarquizada/agregada.

Além dessa questão eminentemente procedimental, tem-se também a melhoria importante da eficiência no processo de realimentação, o que se faz possível pela mais rápida verificação do sucesso ou não da política implementada também pela proximidade que os conselheiros teriam da aplicação dos projetos.

Noutro passo, a respeito da visão participativa deliberativa, é interessante a análise promovida por Dahl (1997) em sua *Poliarquia*, o qual considera a abordagem democrática basicamente sob a ótica de duas variáveis/categorias: o grau de possibilidade de contestação pública e o grau de inclusão/participação popular. No primeiro conceito está contida a ideia de que a democracia estaria viabilizada numa ambiência política em que seja permitida a manifestação do pensamento contrário, da crítica à atuação estatal. A inclusão/participação, por sua vez, possuiria relação diretamente proporcional ao número de cidadãos aos quais seja dado tomar parte nas escolhas públicas.

Para exemplificar, o autor apresenta o caso do direito de voto em eleições livres e idôneas. Nesse processo, podem-se verificar as duas variáveis/categorias, à medida em que um regime garante este direito a alguns de seus cidadãos, ele caminha para uma maior contestação pública. Ao mesmo tempo, quanto maior a proporção de cidadãos que desfrutam do direito, mais inclusivo é o regime. Quanto a isso, interessante o quadro abaixo, que ilustra essa relação:

Figura 02 – Relação entre liberalização, inclusividade e democratização



Fonte: Dahl (1997, p. 30).

Seguindo na análise, o autor coloca que essas duas dimensões/variáveis apresentam-se de forma independente, de modo que uma ou outra podem ocorrer com maior, menor ou mesmo nenhuma incidência em relação à outra, justamente como sugere a imagem acima.

Interessante é que, como se verá adiante, a inclusão proposta por Dahl (1997) parece muito estar contemplada na análise à luz da Diversidade (um dos 4 D's que norteiam este trabalho), especialmente no que se refere à representação. A contestação, por seu turno, será objeto de análise específica quando do estudo dos atos de fala a serem promovidos tanto no que diz respeito à vocalização (incluída na Diversidade também) quanto e especialmente no estudo da Capacidade Deliberativa, que se constitui no último D dos quatro propostos por Avritzer *et al* (2010).

Sobre a importância da abertura do sistema político a novas formas participativas, Dahl (1997), após considerar aspectos diretamente ligados ao aumento das liberdades clássicas e dos sujeitos políticos em sua disputa pelo voto, aponta que: “À medida que o

sistema faz-se mais competitivo ou mais representativo, os políticos buscam o apoio dos grupos que ganham acesso à vida política e respondem de maneiras muito diferentes a novas oportunidades de participação e de debate público” (DAHL, 1997, p. 31).⁵

Em arremate, o autor aponta que, "em todos os países, quanto maiores as oportunidades de expressão, organização e representação de preferências políticas, maior será o número e a variedade de preferências e interesses políticos com probabilidades de estar presentes na vida política".

Fazendo coro a Dahl (1997), Pulido (2010) aponta que os direitos fundamentais democráticos, como o direito ao voto e as liberdades necessárias para o funcionamento dos processos democráticos, possuiriam a capacidade de proteger o que ele chama de discernimento (que seria, em suma, a capacidade de o cidadão participar do processo político de maneira consciente).

Nesta altura, vê-se que a democracia participativa, além de possuir pressupostos fáctico-teóricos que sustentam sua existência no plano deontológico, requer a proteção de direitos conexos como pressupostos de efetivação dessa atuação democrática dos cidadãos. Nessa esteira, a própria participação substancial, com capacidades de afirmações, defesa do pensamento e autocrítica às próprias colocações, faz-se caminho útil/necessário ao processo de democratização de um povo.

Partindo para o campo das hipóteses, tem-se, muitas vezes, que uma minoria, a depender do contexto político social em que inserida, tem potencial para impor sua vontade a grupos numericamente maiores, mas desorganizados ou sem estrutura. Esse pode ser o caso corrente nos CMS's da 7ª CRES, em que, possivelmente, a maioria de 50% que representa a população, num espaço deliberativo no qual a rigor deveria ter maior peso, poderia figurar em coadjuvância face a duas minorias visivelmente mais organizadas e orientadas: segmento profissional e representantes do governo.

Aqui entraria uma relação entre princípios e pressupostos apta a explicar minimamente a existência factual dessa “maioria simbólica”, que, supõe-se, seria o seguimento usuário nos CMS's analisados. Conforme antedito, direitos como liberdade, igualdade e algumas capacidades/oportunidades/garantias (DAHL, 1997) funcionariam como ponto de equilíbrio nesse contexto democrático deliberativo controverso, em que a maioria nem sempre ou quase nunca “vence”.

⁵ Tradução livre.

Nesse sentido, destaca-se que não se pode legitimamente esperar que, numa dada forma de participação democrática, os problemas verificados num determinado município do país reflitam os dos demais, pelo que se afasta o entendimento de se constituir o estudo aqui proposto num resultado generalizante. Não obstante, Avritzer (2008) teceu observações a respeito dessa realidade, que, por mais diversa que seja em suas condições organizacionais, acaba por desembocar numa “democracia deliberativa simbólica” ou pró-forma, que, a partir da ação de grupos dominantes, utiliza-se desse processo político como elemento legitimador de escolhas preordenadas.

Afeitos a essa mesma abordagem, Moreira; Escorel (2010) colocam, citando Manin (1987), que a liberdade consiste na possibilidade de se chegar a uma decisão por meio da busca, do debate e da comparação entre várias soluções. Por conseguinte, segundo os autores, a legitimidade das decisões estaria no próprio processo de discussão e debate que as formam. É como se as discussões, longe de serem mera formalidade, compusessem um mecanismo de exposição e absorção de informações essenciais à uma tomada de decisão minimamente racional, democrática.

No caso dos Conselhos Gestores, tendo eles espaço normativamente reconhecido na esfera pública política, sua atuação junto ao processo de formulação das políticas públicas torna-se, ao menos teoricamente, mais viável. É que, sendo esses colegiados verdadeiros espaços de deliberação popular, sua participação no processo democrático tem a efetividade potencializada pelas normas que aumentam o grau de imposição das decisões assumidas pelo grupo, o que costuma acontecer majoritariamente com decisões que assumem a forma de Resolução. Essas decisões porventura promovidas no âmbito desses conselhos também serão objeto de estudo próprio quando da abordagem do último “D”, a capacidade deliberativa dos 4 CMS’s da 7ª CRES.

2.3 Efetividade

O conceito de efetividade, sob o prisma jurídico, tem sua definição de certa forma conturbada, não unânime. Isso se deve, dentre outros fatores, muito mais à própria dificuldade natural de se trabalhar essa categoria do que à quantidade/qualidade da produção teórica sobre o assunto, posto que, desde 1998, com a reforma administrativa implementada pela Emenda Constitucional nº 19 (BRASIL, 1998), elevou-se a efetividade a princípio da Administração Pública.

Por causa dessa apontada dificuldade em abordar a efetividade em geral é que, sabida e frequentemente, essa categoria é tomada por sinônimo de eficiência e/ou eficácia por muitos estudiosos. Apesar disso, estudos de peso foram produzidos pela doutrina brasileira, pelo que Barroso (2005), por exemplo, aponta como crônico o problema de efetividade na normatividade pátria.

Nesse estudo, Barroso (2005) considera a existência de uma “insinceridade constitucional”, tendo em vista que a CF/88 traria consigo um conjunto de “promessas não honradas”. Como causa dessa desarmonia entre o ser e o dever ser, Barroso (2005) destaca que a disfunção mais grave seria encontrada na não aquiescência ao sentido mais profundo e consequente da Lei Maior por parte dos estamentos dominantes, que sempre construíram uma realidade própria de poder, contrária a uma real democratização da sociedade e do Estado.

Segundo o próprio Barroso (2005, p. 77), “a preocupação com o cumprimento da Constituição, com a realização prática dos comandos nela contidos, enfim, com sua ‘efetividade’ incorporou-se, de modo natural, à vivência jurídica brasileira pós-1988”. Isso diz bastante da importância de se estudar a efetividade das estruturas democráticas que, sendo constitucionalizadas e normatizadas, atuam na esfera pública política, como é o caso dos CMS’s.

De outro modo, retomando-se a investida de apresentar doutrinariamente o campo teórico da categoria efetividade, segundo Reale (2004), a ideia de efetividade expressa o cumprimento da norma, o fato real de ela ser aplicada e observada, de uma conduta humana se verificar na conformidade de seu conteúdo. Já para Barroso (2005) efetividade significa a realização do Direito, o desempenho concreto de sua função social. Seria, portanto, a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simbolizaria a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o “dever ser” normativo e o “ser” da realidade social verificada.

Nesse quadro, é interessante a abordagem Barroso (2005), quando coloca, divergindo de doutrinas tradicionais como a de Silva (2015), que não foi dada a devida atenção a um ponto nevrálgico do estudo da normatividade jurídica, qual seja o de saber se os efeitos potenciais da norma efetivamente foram produzidos. Isso denota claramente que ainda se precisa avançar no estudo da efetividade daquilo que se normatiza no Brasil, não se constituindo exceção o caso da participação social via CMS’s.

Contrariamente, Silva (2015) coloca que, no estudo propriamente jurídico, não se cogita saber se a norma produz efetivamente esses efeitos. Aponta, ademais, que isso já seria

uma perspectiva propriamente sociológica e diria respeito à eficácia social da norma, de modo que o trato do resultado das normas estaria mais afeito à sociologia jurídica (SILVA, 2015). Entrementes, atualmente, em especial sob os reclamos de uma teoria da complexidade (MORIN *apud* ESTRADA, 2009) e com todas as vênias, não se pode excluir de um todo os resultados fáticos de uma norma da análise do estudioso do direito.

Talvez por conta desse pensamento até pouco tempo dominante e ainda impregnado no imaginário acadêmico, de que a efetividade no seu sentido próprio não seja campo de atuação do Direito, problemas sociais com resolução político-jurídica ainda subsistam. Esse é o caso, por exemplo, do direito à saúde, que, não obstante o cipoal de normativos que o disciplinam e, teoricamente, deveriam servir à sua garantia, não consegue ser usufruído como um direito materialmente viável para grande parcela da população, postando-se como um “calcanhar de Aquiles” estatal.

Atualmente, é tão sério o déficit na efetividade das normas jurídicas que se popularizou o fenômeno da “judicialização do direito à saúde”, por exemplo. Nesse contexto, vê-se ainda um Brasil em que as políticas públicas, em que pese serem fruto de um Legislativo oficioso (que produz grande quantidade de normas), não guardam relação com a realidade nacional. Desse modo, a saúde, mais uma vez, funciona como pedra de toque da discussão sobre efetividade, vez que, devido a falhas existentes desde a formulação das políticas, grande parcela da população não tem acesso a mínimas condições de saúde pública.

À vista disso, há de se consignar que a dificuldade em equacionar o plano orçamentário do Estado com a realidade da saúde pública, além dos percalços naturais ao processo político – especialmente nas fases de implementação e avaliação –, tem como causa o distanciamento do legislador e demais envolvidos na produção e aplicação das normas jurídicas com a realidade social, com o próprio povo – destinatário final da política pública. Afinal, não é difícil de se ver no Brasil um fosso abissal entre a norma criada (e, a partir disso, a política pública) e a realidade enfrentada pela população. E o que seria isso, afinal, senão a negação histórica da relação genética entre direito, política e efetividade?

Em meio termo, apontando a judicialização como um fato do desenho institucional constitucional brasileiro, Barroso (2009) diz que o ativismo, por seu turno, consistiria propriamente numa escolha de interpretação proativa da Constituição com franca expansão do seu alcance literal. Esse ativismo, segundo o autor, teria como causa uma ambiência de retração do Poder Legislativo, de um certo “descolamento” entre a classe política e a

sociedade civil, impedindo que determinadas demandas sociais sejam atendidas de maneira efetiva e, por exemplo, via deliberação na construção das normas e políticas públicas.

Assim, a efetividade, longe de ser uma categoria cuja aferição na realidade se possa promover de modo matemático, traz consigo desafios de ordem tanto anterior quanto posterior à própria formulação de uma política pública. Esse é justamente o caso dos Conselhos Municipais de Saúde e sua realidade institucional normativamente desenhada.

No âmbito municipal, esse “descolamento” entre a classe política e a sociedade civil mostra-se mais evidente e com sua prejudicialidade potencializada. Para se ter um exemplo específico, no âmbito municipal, parece ser comum haver mudanças estruturais nas ações de saúde pública sem que essas transformações sejam objeto de discussão/deliberação pela sociedade civil. Nesse caso, caberia ao Conselho Municipal de Saúde, enquanto instância representativo-participativa social, tecer considerações importantes a esse respeito, conforme será visto na análise da legislação e Regimento Interno.

Um caso que ilustra essa dissociação entre as instâncias organizacionais diretamente interessadas e que, a rigor, deveriam integrar o processo decisório na saúde no âmbito local foi a mudança dos postos de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde – UBS do município de Aracati, no início do mandato do Prefeito atual, em 2017. Essa mudança gerou uma série de críticas e irresignações, posto que várias localidades da zona rural, por exemplo, passaram a ter grande dificuldade para conseguir atendimento em pontos não estratégicos.

Nesse passo, interessante a fala de Cole (1920a) *apud* Pateman (1992), o qual supõe, repetindo a crítica de Mill à teoria política de Bentham, "que o objeto da organização material não está na mera eficiência material, mas também essencialmente na auto-expressão mais completa de todos os seus membros". Para o autor, a auto-expressão "envolve autogoverno", e isso significa que devemos "convocar a total participação da população para a direção comum dos assuntos da comunidade (1920a, p. 208)". Isso, por sua vez, envolve a liberdade mais completa de todos os membros, pois "liberdade é alcançar a perfeita expressão" (COLE, 1918). Cole diz também, novamente seguindo Rousseau, que o indivíduo é "mais livre onde ele coopera com seus iguais na feitura das leis".

À vista disso, tem-se por certo que a participação popular instituída no mecanismo deliberativo dos conselhos municipais de saúde constitui-se verdadeira expressão democrática. Para isso, à luz do que defendem os teóricos aqui citados, tem-se como pressupostos: uma atuação o mais inclusiva possível, igualitária e que promova o

conhecimento e a oportunidade de discussão e livre manifestação da opinião e do voto dos membros que compõem esses colegiados.

3 CONSELHOS GESTORES: RECEPÇÃO COMO PRÁTICA DELIBERATIVA, CONSIDERAÇÕES CRÍTICO-TEÓRICAS E NORMATIZAÇÃO

No Brasil, Escorel e Moreira (2012) apontam que historicamente a participação popular em programas e ações de saúde não teve início exatamente com a política do SUS, mesmo não se ignorando seu marco institucionalizante. Quanto a isso, aduzem que, nas décadas de 1970 e 1980, outros arranjos participativos já intentavam promover a atuação popular no processo político, por exemplo, os:

Conselhos comunitários, que tinham como objetivo: “servir de espaço de apresentação das demandas da comunidade junto às elites políticas locais, numa renovação da tradicional relação clientelista entre Estado e Sociedade”; Conselhos populares, criados pelos próprios movimentos sociais, cujas características eram “menor nível de formalização, não envolvimento institucional e a defesa da autonomia em relação ao Estado e partidos políticos”; Conselhos administrativos, “voltados para o gerenciamento direto e participativo das unidades prestadoras de serviços, mas sem poder para influir no desenho das políticas públicas da área”. (ESCOREL e MOREIRA, 2012, p. 996).

Segundo Borges (2014), em 1984, foram criadas comissões interinstitucionais de saúde por meio do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). A autora registra ainda que o funcionamento dessas comissões foi fortalecido pelo Programa dos Sistemas Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987. A par disso, conforme Côrtes (2009), essas comissões deram origem aos Conselhos de Saúde.

Dombrowski (2007), por sua vez, destaca que, historicamente, os Conselhos de Saúde tiveram grande contribuição do processo de descentralização das políticas de saúde impulsionado pelo movimento da Reforma Sanitária atuante antes e durante a elaboração da Constituição de 1988. Destaca-se que, a propósito da nova modelagem federativa proposta pela CR/88, que manteve os Municípios na categoria de ente federativo, também houve a descentralização das políticas e ações de saúde pública para a esfera local. Nesse quadro, os CMS tornaram-se peça chave nesse processo de redistribuição das competências constitucionais administrativas pela imposição de sua atuação na gestão da política de saúde municipal.

Conforme se depreende da leitura de Gohn (2011), os conselhos gestores destacam-se como inovação democrática pelo fato de possibilitarem a reordenação das políticas públicas brasileiras na direção de formas de governança democrática. Com isso, observa-se que esses conselhos são diferentes das três formas apontadas acima por Escorel e Moreira (2012).

No caso, diferenciam-se dos conselhos comunitários populares porque não são compostos exclusivamente por representantes da sociedade civil, cuja força reside na mobilização e pressão sem contar com assento institucionalizado junto ao poder público. Quanto aos conselhos de “notáveis”, a diferença consiste no fato de estes serem formas de “assessoria especializada” e terem sua incidência na gestão pública de forma indireta.

Gohn (2011) aponta ainda que os conselhos gestores teriam sua atuação institucionalizada no âmbito de uma esfera pública, de modo vinculado ao Poder Executivo, voltados para políticas públicas específicas e responsáveis pela assessoria e suporte ao funcionamento das áreas em que atuam. Disse mais a autora: “a lei vinculou-os ao Poder Executivo do município, como órgãos da gestão pública” (GOHN, 2011, p. 93).

Nessa toada, um fato que dá sustento a essa “germinação de fora para dentro” dos conselhos gestores no Brasil, é o caminho de sua institucionalização. Quanto a isso, é importante a fala de Gohn (2011, p. 88), a qual afirma que “as reformas operadas no Estado brasileiro, na última década, articulou a existência de conselhos ao repasse de recursos financeiros do nível federal ao estadual e ao municipal”. Mais à frente, a autora coloca que “a legislação em vigor no Brasil, preconiza, desde 1996, que para o recebimento de recursos destinados às áreas sociais, os municípios devem criar seus conselhos gestores” (GOHN, 2011, p. 92).

Partindo para o âmbito regional, quanto às raízes dos conselhos gestores, é interessante o estudo de Avritzer *et al* (2007) sobre *A participação social no Nordeste*. Ali, os autores propõem uma abordagem diferenciada da problemática, indo além da tradicional divisão espacial e cultural entre regiões participativas e não-participativas. Extrai-se disso que não se pode considerar o Nordeste como menos participativo por ser uma região menos provida de recursos e desenvolvimento econômico que outras, como Sul e Sudeste.

A propósito disso, Avritzer *et al* (2007) destacam o caso de Recife, ao lado de Porto Alegre, como uma das primeiras experiências em orçamento participativo no Brasil. Nesse contexto, Avritzer *et al* (2007), analisando comparativamente o histórico participativo dos estados de Pernambuco, Bahia e Ceará, apontam um traço característico deste último estado, no qual, a propósito, situados os Conselhos estudados neste trabalho, que seria o impulsionamento da participação por uma perene disputa intra-oligárquica. Essa disputa interminável teria conduzido a mudanças no poder político e à conseguinte alteração da tradição associativa no estado.

No Ceará, diferentemente dos outros dois estados estudados no Nordeste, não teria ocorrido uma consolidação oligárquica (AVRITZER *ET AL*, 2007, p. 18). Sobre isso,

Napolini (2001) aponta a forte influência de um movimento chamado “mudancismo”, o qual consistiria na reforma política e administrativa a partir da organização do estado. Assim, o governo do estado teria contribuído para a criação da sociedade civil, incentivando o surgimento de diversas organizações, dentre os quais organizações associativas de produtores (TENDLER, 1998).

Assim, diferentemente de Pernambuco, o Ceará não teria seu influxo participativo originado na movimentação popular propriamente dita, mas dependeu profundamente da atuação estatal, impulsionada pela relatada disputa intra-oligárquica que tomou conta da política desse estado. Essa realidade histórica de participação popular regional no Ceará impulsionada por elites respalda a hipótese teórica de que os CMS's estudados funcionam essencialmente como um fórum chancelatório de decisões e políticas já estruturadas pelo Executivo municipal.

Em relação à realidade dos municípios que compõem a 7ª CRES, observa-se que há diversos fatores de natureza política que influenciam no desenvolvimento da participação popular na gestão da saúde pública. Essa disputa intra-oligárquica no estado por si só possui forte influência no desfecho da participação popular e, associada a fatores como o baixo desenvolvimento socioeconômico, disputas pelo poder local e vários anos de sucessões políticas por grupos de poder parecidos, pode culminar com uma cultura participativa, conforme a própria hipótese de pesquisa, menos protagonista e mais chancelatória das decisões do gestor local.

3.1 Normatividade – do nacional ao local

A CF/88 estabelece, em seu artigo 198, inciso III, a participação popular no desenvolvimento das políticas públicas como corolário do Estado Democrático de Direito. Essa atuação alicerçada na teoria da democracia participativa teve seu momento culminante com a instituição da gestão participativa no SUS pela própria CF/88, conforme se pode observar no art. 196.

Partindo-se para o âmbito infraconstitucional, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990). Essa Lei, de caráter nacional, traz em seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, no artigo 7º, inciso VIII que:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

VIII - participação da comunidade; (BRASIL, 1990).

A esse respeito, costuma-se noticiar que, juridicamente, os Conselhos de Saúde teriam surgido em 1990, com sua institucionalização/normatização em âmbito infraconstitucional, conforme se observa ver no artigo 1º, § 2º da Lei 8.142/90:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes de Governo, prestadores de Serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990).

Em parte, isso é verdadeiro, se considerarmos somente os CMS's. De outro modo, consultando os anais da história dessas organizações, vê-se no sítio eletrônico do CNS, por exemplo, que suas raízes estão fincadas no ano de 1937, quando a Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 “instituiu o CNS e reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, e debatia apenas questões internas. Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica, a não ser em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental” (BRASIL, 1937).

Nos anos que antecederam 1990, o CNS funcionou como órgão consultivo do Ministério da Saúde, com membros indicados pelo Ministro da Saúde. Conforme noticia o próprio CNS em seu sítio eletrônico, “com a separação do Ministério da Saúde e da Educação Pública, o CNS foi regulamentado pelo Decreto nº 34.347, de 8 de abril de 1954 para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde”. Segundo a própria ementa da norma, “aprova o Regimento do Conselho Nacional de Saúde”.

Esse Decreto que institui o Regimento Interno do CNS dispõe, em seu artigo 1º, que o Conselho: “(...) tem por finalidade assistir o Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde”. A propósito, esse Decreto possui grande importância histórica para o atual estágio da participação popular via Conselhos de Saúde, mesmo que à população, naquele momento, fosse legado um papel coadjuvante no processo político.

Um primeiro ponto que chama a atenção é o próprio fato de ter sido aprovado o Regimento Interno do CNS via Decreto Presidencial, o que, em que pese à época fosse juridicamente comum (como hoje o é a edição de Medidas Provisórias), denota o grau de dependência institucional desse colegiado em relação ao Estado.

Além disso, consta ainda do Decreto, em seu artigo 3º, que “O Presidente do C. N. S. poderá convidar autoridades estaduais ou municipais, ou pessoas de reconhecido saber, nacionais ou estrangeiros, a comparecem a reuniões do Conselho, para colaborarem no estudo das questões em pauta”. Esse segundo ponto, conforme se afere da doutrina trazida anteriormente, apresenta-se como positivo no contexto participativo, pelo que, realmente, tem o potencial de trazer a sociedade civil para a discussão nessa arena política.

Entrementes, uma prática ainda em vigor hoje, por exemplo, nos CMS’s estudados, é a atribuição das funções de Secretário Executivo do Conselho a um servidor do quadro estatal. No próprio Decreto nº 34.347/1954, no seu artigo 4º, consta que “Exercerá funções de Secretário do Conselho um servidor do Ministério da Saúde, designado pelo Ministro de Estado”.

Quanto à sua composição, inicialmente, o CNS dispunha de 17 membros e as funções de secretaria eram atribuídas a servidores do próprio Ministério da Saúde, sendo possível verificar que tal regra ainda é seguida nos municípios da 7ª CRES - Ceará. Em 1959, o Decreto nº 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou o número de conselheiros para 24. O Decreto nº 847, de 5 de abril de 1962, reafirmou a finalidade do Conselho de assistir ao Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta. O número de conselheiros passou para 27.

Vê-se, portanto, que, desde sua origem, esse colegiado traz consigo o caráter de órgão consultivo do Estado, ficando claro, inclusive, que em sua gênese não possuía praticamente nenhuma independência institucional. Hoje, pelo que se nota, ainda persiste esse problema de independência institucional do CNS, tanto que, em sua própria página oficial consta que ele é “um órgão vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde (...)”.⁶

Atualmente, está em vigor a Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata especificamente sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as

⁶ Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>. Acessado em: 20/fev. 2018.

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Nessa norma, são formalizadas as realidades de dois foros participativos: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Sobre o segundo, dispõe o artigo 1º, § 2º dessa Lei que:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990).

Quanto a isso, Gohn (2011, p. 92) aduz expressamente que “é importante destacar que a lei federal preconiza seu [dos conselhos gestores] caráter deliberativo, parte do processo de gestão descentralizada e participativa, e os constitui como novos atores deliberativos e paritários”. Diz mais: “Apesar disso, vários pareceres oficiais têm assinalado e reafirmado o caráter apenas consultivo dos conselhos, restringindo suas ações ao campo da opinião, da consulta e do aconselhamento, sem poder de decisão ou deliberação” (GOHN, 2011, p. 92).

De outro modo, investiga-se também nesta pesquisa se o caráter permanente do CMS-Aracati é, de fato, atendido. Com isso quer-se perquirir se não há solução de continuidade nas atividades da instituição, se as reuniões mínimas previstas no regimento são cumpridas, etc., conforme se verá na apresentação dos resultados pelo indicador Durabilidade.

À luz disso, vê-se que existe desde o início uma confusão (não se sabe o quão natural ou propositada) a respeito da identidade institucional dos conselhos de saúde. É como se eles tivessem sido convidados para estar à mesa democrática, mas, ao mesmo tempo, não pudessem influir na tomada de decisão, mas apenas acompanhar, como expectadores ou, no máximo, coadjuvantes, a tão festejada democracia participativa, conforme apontam Gohn (2010, 2011), Borges (2014), Vianna (2015) e outros.

A par disso, a autora argumenta que:

é preciso, portanto, que se reafirme em todas as instâncias seu caráter essencialmente deliberativo, porque a opinião apenas não basta. Nos municípios sem tradição organizativo-associativa, os conselhos tem sido apenas uma realidade jurídico-formal, e muitas vezes um instrumento a mais nas mãos dos prefeitos e das elites, falando em nome da comunidade, como seus representantes oficiais, não atendendo minimamente aos objetivos de se tornarem mecanismos de controle e fiscalização dos negócios públicos. (GOHN, 2011, p. 93).

Nesse sentido, é interessante a abordagem de Avritzer (2010, p. 12), segundo o qual, após bastante tempo reduzida a uma verificação de presença ou não da sociedade civil nos espaços participativos, a literatura passou a considerar outras linhas de abordagem, acrescentando outras categorias. Surgiram, então, o associativismo, a vontade política e a capacidade distributiva, elevando a importância da participação social para além da experiência de Porto Alegre.

Diante disso, a grande variação nos resultados da participação nas diferentes realidades estudadas fez com que, para além da democratização, do empoderamento e da cooptação, a efetividade, por exemplo, também tivesse seu lugar de importância na definição do marco analítico dos estudos sobre participação no Brasil (AVRITZER, 2010).

Nesse quadro, ressalte-se que não houve uma confluência entre os fatores envolvidos no processo democratizante que trouxe a população para esse campo decisório que se chama de Conselho Municipal de Saúde. É que, conforme notícia Abrucio (1998), o âmbito político social local não estava receptivo aos ideais participativos que pressupõem a implementação da política de participação e controle social na política de saúde pública.

Ao mesmo tempo em que novas competências administrativas e, com elas, o protagonismo no *policy process*, são descentralizadas para o ente municipal, sobrevém uma responsabilidade democrática incompatível com os resquícios do antidemocrático coronelismo, tão característico nas municipalidades. A esse respeito, Livramento (2000) aponta que:

(...) a realidade dos municípios no Brasil sofre modificações a partir da atual Constituição, em 1988; decorrentes, em parte, do lugar dos municípios no novo padrão de organização federativa, que a Constituição pretende implantar. Essas modificações se configuram, principalmente, nas mudanças implantadas na distribuição dos recursos tributários e no processo de descentralização das políticas públicas, que, ao tomarem a direção da municipalização, conferem aos municípios novas responsabilidades político-administrativas. (LIVRAMENTO, 2000, p. 1).

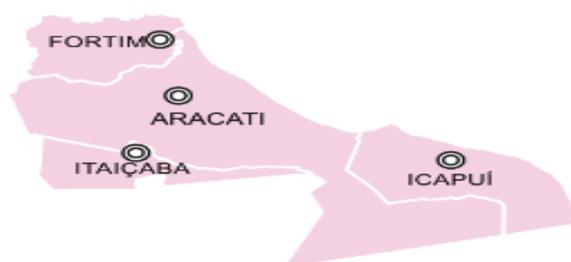
E, colocando em xeque a efetividade desse processo descentralizador das políticas públicas, Livramento (2000) questiona a real capacidade dos municípios brasileiros para assumir essas novas funções para lidar com um novo modelo de gestão e, sobretudo, para responder às necessidades da população.

Por fim, na próxima seção, que antecede a apresentação e discussão dos resultados, apresenta-se um panorama sobre a realidade e estatísticas dos municípios que compõem a 7ª CRES, além de discutir informações sobre estrutura administrativa dos CMS's à luz de informações divulgadas em sistema próprio de âmbito nacional.

3.2 A 7ª CRES e seus quatro CMS's: explicações sobre questões estruturais

O Estado do Ceará está dividido em cinco Macrorregiões de Saúde (1. Fortaleza; 2. Sobral; 3. Cariri; 4. Sertão Central; e 5. Litoral Leste/Jaguaribe), conforme mapa do Anexo I. Essas Macrorregiões estão divididas em 22 Coordenadorias Regionais de Saúde – CRES, entre as quais figura a Sétima Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará – 7ª CRES, que abrange os municípios de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba, conforme mapa da figura abaixo:

Figura 03 – Mapa da 7ª CRES - Ceará



Fonte: Secretaria de Saúde do Ceará. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>. Acesso em 20/07/2017.

Dentre os critérios que delimitaram as Regiões de Saúde no Ceará, conforme consta do site da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, destacam-se: a) malha viária; b) proximidade dos municípios; c) deslocamento da população aos serviços de saúde; d) capacidade máxima dos serviços de saúde existente nos municípios; e) sentimento de pertencimento e interdependência; e f) disposição política para pactuação.

Quanto às diretrizes de organização das Regiões, destaca-se especialmente o controle público, pelo que “serão fortalecidos os conselhos municipais de saúde, serão criados os Fóruns regionais de Conselheiros da Saúde e será articulado o ministério público para o controle das ações e serviços de saúde na defesa dos interesses da coletividade” (CEARÁ, 2018).

Duas questões se destacam na leitura desse dispositivo: a primeira é que a regionalização da saúde também deve visar, além de questões operacionais-técnicas, o fortalecimento dos CMS's; e a segunda é que esses colegiados se articularão mais com o MP na defesa dos interesses da coletividade. Tem-se, portanto, que a perspectiva de regionalização da saúde está intimamente relacionada ao processo de participação popular na gestão e no controle da política de saúde, ratificando a importância de se analisar os CMS's da 7ª CRES em sua efetividade participativa.

Ainda sobre essa política de regionalização dos serviços e estruturas de assistência à saúde pública no Ceará, tem-se a formação de Consórcios Públicos de Saúde como uma ferramenta administrativa institucional de uso recorrente e que já serve de exemplo a Estados como a Bahia (JULIÃO, 2018). Essa forma de associação interfederativa para consecução de interesses comuns também entra, ou ao menos deveria, no ciclo de gestão e controle da política de saúde sob a ótica participativa. A diferença em relação à participação ordinária, de um CMS's focado nos atos e políticas de uma gestão municipal, é que estarão envolvidas, controladas várias gestões.

Diante disso, ao mesmo tempo em que se multiplica a quantidade de gestores controlados, aumenta também a abrangência das políticas e ações de saúde face ao maior público que com a regionalização espera por atendimento. Essa mesma população regional que demanda serviços, por sua vez, tem, ao menos teoricamente, o potencial de participar do processo político da saúde pública, o que gera a justa expectativa de se ter, não só em Fóruns Regionais, mas especialmente na rotina dos próprios CMS's, uma atuação que contemple a gestão dos serviços e atendimentos prestados no CPSMAR.

Tem-se, assim, uma dupla coincidência a justificar a importância do recorte geográfico da presente pesquisa, que é tanto a regionalização em microrregiões de saúde quanto a associação interfederativa de municípios e o próprio Estado do Ceará em Consórcios Públicos de Saúde, o que é o caso da 7ª CRES e do CPSMAR, ambos compostos pelos municípios de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba.

Não obstante se ter na associação dos municípios da 7ª CRES, cujos CMS's são aqui estudados, através do CPSMAR justificar a importância do recorte proposto neste trabalho, não se abordará com detalhes o funcionamento desse Consórcio, sob o risco de se desviar o foco do objeto desta pesquisa. Mesmo assim, no que respeita ao controle e participação popular na política da saúde, em relação às ações desse Consórcio, observa-se que ele também se encontra sob a esfera de controle pelos CMS's.

É isso que se extrai, por exemplo, do *Manual de Orientação sobre Consórcios Públicos em Saúde no Ceará* ao dispor sobre as cláusulas que devem compor um Protocolo de Intenções (que é o ato oficial celebrado entre os Chefes do Executivo municipal e, sendo o caso, estadual, para dar início ao processo de formação de um Consórcio em Saúde).

O Consórcio deverá prestar contas dos recursos e bens de origem pública recebidos, e dar publicidade no encerramento do exercício fiscal, por meio de relatório de atividades e demonstrações financeiras que serão fiscalizados pelos Conselhos de Saúde, e submetidos a Auditoria pelos demais órgãos fiscalizadores competentes. (CEARÁ, 2014, p. 55).

Nota-se, portanto, que os CMS's da 7ª CRES possuem a atribuição normativa de avaliar a prestação de contas do CPSMAR, o que também será oportunamente abordado neste trabalho especificamente em relação à atuação dos CMS's, descartando a abordagem do CPSMAR propriamente dito ou da política de regionalização da saúde.

Partindo para uma explanação da situação dos municípios e CMS's da 7ª CRES, apresenta-se a seguir um conjunto de índices e dados que fornecem uma visão geral de como se encontram:

Quadro 02 – Estatísticas dos municípios da 7ª CRES

Município	Nº de Habitantes	IDHM	Gini	Território	Densidade	PIB
Aracati	74.084 (2018)	0,655 (2010)	0,5416 (2010)	1.228,058 km ² (2017)	56,32 hab/km ² (2010)	R\$ 15.978,79 (2015)
Fortim	16.357 (2018)	0,634 (2010)	0,5124 (2010)	278,765 km ² (2017)	53,15 hab/km ² (2010)	R\$ 8.866,01 [2015]
Icapuí	19.804 (2018)	0,616 (2010)	0,4796 (2010)	423.488 km ² (2017)	43,43 hab/km ² (2010)	R\$ 11.749,34 (2015)
Itaiçaba	7.787 (2018)	0,656 (2010)	0,4446 (2010)	212.109km ² (2017)	34,49 hab/km ² (2010)	R\$ 7.507,48 (2015)

Fontes:Gini:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginice.def>.

Demais:<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=2306207>.

Quanto à caracterização de cada um dos CMS's em questão, no site do CNS são disponibilizados informações e documentos sobre os CMS em geral. Esses dados referentes a estrutura física e insumos, dotação orçamentária, sede própria e capacitação de conselheiros são informados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS. A abordagem dessas questões será procedida no subitem “Estrutura Organizacional”.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: A Participação em 4 quatro D's

Como antedito, as metodologias para análise dos conselhos gestores de políticas públicas eram mais voltadas a aspectos quantitativos que qualitativos. Quando não assim, adotava-se uma linha de pesquisa essencialmente estruturalista, de modo a deixar em descoberto aspectos ínsitos ao processo deliberativo propriamente dito, como a capacidade de influenciar na tomada de decisão ou mesmo a variedade de segmentos que compõem os conselhos e os assuntos objeto das discussões travadas.

Passado o tempo, evoluiu-se para o modelo comparativo de pares de conselhos, em que se perfilavam situações semelhantes para extrair conclusões sobre a efetividade da participação popular por meio dessas organizações, aplicando-se um grupo de variáveis para os dois conselhos em questão. Essa tendência funcionou como um meio termo às abordagens fundamentalmente quantitativistas e as qualitativistas dessas organizações.

Avritzer *et al* (2010), por outro lado, foram além e propuseram a análise da efetividade deliberativa de conselhos gestores através do que chamaram de “Participação em quatro D's”, quais seja: densidade, diversidade, durabilidade e capacidade deliberativa, compondo, assim, o que designaram de IMP – Índice Municipal de Participação. É, portanto, a partir dessa espécie de terceira onda metodológica que se avalia, nesta pesquisa, a efetividade participativa dos CMS's da 7ª CRES do Ceará, destacando-se o ponto diferencial de, além de ser atual, harmonizar fatores de ordem quantitativa e qualitativa, possibilitando uma melhor análise do objeto proposto.

Em face disso, adiante serão abordados cada um dos chamados 4 D's com as respectivas apresentação dos resultados e discussões pertinentes, começando pela densidade.

4.1 Densidade

A densidade consiste basicamente na quantidade de conselhos gestores que os municípios estudados possuem (AVRITZER *ET AL*, 2010). Para isso, considera-se a gestão das diversas políticas existentes (saúde, educação, assistência social, dentre outras), tanto as promovidas por instituições cuja existência possui caráter normativo/vinculante, como é o caso dos conselhos de saúde, de educação e o tutelar, quanto aquelas de criação facultativa e

comum ou mesmo as mais vanguardistas, como os conselhos de defesa dos direitos das pessoas com deficiência e de defesa dos direitos dos LGBT's.

Originalmente, a Densidade serve muito quando se está comparando várias áreas de atuação estatal, como é o caso do trabalho desenvolvido por Avritzer *et al* (2010). No caso desta pesquisa, embora não se trabalhe na perspectiva de várias áreas como saúde, educação e assistência social, a Densidade mantém sua serventia para entender de que maneira o ambiente local em que funcionam esses CMS's se comporta em relação à criação de novos Conselhos Gestores.

A propósito, convém frisar que, por mais simples que a abordagem desse indicador possa parecer, não se deve desconsiderar sua importância no entendimento do fluxo participativo dos municípios objeto deste trabalho. Nesse sentido, uma das facetas que justificam a relevância de se saber quantos conselhos um município possui é a possibilidade de ponderar qual o nível de vontade política que a gestão municipal esboça sobre a viabilização da participação popular. Essa vontade política pró-participação é uma variável diretamente proporcional ao quanto se vai além do legalmente imposto, a exemplo da criação de conselhos de políticas para minorias étnicas, pessoas com deficiência, meio ambiente e sustentabilidade, de combate às drogas, etc.

Em relação à coleta dos dados, não sendo possível acessar a lista completa dos conselhos existentes em Itaiçaba, procedeu-se à apresentação completa dos outros três municípios e o que se conseguiu de Itaiçaba, conforme quadro abaixo:

Quadro 03 – Conselhos Gestores de cada município

Aracati	Fortim	Icapuí	Itaiçaba
1. Conselho Municipal da Assistência Social – CMAS	1. Conselho da Cidade de Fortim	1. Conselho Tutelar	1. Conselho Municipal de Assistência Social
2. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA	2. Conselho Tutelar	2. Conselho Municipal dos Direitos do Idoso	2. Conselho Municipal dos Direitos do Idoso
3. Conselho Municipal dos Direitos do Idoso – CMDI	3. Conselho Municipal de Turismo	3. Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência	3. Conselho Municipal dos Direitos da Mulher
4. Conselho Municipal dos Direitos da Mulher – CMDM	4. Conselho Municipal do Plano Diretor Participativo de Fortim	4. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente	4. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
5. Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA	5. Conselho Municipal da Juventude	5. Conselho Municipal de Saúde	5. Conselho Municipal de Saúde
6. Conselho Gestor de Habitação de Interesse Social – CGHIS	6. Conselho Municipal de Saneamento	6. Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas	6. Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas
7. Conselho Tutelar	7. Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural Sustentável	7. Conselho Municipal de Educação	7. Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
8. Conselho Municipal de Saúde	8. Conselho Municipal dos Direitos da Mulher	8. Conselho Municipal de Desenvolvimento Sustentável	8. Conselho Gestor do Fundo de Habitação e Interesse Social
9. Conselho Municipal de Educação	9. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente	9. Conselho Municipal de Defesa do Meio Ambiente	
10. Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa LGBT	10. Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional	10. Conselho Municipal de Assistência Social	
11. Conselho Municipal de Economia Solidária	11. Conselho Municipal de Alimentação Escolar	11. Conselho Gestor do Fundo de Habitação e Interesse Social	
12. Conselho Gestor de Parcerias Público-Privadas	12. Conselho Gestor do FHIS - Fundo Municipal de Habitação de Interesse Social	12. Conselho da Cidade	
13. Conselho de Políticas Sobre Drogas	13. Conselho do FUNDEB	13. Conselho da Alimentação Escolar	
14. Conselho Municipal de Política de Juventude de Aracati		14. Conselho Comunitário de Defesa Social	
		15. Comitê Gestor da Área de Proteção Ambiental da Barra Grande	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Assim, é justamente considerando o caráter positivo de se verificar situações em que alguns conselhos gestores foram criados independentemente de obrigação legal, diferentemente do de Saúde e o de Educação, que se faz esta discussão sobre a Densidade. Esse é o caso, por exemplo, dos conselhos de defesa dos direitos da pessoa LGBT, de economia solidária e de parcerias público – privada, criados em Aracati; de saneamento, desenvolvimento rural sustentável e de direitos da mulher, em Fortim; dos direitos da pessoa com deficiência, de defesa do meio ambiente e o comitê gestor da área de proteção ambiental da Barra Grande, em Icapuí.

Os casos de Conselhos como esses listados acima exprimem uma Densidade positiva na realidade em que os conselhos analisados se encontram funcionando, com exceção do caso de Itaiçaba, que, por insuficiência na informação, não foi possível analisar completamente. Em Aracati, por exemplo, o conselho para defesa dos direitos de pessoas LGBT's é bastante recente, tendo sido sua lei criadora sancionada em 13 de dezembro de 2018. Nota-se, portanto, ao menos do ponto de vista normativo, um processo de ampliação institucional dos espaços de participação popular nesses municípios, inclusive para minorias historicamente reprimidas, como é o caso das pessoas com deficiência e os LGBT's.

Essa realidade pretensamente favorável à institucionalização, ao menos no aspecto normativo, de novos Conselhos Gestores demonstra certo nível de vontade política por parte das instâncias de poder locais, sabendo que não está somente no querer do Executivo, mas, no mínimo, também depende da aprovação da Câmara de Vereadores para que seja criado um colegiado desses. Mesmo assim, em que pese essa impressão inicial de que existe uma disposição em se institucionalizar certo número de Conselhos nas mais variadas pastas, a vontade política não pode ser extraída tão somente disso, sendo necessário qualificar a discussão, de modo a se debruçar sobre questões estruturais e procedimentais, de funcionamento dessas instituições, o que, pelo presente trabalho, faz-se somente em relação aos CMS's da 7ª CRES.

Assim, nas sessões seguintes, são abordados indicadores que, além de mostrarem um quadro numérico sobre a realidade desses CMS's, permitem avaliar questões concernentes ao processo de escolha de conselheiros e distribuição das vagas entre as entidades que porventura componham a realidade sociopolítica de cada município; os processos e quóruns de votação; a distribuição dos atos de fala (vocalização) e os assuntos discutidos por cada segmento, proporcionando aferir quem fala, o quanto fala e sobre o que fala; a capacidade de agenda diante de problemas de efetividade e a resolutividade pelos encaminhamentos de

decisões e denúncias/representações ao MP, finalizando com a análise das decisões ou normatizações promovidas via Resolução.

4.2 Diversidade

Segundo Avritzer *et al* (2010), a Diversidade aborda a composição dos CMS's, englobando três variáveis: 1. Representatividade; 2. Estrutura Organizacional; e 3. Vocalização. A partir dessas três variáveis, avalia-se de que modo cada Conselho seleciona seus membros, se a distribuição das vagas consegue refletir o espectro sociopolítico local, se suas subestruturas são criadas e organizadas de maneira funcional e que favoreça uma participação efetiva e, por fim, verificar o quanto os atos de fala por segmento representado reflete a proporção normativa de divisão das cadeiras no colegiado (de 50% das vagas para usuários, 25% para representantes do governo e 25% para profissionais e prestadores de serviços de saúde).

4.2.1 Representatividade

A variável representatividade procura trabalhar a diversidade sob a faceta da quantidade de conselheiros e da variedade de entes/segmentos representados. É a partir daí que se analisa quais segmentos da sociedade possuem assento no Conselho Municipal de Saúde, sendo possível associar essa questão a outras, como, por exemplo, apontar os bairros, distritos ou regiões de onde provêm os conselheiros, de modo a sopesar o quanto variada e abrangente é a ocupação das cadeiras nos CMS e traçar a relação disso com a efetividade participativa.

Nesse sentido, o quadro abaixo sintetiza a origem de cada membro dos CMS de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba. Cabe ressaltar, por oportuno, que o quadro abaixo considera a composição atual de cada um dos Conselhos analisados, tendo em mente, por exemplo, que o CMS de Icapuí passou de 12 para atuais 16 conselheiros:

Quadro 04 – Composição de cada Conselho Municipal de Saúde

Conselho	Segmento	Origem do Membro	
CMS Aracati (24 Conselheiros)	12 da População/Usuários	01 representante do Distrito Sanitário III - Santa Tereza	
		01 representante do Distrito Sanitário IV – Pedregal	
		01 representante do Distrito Sanitário V - Canoa Quebrada	
		01 representante do Distrito Sanitário VI - Alto da Cheia	
		01 representante do Distrito Sanitário VII – Cabreiro	
		01 representante do Distrito Sanitário VIII – ABENGRUTA	
		01 representante do Distrito Sanitário X - Nova Barreira/Outeiro	
		01 representante da Várzea da Matriz	
		01 representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais	
		01 representante da Colônia dos Pescadores	
		01 representante das igrejas	
	01 representante da Pastoral da Criança		
	06 Profissionais de Saúde	02 representantes dos Profissionais de Nível Superior	
		02 representantes dos Profissionais de Nível Médio	
		02 representantes dos Agentes Comunitários de Saúde	
		06 do Governo/Prestadores de Serviços	01 representante da Secretaria Municipal de Saúde
			01 representante da Secretaria Municipal de Educação
			01 representante da Secretaria Municipal de do Trabalho, Ação Social e Cidadania
	01 representante da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, Agricultura e Pesca		
	01 representante do Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias – HMED		
	01 representante do Hospital Santa Luíza de Marillac – HSLM		
	CMS Fortim (16 Conselheiros)	08 População/Usuários	01 representante da Sede
			01 representante da Barra
01 representante da do Jardim/Viçosa			
01 representante do Coqueirinho			
01 representante do Tapuío			
01 representante da Carnaubinha			
01 representante da Associação dos Jovens			
01 representante da Associação dos Marisqueiros/Pescadores			
04 Profissionais- trabalhadores da Saúde		01 representante dos Profissionais do Nível Superior	
		01 representante dos Profissionais do Nível Médio	
		01 representante dos Agentes de Combate às Endemias	
		01 representante da Associação de Agentes Comunitários	
04 Governo/Prestadores de Serviços		01 representante da Secretaria Municipal de Saúde	
		01 representante da Secretaria Municipal de Assistência Social	
		01 representante dos Prestadores de Serviços de Saúde Hospital Municipal	
		01 representante dos Prestadores de Serviços de Saúde Laboratório Central LAB	

CMS Icapuí (16 Conselheiros)	08 População/Usuários	01 representante da Área I – Unidade Básica de Saúde Familiar – UBSF Estrela do Mar
		01 representante da Área II – UBSF de Barreiras
		01 representante da Área III – UBSF Catarina Evangelista de Sousa
		01 representante da Área IV e Área VI – UBSF II Rodolfo e UBSF Pedro Rebouças, respectivamente
		01 representante da Área V e Área VII – UBSF Monsenhor Diomedes e UBSF de Peixe Gordo, respectivamente
		01 representante da Igreja Católica
		01 representante da Igreja Evangélica
		01 representante do Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais e de Icapuí
	04 Profissionais/Trabalhadores da Saúde	01 representante de Nível Superior
		01 representante de Nível Médio
		01 representante dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS's
		01 representante dos Agentes de Combate às Endemias
	04 Governo/Prestadores de Serviços	01 representante da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento
		01 representante da Secretaria Municipal de Educação e Cultura
		01 representante da Secretaria Municipal de Assistência Social
		01 representante do Hospital Municipal Maria Idalina Rodrigues de Medeiros
CMS Itaiçaba (12 Conselheiros)	06 População/Usuários	01 representante das Entidades Organizacionais da Sede do Município
		01 representante das Associações: São Francisco e Serrote
		01 representante das Entidades: Camurim, Alto do Ferrão e Rancho do Povo
		01 representante das Entidades: Logradouro, Caris, Canto da Onça e Baixo Giqui
		01 representante das Comunidades: Alto Brito, Tracoem, Ramada e Arraial
		01 representante das Comunidades: Cidade Nova, Tabuleiro do Luna, Tomé Afonso e Alto dos Pequenos
	03 Profissionais/Trabalhadores da Saúde	01 representante de Nível Superior
		01 representante de Nível Médio
		01 representante dos Agentes Comunitários de Saúde
	03 Governo/Prestadores de Serviços	01 representante da Secretaria Municipal de Saúde
		01 representante da Secretaria Municipal de Educação
		01 representante da Unidade Mista Josefa Maria da Conceição

Fonte: Elaborado pelo autor.

À vista desses dados, imediatamente se percebe uma diferença significativa no quantitativo de membros, considerando-se as 24 vagas do CMS Aracati, as 16 dos CMS's de Icapuí e Fortim, e as 12 de Itaiçaba. Essa diferença não pode ser lida considerando-se apenas o número de membros de cada um desses colegiados, justamente porque, em regra, o tamanho do CMS acompanha, por exemplo, a quantidade de habitantes no município.

O que mais importa na análise desse quadro realmente não é a quantidade de membros que cada um dos CMS's em questão possui, pois, mesmo que um número maior de cadeiras num Conselho desses tenha o potencial de promover quantitativamente uma maior inclusão de atores sociais, não se pode associar isso à maior ou menor efetividade do processo participativo e, em última análise, da inclusão de fato.

Outro ponto que também chama atenção em relação à representatividade nesses quatro Conselhos de Saúde é a cultural/histórica reserva de vagas para representantes de segmentos religiosos tradicionais, denominados em suas atas de posse e Regimentos Internos como “igrejas”. Atualmente, somente os CMS's de Aracati e Icapuí mantêm cadeira para representantes de entidades religiosas, sendo que os de Fortim e Itaiçaba, em mandatos anteriores, também apresentaram essa característica em sua composição. No caso de Icapuí, a propósito, no ano de 2012, percebeu-se que duas das oito vagas para conselheiros usuários eram destinadas a grupos religiosos tradicionais, sendo uma para “igreja evangélica” e outra para “igreja católica”.

Nesse sentido, extrai-se que, se é verdade que se justifica a presença de entidades religiosas nesses colegiados – o que se considera para fins de argumento –, impõe-se a discussão sobre quais fatores orientam a escolha desses representantes. É dizer, por que não se destinam assentos nos CMS's para entidades religiosas de matriz africana, por exemplo? Essas razões para distribuição das vagas nos Conselhos entre as entidades que compõem o contexto sociopolítico desses municípios não constam das atas de posse, nem de outras reuniões.

Na verdade, a distribuição dos assentos nesses colegiados é fruto de mudanças nas leis de criação dos CMS's de cada um desses municípios, não se conhecendo o processo legislativo que deu ensejo a essas distribuições das vagas de conselheiros de saúde. Esse também é um ponto negativo no processo de participação popular, pois, entre outras razões, deixa nas mãos do Executivo municipal (instância controlada) a iniciativa de estruturar quantidades e distribuição das vagas para os conselheiros de saúde. Além disso, como se verá adiante, cria um engessamento na ocupação das cadeiras, de modo que existirão regiões, bairros e comunidades da zona rural que não serão representadas, o que seria evitado se o próprio colegiado se encarregasse de alterar a distribuição dos assentos ou ao menos participar de um processo periódico de mudança nas representações.

Vê-se, portanto, uma dupla exclusão do povo negro da participação institucionalizada do debate via CMS, eis que, a um só tempo, não se prevê a reserva de

vagas nos Conselhos estudados para representantes de segmentos religiosos não tradicionais, como é o caso das religiões de matriz africana, nem se considera a reserva de vagas para entidades representantes da população/movimento negro, como é o caso dos quilombolas, por exemplo, que estão presentes e reconhecidos pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) em Aracati, na comunidade de Ubaranas.

É tão grande a diferença de tratamento existente entre os credos que historicamente fazem parte da sociedade brasileira em relação à participação via CMS que se verificou, da leitura das atas de sessões promovidas pelos CMS's em análise, situações em que o “Pai Nosso” era rezado durante as reuniões. A propósito, numa sessão ordinária promovida pelo CMS de Aracati, uma conselheira representante do governo propôs uma oração⁷ “pelo município que está passando por um momento difícil e de muita violência” (ARACATI, 2013, s/p).

No CMS de Icapuí, esse tipo de manifestação religiosa tomou maior corpo e se repetiu por várias ocasiões:

Por fim, todos foram dispostos em círculo e de mãos dadas, sendo feitos agradecimentos, dados os parabéns a todos os presentes, incentivo a mobilização dos demais conselheiros e foi encerrada a reunião com a oração do Pai Nosso, respeitando a religiosidade dos presentes. (ICAPUÍ, 2014, s/p.).⁸

S.P.1 convidou para a oração do Pai-Nosso. (ICAPUÍ, 2017, s/p.).⁹

Para encerrar a reunião a conselheira S.U.1 convidou a todos para realizarem uma oração em ação de Graças pelas ações realizadas pelo Conselho Municipal. (ICAPUÍ, 2014, s/p.).¹⁰

A conselheira S.U.1. convidou os conselheiros para encerrar a reunião com uma oração para pedirmos a Deus sabedoria para conduzir da melhor maneira possível as políticas públicas de saúde locais de acordo com o que preconiza o SUS. (ICAPUÍ, 2014, s/p.).¹¹

Outro ponto que se destaca na análise da variável representatividade é a pouca variação na distribuição das vagas entre as entidades de origem dos conselheiros ao longo dos anos. Essa informação é extraída pela leitura das atas das sessões de posse dos conselheiros, em que são indicadas as entidades de origem de cada um deles, sendo

⁷ Fala de conselheira do segmento do governo em sessão ordinária do CMS Aracati em 21/08/2013.

⁸ Relato registrado pela secretária executiva do CMS Icapuí na sessão ordinária de 09/12/2014.

⁹ Fala de conselheira do segmento profissional em sessão ordinária do CMS Icapuí em 17/05/2017.

¹⁰ Fala de conselheira do segmento usuário em sessão ordinária do CMS Icapuí em 06/08/2014.

¹¹ Fala de conselheira do segmento usuário em sessão ordinária do CMS Icapuí em 09/04/2014.

apresentada no quadro abaixo a quantidade de representações que mudaram por segmento e por ano em cada CMS.

Quadro 05 – Mudanças de entidades com representação nos CMS's

Ano	CMS Aracati			CMS Fortim			CMS Icapuí			CMS Itaiçaba		
	24 conselheiros			16 conselheiros			16 conselheiros			12 conselheiros		
	Gov	Usu	Prof									
2010	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2011	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
2012	0	0	0	0	2	0	1	2	1	1	1	1
2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2014	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0
2015	0	1	0	2	5	2	0	0	0	0	0	0
2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
2017	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0
2018	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	4	1	3	8	3	2	8	3	2	1	1

Fonte: Elaborado pelo autor. Legenda: Gov = Governo; Usu = Usuários; e Prof = Profissionais da Saúde e Prestadores de Serviços.

Neste ponto, também se constata mais uma inferência que fundamenta a necessidade de se abordar a efetividade dos CMS's além da perspectiva quantitativa, que no caso é a pouca mudança nas representações no CMS de Aracati, que seria o maior dos quatro em análise, bem como a baixa variação no de Itaiçaba, que seria o menor de todos. Ou seja, vê-se os CMS's do maior município e o do menor apresentando situação praticamente idêntica sobre a soma da quantidade de mudanças nas representações que o compuseram durante os oito anos analisados.

Nesse sentido, como se verá mais adiante, o CMS de Icapuí, não obstante seja um município intermediário em relação aos demais quanto a aspectos demográficos, econômicos e estruturais, apresenta-se com um perfil participativo diferenciado positivamente, a sugerir a importância de fatores que requerem uma análise qualitativa, como, por exemplo, a conhecida tradição questionadora/vindicante do povo praieiro (FREITAS FILHO, 2013).

Cruzando esse resultado em termos de representatividade, tem-se que todos os quatro CMS's estudados possuem pontos sensíveis em relação à efetivação da participação popular sob o esquadro teórico apontado *supra*, especialmente no que se refere à promoção da

máxima participação dos interessados no processo democrático deliberativo, conforme apontado por Dahl (2001).

No caso, tem-se essa implicação negativa pela pouca rotatividade das origens dos conselheiros em razão de ser cada vez mais comum a ocorrência de problemas específicos de cada região dos municípios. Diante disso, não sendo promovida minimamente uma “dança das cadeiras” nas vagas dos CMS’s, especialmente nas reservadas aos usuários, tem-se mais um fator contrário ao ciclo de efetividade participativa que se espera desses colegiados. A consequência prática disso é que alguns bairros que, por exemplo, não tenham jamais ocupado espaço nesses conselhos deixem de ter questões relevantes para sua área discutidas e eventualmente resolvidas.

Outro ponto importante nesse cenário da representatividade é a maneira como são escolhidos os representantes do segmento de profissionais da saúde. Os representantes do Governo, sendo sua indicação discricionária do Executivo municipal, não merecem maiores divagações, porquanto sua presença no CMS’s, não obstante o dever público que lhes pesa, também visa manter presente a defesa dos interesses da Administração Pública propriamente dita.

No caso dos profissionais de saúde, o propósito seria diverso, eis que sua presença nos CMS’s teria como pressuposto a visão participativa daqueles que atuam nessa área da política, triangularizando a relação participativa entre os que gerenciam, os que prestam e os que utilizam os serviços de saúde pública. O problema aparece exatamente quando se nota a ocupação de vagas de conselheiros por parte de representantes dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde, os quais, mesmo participando de um trabalho colaborativo interfederativo (União e Municípios), tem sua atuação gerenciada e controlada pelo ente local.

Essa relação de submissão direta/indireta, no caso dos representantes do Governo, e de forma mais velada, no caso de alguns profissionais de saúde, com o Executivo municipal enfraquece a “partilha de poder” trabalhada por Avritzer (2010) e proposta pelo legislador ao dispor que 50% das vagas devem ser destinadas a representantes do público usuário e 25% para governo e profissionais de saúde.

Nesse contexto, esquematiza-se a forma de ingresso dos conselheiros representantes de cada segmento nos quatro CMS’s analisados:

Quadro 06 – Formas de escolha dos conselheiros por segmento

	CMS Aracati			CMS Fortim			CMS Icapuí			CMS Itaiçaba		
	Usu	Pro	Gov	Usu	Pro	Gov	Usu	Pro	Gov	Usu	Pro	Gov
Eleição em Fórum próprio em pré-conferências	X			X						X		
Eleição na entidade de origem	X	X		X			X	X		X		
Indicação pela entidade de origem	X	X		X	X		X	X		X	X	
Indicado pelo Executivo			X			X			X			X
Eleito pelos pares												
Indicados conforme Ata de Conferência												

Fonte: Elaborado pelo autor. Legenda: Gov – Governo; Usu – Usuários; e Prof – Profissionais da Saúde e Prestadores de Serviços.

Em relação ao segmento de usuários, tem-se uma unidade entre os conselhos em questão, de modo que o ingresso do conselheiro representante do povo propriamente dito pode ocorrer tanto por eleição em fórum próprio em pré-conferências, eleição na entidade de origem quanto por indicação pela entidade de origem. Nesse contexto, observa-se das substituições promovidas e registradas em atas de sessões dos quatro conselhos que a forma mais comum de se escolher os representantes dos usuários é a eleição em pré-conferências de saúde.

Os representantes do Governo, por seu turno, têm em todas as quatro realidades pesquisadas sua indicação como ato discricionário, no sentido de, atendidos os requisitos mínimos do Regimento Interno e da legislação aplicável, escolher a quem lhe aprouver. Isso também não se questiona face à confiança que se deposita nesses representantes em razão da função estratégica dos CMS's na aprovação de prestação de contas e de novos projetos do Executivo municipal.

Finalmente, tem-se a escolha dos representantes do segmento de profissionais da saúde, os quais, tanto em Aracati quanto em Icapuí, podem ter sua escolha efetivada por eleição entre os pares como também por mera indicação da entidade representada. Esta última forma de escolha caracteriza a escolha de conselheiros profissionais de saúde nos CMS's de Fortim e Itaiçaba. O que interessa destacar é que, mesmo que seja bem menos aplicado na realidade das escolhas dos conselheiros profissionais de saúde, o mecanismo de

eleição entre os pares parece funcionar de modo mais isonômico e prestigia a escolha mais isenta de interferências externas aptas a desequilibrar a partilha de poder já antes da posse dos conselheiros.

4.2.2 Estrutura Organizacional

Seguindo a abordagem da diversidade, tem-se a importância de analisar a estrutura organizacional dos Conselhos objeto desta pesquisa, o que se faz, assim como na representatividade, a partir da leitura das Leis de Criação e dos Regimentos Internos em comparação interna (entre os quatro conselhos) e, em alguns pontos, externa/interfederativa (dos quatro conselhos com o Conselho Nacional de Saúde - CNS). Com isso, tem-se o propósito de identificar se há falhas normativas ou pontos sensíveis no contexto da efetividade participativa quanto à estrutura organizacional dos conselhos.

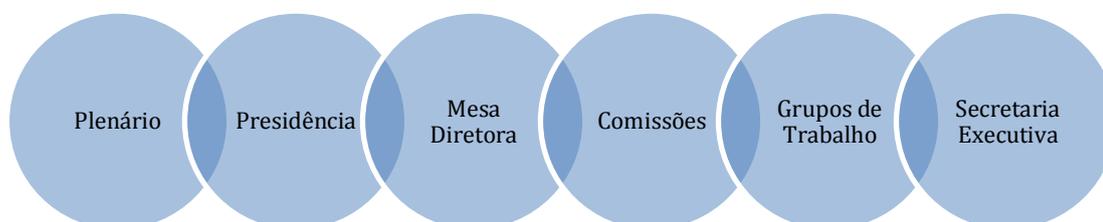
Quadro 07 – Composição dos CMS's

Órgão/Quantidade em cada CMS	Aracati	Fortim	Icapuí	Itaíçaba
Plenário	Sim	Sim	Sim	Sim
Presidência	Sim	Sim	Sim	Sim
Mesa Diretora	Sim	Sim	Sim	Sim
Secretaria Executiva	Sim	Sim	Sim	Sim
Serviço de Apoio Administrativo à Secretaria Executiva	Não consta	Não consta	Sim	Não consta
Câmaras Temáticas/Técnicas	1. de Legislação 2. de Orçamento 3. de Recursos Humanos 4. de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e do Meio Ambiente	Não consta	1. de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente	Não consta
Comissões	1. Permanente de Comunicação e Informação 2. Permanente de Saneamento Básico; 3. Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST	1. Permanente de Finanças; 2. Permanente de Comunicação; 3. Permanente de Assistência à Saúde; 4. Permanente de Saúde do Trabalhador; 5. Permanente de Ética;	1. de Orçamento e Finanças 2. de Comunicação; 3. de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente;	Sim, mas não específica

Fonte: Elaborado pelo autor.

Considerando a realidade dos quatro CMS's acima, tem-se a possibilidade de ocorrerem sete subestruturas em cada entidade, a saber: Plenário, Presidência, Mesa Diretora, Secretaria Executiva, Serviço de Apoio Administrativo à Secretaria Executiva, Câmaras Temáticas/Técnicas, Comissões. Por outro lado, conforme se extrai do organograma do CNS, essa entidade apresenta seis subestruturas: Plenário, Presidência, Mesa Diretora, Comissões, Grupos de Trabalho e Secretaria Executiva, conforme imagem abaixo:

Figura 04 – Estrutura organizacional do CNS



Fonte: Elaborado pelo autor com informações extraídas de http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/estrutura_organizacional.htm. Acessado em 27/12/2018, às 17:52.

Comparando a estrutura dos CMS's em análise e a apresentada pelo CNS, observa-se que aqueles possuem Câmara Temática, enquanto o colegiado nacional possui Grupos de Trabalho. Essa seria a comparação externa/interfederativa e a diferença apresentada, além de pequena, perde expressão tendo em vista que a leitura das atas das reuniões desses conselhos municipais aponta para a ocorrência efetiva de grupos de trabalho formalizados pelo Plenário diante de determinadas situações, como, por exemplo, a organização de Conferências de Saúde e incursões de fiscalização específica.

No caso específico do CMS de Icapuí, entre todos, ele é o único cuja estrutura organizacional conta com um Serviço de Apoio Administrativo à Secretaria Executiva. Entretanto, esse serviço parece ter sido apenas previsto normativamente, não tendo vista nenhuma evidência de seu funcionamento. Inclusive, da leitura das atas desse colegiado, não foram encontrados indícios da real existência desse apoio, conforme verificado presencialmente na fase de coleta de dados, em que se constatou apenas o trabalho de uma pessoa responsável pela Secretaria Executiva.

Nesse contexto, percebe-se que as Comissões e as Câmaras Temáticas previstas para esses Conselhos não tem uma atuação concreta, o que também se pode extrair da análise de

suas atas. Parecem estruturas mortificadas, previstas somente no campo normativo e inativas diante de uma aparente “suficiência” do Plenário, que discute as questões o mais gerais possível. Em razão disso, entende-se que há um enfraquecimento da atuação dos CMS’s em análise tanto em relação às atividades de controle quanto no tocante à formulação e gestão da política de saúde.

As Comissões permanentes teriam a função de atuar em campos específicos e rotineiros relacionados às ações e serviços de saúde, como a coleta seletiva e beneficiamento de resíduos sólidos, a proteção ao meio ambiente e o saneamento, por exemplo. Esses temas raramente são abordados nas discussões dos Conselhos em questão, parecendo, inclusive, que não são da alçada desses colegiados dada a raridade com que são abordados. As Câmaras Técnicas, por seu turno, funcionariam especialmente na elaboração de projetos e novas políticas de saúde, contribuindo para composição da agenda local e regional (tendo em vista o consorciamento desses municípios pelo CPSMAR).

Ao contrário, o que se percebe da leitura das atas é que essas Comissões e Câmaras Técnicas previstas nos Regimentos Internos e nas Leis de criação desses CMS’s não são sequer formadas ao longo dos 08 anos analisados, com exceção do CMS Aracati, que, na sessão extraordinária de 24/03/2015, constituiu Comissões e Câmaras Técnicas. Fora esse caso pontual, o que se tem, na verdade, é a montagem de equipes para tarefas pontuais, o que seria, na verdade, similar à estrutura dos Grupos de Trabalho que existem no CNS, com prazo de duração curto e tarefas prefixadas.

O que acontece é que, no curso das sessões que, quando aparecem problemas que requerem alguma apuração ou que sejam mais delicados, os CMS’s criam “comissões” inominadas e pontuais para tratar desses assuntos. Exemplo disso é a “comissão” que foi criada pelo CMS icapuiense na Ordinária de 24-02-2013 para apurar uma denúncia feita pela conselheira S.U.1 de que um agente comunitário de saúde há 13 meses não comparecia na comunidade onde deveria trabalhar (ICAPUÍ, 2013, s/p.).

Outro exemplo é uma “comissão” que foi criada pelo CMS Icapuí para verificar *in loco* a razão de alguns veículos da SMS não terem sido liberados pelos donos das oficinas em que estavam para conserto nas cidades de Mossoró/RN e Fortaleza/CE. Essa “comissão” foi criada na ordinária de 16/02/2011, pois, após vários questionamentos feitos à gestão, não houve êxito em liberar os veículos, sob a justificativa de que não poderiam ser devolvidos, pois o valor do conserto supera o valor de mercado desses bens. Na ordinária de 20/04/2011, um conselheiro do profissional disse que foi tanto em Fortaleza quanto em Mossoró e viu

que os carros ainda estavam em condições de funcionamento e que precisava apenas fazer o pagamento (ICAPUÍ, 2011, s/p.).

No CMS de Aracati, essa prática de criar “comissões” para tarefas pontuais também pode ser verificada pela leitura das atas, a exemplo da sessão extraordinária de 28/03/2018, na qual “O Plenário vota uma comissão temporária para elaborar parecer, após reunião com o contador, antes da aprovação dos relatórios” (ARACATI, 2018, s/p.). Essa iniciativa seria consequência de uma série de dúvidas que os conselheiros tiveram diante da apresentação de uma prestação de contas da gestão. Nesse caso específico do CMS aracatiense, uma estrutura que já existe em seu organograma e que teoricamente serviria ao esclarecimento de dúvidas sobre execução orçamentária e financeira seria a Câmara Técnica de Orçamento, que, mesmo tendo sido criada na extraordinária de 24/03/2015, não funcionava até o final do período analisado.

O Plenário do CMS aracatiense, na ordinária de 22/01/2014, também aprovou a formação de comissões temporárias para a visita de unidades de saúde (ARACATI, 2014, s/p.). Isso reforça a inferência de que esses Conselhos não conseguem mobilizar sua estrutura organizacional e acabam se servindo de bengalas estruturais como as equipes que o Plenário monta, as quais são ferramentas não institucionalizadas, sem força normativa e sem respaldo direto no Regimento Interno.

Ainda nessa linha de dificuldade estrutural, tem-se o caso do CMS de Itaiçaba, perante o qual, em uma sessão ordinária, a secretária executiva afirmou: “que tinha pendências na Secretaria de educação quanto a indicação de seus representantes e que encaminharia um ofício para a regularização dos mesmos. Colocou o cargo dela a disposição afirmando a dificuldade de assumir todos os conselhos”.¹² Em resposta, a senhora Terceira disse que achava desnecessário mais uma pessoa trabalhando no Núcleo dos Conselhos para assumir apenas o conselho de saúde mas ia levar o assunto ao prefeito.¹³

Mais que isso, o CMS de Itaiçaba, além de não ter a previsão de Câmaras Temáticas, tem a previsão de suas Comissões indiscriminada, sem especificar quais sejam. Como se verá adiante, esse Conselho apresenta peculiar dificuldade em seu funcionamento em relação aos seus registros dos atos de fala dos sujeitos envolvidos no processo deliberativo de seu colegiado. Essa dificuldade registral parece ter início na própria normatização de sua

¹² Fala da secretária executiva na sessão ordinária do CMS Itaiçaba em 17/03/2016.

¹³ Extraído da ata da sessão ordinária do CMS Itaiçaba em 17/03/2016.

estrutura organizacional via regimento interno, na figura de um legislador lacônico, uma vez que sequer exemplificou quais Comissões estariam estruturadas no CMS em questão.

Essa complicação comum aos quatro conselhos em análise para promover o pleno funcionamento de suas subestruturas tem ligação direta com a dificuldade em arregimentar interessados em ocupar os postos de conselheiros. É como se já fosse muito para os conselheiros terem de superar dificuldades estruturais e a falta de recursos à disposição dos CMS para fazer funcionar o Pleno. É como se fosse intransponível a dificuldade de se reunirem mais do que uma vez por mês para, além das sessões plenárias, praticar atos como membros de Comissões ou Câmaras Técnicas. Que é intransponível não se pode afirmar, mas que se tem no caso um conjunto de obstáculos difíceis de serem superados, isso, sim, pode-se afirmar.

Neste ponto, percebe-se o reverso da medalha na equação da representação x diversidade x efetividade participativa via conselhos municipais de saúde. Dito de outra forma, a dificuldade em se ter todas as instâncias que compõem esses CMS's funcionando reflete a realidade do baixo interesse em atuar como conselheiro e também mantém relação com a quantidade de assuntos que são objeto de análise e discussão por esses colegiados no Pleno.

Esse desinteresse, mesmo não tendo suas causas subjetivas estudadas sob pena de fuga ao propósito deste trabalho, mantém relação direta com a condição objetiva de, por exemplo, os horários das reuniões serem costumeiramente alocados nos turnos da manhã e tarde, quando a maioria dos conselheiros e usuários está trabalhando. Ao final, entra-se num círculo vicioso de dificuldades múltiplas que prejudicam a participação em seu grau melhor possível, como proposto por Dahl (2001).

Outra causa que se pode atribuir a esse cenário de disparidade fático-normativa em relação ao organograma desses CMS's é a dificuldade de se fazer presente, enfrentada por aqueles que precisam se deslocar da zona rural, por exemplo. Se por um lado muitos trabalham ou estudam durante o dia e em prol desses as reuniões ocorressem à noite, por outro lado a dificuldade se projetaria sobre os conselheiros que moram em regiões mais longínquas, como a zona rural, por exemplo. Isso está diretamente relacionado à dificuldade para se conseguir transporte, que, existindo já durante o dia, agrava-se à noite e é característica de pequenos municípios como os da 7ª CRES. Essa dificuldade para se conseguir transporte seria, no mínimo, amenizada se os CMS's dispusessem de carro próprio ou mesmo cedido para traslado de conselheiros que residam em locais de difícil acesso.

Por outro lado, o funcionamento das sessões em horários diurnos favorece a participação de conselheiros representantes do Governo e dos profissionais de saúde. Aqueles, por estarem claramente a serviço do Município, podem pontuar suas frequências normalmente, do mesmo modo que estes outros, os quais, em sua maioria, trabalham em equipamentos/órgãos vinculados ao próprio Governo, como é o caso dos agentes de combate às endemias e dos agentes de saúde comunitária. Mais uma vez, os representantes do segmento usuário parecem ter aumentada a sua distância em relação à participação do debate político via conselhos gestores de saúde municipal.

Quadro 08 – Funcionamento e infraestrutura

CMS	Possui sede própria?	Instalações pertencem ao Gov. estadual ou municipal?	O CMS possui dotação orçamentária própria?	Realiza capacitação dos conselheiros?	Data de criação
Aracati	Não	Sim, porque não há recurso suficiente.	Sim	Sim	27/02/1992
Fortim	Não	Sim, porque não há recurso suficiente.	Não	Sim	22/02/1993
Icapuí	Não	Sim, porque funciona em sala da sec. Saúde.	Não ¹⁴	Sim	14/06/1991
Itaiçaba	Não	Sim, porque ainda não foi construída	Sim	Sim	17/02/1992

Fonte: Elaborado pelo autor com informações extraídas de http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html. Acesso em 10 de dez. 2018.

Diante disso, percebe-se, inicialmente, um ponto em comum importante entre os quatro Conselhos analisados, que é a indisponibilidade de uma sede própria, funcionando todos nas dependências das respectivas Secretarias Municipais de Saúde. Além disso, nas visitas realizadas para coleta dos dados, observou-se que os CMS's, além de estarem em instalações cedidas, não possuem sala exclusiva para a Secretaria Executiva do Conselho. O CMS de Aracati, por exemplo, divide uma sala de aproximadamente 12 m² com um setor do Serviço Social; o de Icapuí divide sua sala de 16 m² com a Ouvidoria; o de Itaiçaba divide seu espaço de 12 m² com outras áreas da SMS, o que também ocorre em Fortim.

¹⁴ Segundo Art. 2º, § 1º e § 2º, “Ao CMSS é garantida autonomia para seu pleno funcionamento garantindo dotação orçamentária e financeira, secretaria executiva e estrutura administrativa” e “O orçamento do Conselho Municipal de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde”.

Outro ponto que divide estruturalmente os CMS em análise é a existência de dotação orçamentária própria, o que, segundo dados do SIACS, somente os municípios de Aracati e Itaiçaba possuíam. A esse propósito, chama-se a atenção para o fato de que a indisponibilidade de dotação e sede próprias são questões que refletem a menor capacidade operacional do ponto de vista estruturalista, colocando os Conselhos na condição de dependência de recursos em relação à Secretaria de Saúde dos municípios em questão.

Percebe-se daí que, diferentemente do que razoavelmente se pode esperar, os CMS funcionam em uma estrutura física cedida pela Secretaria gestora da política objeto do controle social desempenhado por aquela organização participativa. Cai-se, portanto, na controvérsia de se ter um ente controlador/fiscalizador estruturalmente dependente da entidade controlada.

Esse problema passa, na verdade, pela própria normatividade que rege os CMS de modo geral, conforme se extrai da primeira diretriz da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do CNS, ao definir os Conselhos de Saúde como uma instância colegiada integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme seja cada nível federativo de sua atuação.

Essa apontada “integração” ou vinculação ao Ministério ou Secretaria da pasta fiscalizada faz-se sentir negativamente na prática quando esses colegiados estão com déficit de insumos, estrutura e pessoal para bem fazê-los funcionar. Observa-se, como já se tem visto até aqui, um conjunto de fatores e descumprimentos normativos que incide nos colegiados estudados, de modo a minar a capacidade participativa dessas entidades.

Nesse diapasão, como se afere do quadro abaixo, nenhum dos Conselhos possui máquina fotográfica, filmadora e *data show*. Os CMS’s Icapuí e Itaiçaba não possuem impressora. O de Itaiçaba não possuiria sequer computador. Finalmente, nenhum dos quatro tem transporte para os trabalhos desenvolvidos pelo CMS. A falta desses itens, que, ao que parece, o SIACS coloca como mínimo necessário a possibilitar o regular funcionamento dos CMS’s, denota um nível estrutural desfavorável a resultados efetivos na participação popular na gestão e no controle da saúde pública municipal.

Cabe destacar que essa falta de recursos materiais, por mais que possa ser suprida por meios alternativos dos quais os próprios conselheiros eventualmente disponham (como câmeras de aparelho celular, computadores pessoais e o uso de veículo particular), não pode ser ignorada como dificuldade no caminho da efetividade participativa. Essa má estruturação dos CMS’s, no mínimo, tem o potencial de prejudicar o arquivamento de informações e documentos importantes, como também obstaculiza que ações preparatórias/instrutórias

sejam praticadas para obtenção de informações mais precisas sobre dada circunstância (uma denúncia, por exemplo).

Ademais, não se pode exigir de quem já desempenha uma função pública não remunerada que empregue recursos e bens próprios em prol da atividade participativa nesses Conselhos. É normativo, é institucional e, não bastando isso, é lógico que esses colegiados disponham dos meios necessários ao atingimento de suas funções institucionais. Do contrário, atribuir responsabilidades sem meios, sem instrumentos para desempenhá-las é infrutífero e coloca os CMS's na condição de dependência de recursos em relação à instância controlada, em cujas mãos repousaria, portanto, a faculdade de viabilizar esta ou aquela ação fiscalizatória, por exemplo.

Essa falta de recursos à disposição dos CMS's, inclusive, é objeto de discussão pelos conselheiros. Exemplo disso são as falas registradas na ata de uma sessão ordinária do CMS Icapuí:

O conselheiro S.P.2. falou também sobre a falta de compromisso do Gestor da Saúde para com o conselho e demonstrou sua indignação sobre duas situações nas quais a falta de transporte impossibilitou a presença do conselho de Icapuí em alguns fóruns com temáticas importantes para os conselheiros do município (ICAPUÍ, 2015, s/p).¹⁵

A propósito, é importante destacar que essa realidade mantém-se ao longo dos anos, de modo que, em 2017, ainda persistem problemas estruturais como a falta de transporte sendo relatados por conselheiros. Nessa ocasião, a então presidente do CMS Icapuí, representando o segmento profissional, faz coro à fala desse conselheiro no ano de 2015 S.P.1.:

falou também da dificuldade de se conseguir um transporte da secretaria para estar encaminhando os conselheiros até as reuniões, por exemplo, os motoristas da Unidade de Redonda, uma vez que são contratados para exercer funções da secretaria recusaram-se a trazer os conselheiros de saúde por duas vezes seguidas (ICAPUÍ, 2017, s/p).¹⁶

Vê-se, assim, que as dificuldades impostas pela relação institucionalmente dependente travada entre os CMS's e as SMS's fazem com que itens basilares como um profissional encarregado da Secretaria Executiva seja dividido entre outros colegiados, como foi o caso do CMS Itaiçaba anteriormente relatado. Não existência de espaço próprio, com identidade visual do Conselho, carência de força de trabalho no apoio administrativo e a

¹⁵ Fala de conselheiro do segmento profissional na sessão ordinária do CMS Icapuí em 15/12/2015.

¹⁶ Fala de conselheiro do segmento profissional na sessão ordinária do CMS Icapuí em 27/09/2017.

falta de meio de locomoção para atender a conselheiros residentes fora da sede desses municípios, bem como para fazer traslados durante visitas de fiscalização exemplificam o rol de problemas de efetividade que acometem esses colegiados.

Nesse contexto, considera-se tão importante a disponibilidade de transporte para o desempenho das atividades pelos conselheiros que, no CMS Aracati, na ordinária de 20/03/2013, foi apontado por um conselheiro do segmento profissional S.P.1 a necessidade de o Conselho “abrir uma conta e gerenciar o seu recurso. Irá conversar com o Secretário de Saúde sobre isso e também sobre a ajuda de custo aos conselheiros. Mais tarde, o Conselho poderá pensar na aquisição de um transporte”.¹⁷

Nota-se, portanto, a existência de uma cadeia de deficiências estruturais que minam a capacidade e a independência institucional desses colegiados, os quais, não dispendo dos meios necessários para o exercício de sua missão institucional, tem um funcionamento reduzido a uma espécie de sobrevivência organizacional, inflingindo extrema insatisfação a seus conselheiros. Quanto a isso, outra fala que confirma a insatisfação de alguns conselheiros em relação à falta de recursos à disposição dos conselheiros no exercício de sua função é a do conselheiro do segmento governo do CMS icapuiense:

O S.G.1 registrou sua indignação afirmando ser esta situação uma falta de respeito com o colegiado e com a própria saúde do município, visto que 50% dos conselheiros são voluntários representantes das comunidades [talvez se referindo aos usuários], citando como exemplo a Conselheira S.U.1 de Córrego do Sal que saiu cedo de sua residência pagando transporte do próprio bolso para representar o município no Fórum e quando chegou na Secretaria de Saúde não teve transporte (ICAPUÍ, 2015, s/p).¹⁸

Um ponto que também chama a atenção na fala acima é que ela foi proferida por um conselheiro representante do governo, pelo que, dado o seu teor incisivamente crítico, em tom de “indignação”, de certa forma quebra a expectativa de se esperar uma atuação dos representantes do governo indissociável dos interesses da gestão fiscalizada. Esse fato é positivo, no que diz respeito à efetividade participativa no âmbito de um conselho como esse, especialmente diante do perfil adverso de alguns gestores, como o próprio secretário de saúde, o qual, como se verá adiante, chega a pressionar o colegiado a aprovar uma medida controversa sob pena de culpar o colegiado pela parada nos atendimentos da saúde no município de Icapuí.

¹⁷ Extraído da ata da sessão ordinária de CMS Aracati em 20/03/2013.

¹⁸ Fala de conselheiro do segmento governo na sessão ordinária do CMS Icapuí em 15/12/2015.

Entre outras irresignações dos conselheiros, a falta de equipamentos nos CMS's dificulta a própria análise das prestações de contas do Executivo municipal, que é uma atuação do sumo interesse da instância fiscalizada, mas que, mesmo assim, tem percalços na sua consecução, conforme se afere da fala de uma conselheira do representante do segmento usuário: “a conselheira S.U.2 referendou sobre a falta de suporte da Secretaria da Saúde por não ter enviado e montado o data show para melhor explanação e compreensão da prestação de contas, visto que é de grande responsabilidade para os conselheiros” (ICAPUÍ, 2015, s/p). Nessa votação, sabendo do risco que os conselheiros corriam em aprovar uma prestação de contas mal apresentada, um conselheiro do segmento profissional “S.P.3 ressaltou a Lei que impõe a responsabilidade do conselho junto com o Governo, lembrando que somos co-responsáveis e declarando que irá se abster” (ICAPUÍ, 2015, s/p).¹⁹

Diante dessa dificuldade na exposição das informações que compunham a prestação de contas em questão, houve 04 abstenções contra 07 votos a favor da sua aprovação. Fica, portanto, evidenciado que esses quatro membros não puderam exercer seu direito de voto na perspectiva substancial, conforme se afere da leitura da ata, uma vez que não tiveram acesso a uma exposição minimamente minuciosa, como se exige nesse tipo de deliberação.

A seguir, apresenta-se um quadro com informações extraídas do SIACS para cada um dos CMS's em análise, pelo que se tem confirmadas as carências estruturais discutidas anteriormente, de modo que nenhum possui transporte próprio, máquina fotográfica ou filmadora, nem *data show* nem tela de projeção. Esses são itens que, ao lado dos demais informados no quadro 04, ao que parece, o SIACS, vinculado ao Ministério da Saúde, considera básicos ou mínimos para o funcionamento de um CMS.

Essas aferições de problemas estruturais e falta de recursos possuem, portanto, um duplo grau de comprovação, o que se percebe da leitura das atas assinadas durante o recorte temporal proposto e da informação que as Secretarias Executivas desses CMS's lançam no SIACS.

¹⁹ Fala de conselheiro do segmento profissional na sessão ordinária do CMS Icapuí em 20-05-2015.

Quadro 09 – Recursos nos CMS's

Itens	CMS Aracati	CMS Fortim	CMS Icapuí	CMS Itaiçaba
Secretaria Executiva Estruturada	Sim	Sim	Não	Sim
Transporte para o CMS	Não	Não	Não	Não
Computador	Sim, 1	Sim, 1	Sim, 1	Não
Impressora	Sim	Sim	Não	Não
Máquina Fotográfica	Não	Não	Não	Não
Filmadora	Não	Não	Não	Não
Televisão	Sim	Não	Não	Sim
Data Show	Não	Não	Não	Não
Tela de projeção	Não	Não	Não	Não
Internet	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaborado pelo autor com informações extraídas de http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html. Acesso em 10 de dez. 2018.

Tem-se, assim, que cada item desses, possuindo seu grau de essencialidade particular, influencia sobremaneira no desenvolvimento das atividades do CMS, a exemplo da falta de transporte próprio, que prejudica diretamente o desempenho de competências como a do item XVII da Quinta Diretriz da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 do CNS: “fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente” (BRASIL, 2012).

Outro impacto dessa carência de recursos, como carro próprio, na atuação dos CMS estudados, além do prejuízo ao desempenho de competências importantes, é um possível “êxodo rural” da gestão e controle da saúde pública nos municípios estudados, limitando geograficamente a zona de atuação dos conselheiros ao perímetro urbano, deixando, portanto, em descoberto a atuação em Postos da Saúde da Família (PSF's) na zona rural ou mesmo em bairros da sede que sejam de difícil acesso.

À vista disso, tendo sido apresentada a discutida a realidade das formas de ingresso, quais são as entidades representadas e como estão estruturados os conselhos em análise, convém se debruçar sobre a distribuição dos atos de fala entre os segmentos que ocupam lugar no debate político travado nesses colegiados.

4.2.3 Vocalização

Para finalizar a proposta de análise em relação ao segundo D, a Diversidade, tem-se a abordagem da vocalização, que consiste basicamente em traçar inferências sobre os atos de fala dos sujeitos envolvidos no processo deliberativo colegiado que marca os Conselhos Municipais de Saúde. Nesse sentido, avaliam-se as condições ambientes que sejam positivas ou negativas à oportunização da fala aos interessados, se ao público externo, ou seja, a terceiros, é dada voz nas reuniões dos CMS's, dentre outras questões que se relacionam a essa categoria teórica.

Neste ponto da análise, aporta-se na perspectiva instrumental da democracia (SCHUMPETER, 1961), de modo a, pelo procedimentalismo proposto pelo formato essencialmente deliberativo dos CMS's, perquirir sobre a efetividade da participação popular nos conselhos. Essa avaliação faz-se possível pela leitura dos registros das Atas de Reuniões, por meio do confrontamento dessas informações com as disposições das Leis de Criação e dos Regimentos Internos. Em suma, a vocalização (Diversidade) permite saber quem fala e o quanto se fala em cada um dos CMS's; e Capacidade Deliberativa (último "D") abordará o que, que tipo de assunto cada segmento aborda em suas manifestações.

Nesse sentido é interessante notar que, por bastante tempo, as análises sobre efetividade no âmbito desses colegiados restringiam-se a uma abordagem relacionada às incapacidades/dificuldades impostas pela relação com estruturas sociopolíticas tradicionais, como as elites locais (LABRA ME, 2005); (BRAVO; CORREIA, 2012). Essa perspectiva não deixa, em momento algum, de merecer seu lugar de destaque na discussão sobre efetividade participativa, embora tenha sua atuação mais ligada ao controle social propriamente dito. E justamente por se tencionar neste trabalho abordar os desafios da efetividade participativa na gestão da política de saúde pública, não propriamente do controle social – pelo que este representa apenas parcialmente o jogo participativo-, é que se adota a categoria vocalização dentro da dimensão da Diversidade da participação popular nos CMS's da 7ª CRES/CE.

Dito isso, convém abordar primeiramente quais sujeitos podem falar no âmbito de cada CMS da 7ª CRES. Para isso, analisou-se o Regimento Interno e a Lei Municipal que estrutura cada um dos conselhos. Quanto a isso, verificou-se que normativamente os atos de fala nas sessões dos colegiados analisados cabem aos conselheiros, não se descartando a ocorrência frequente de terceiros não conselheiros se manifestando durante os debates.

À vista disso, notou-se que, no campo normativo, quando não havia o silêncio absoluto ou lacuna a respeito da oportunidade de fala por parte de terceiros, somente constava a possibilidade de fala por parte do(a) secretário(a) executivo(a), que, não sendo conselheiro, foi considerado neste tópico como um terceiro. Como será visto a seguir, essa imprecisão normativa quanto à possibilidade de participação de sujeitos externos que não sejam membros dos CMS's estudados, como parece ser comum a realidades complexas não ordenadas, causa prejuízos de ordem procedimental e substancial ao processo deliberativo desses colegiados.

Não obstante essa carência em regulamentar se e como terceiros participariam das discussões durante as sessões, partindo-se para a análise das atas das sessões promovidas por cada um dos quatro conselhos, dentro do recorte temporal proposto de oito anos, entre 17/05/2010 e 17/05/2018, observou-se que há verdadeira abundância de atos de fala por parte de sujeitos externos. Por isso, apresenta-se o quadro seguinte com a síntese do que dispõem os regimentos internos sobre a possibilidade de terceiros se manifestarem durante as deliberações promovidas pelos conselhos em tela.

Quadro 10 – Regimento permite a participação/fala de sujeitos externos?

	CMS Aracati	CMS Fortim	CMS Icapuí	CMS Itaiçaba
Convidar/convocar sujeito externo ao CMS, seja técnico, agente público ou cidadão comum para participar de reuniões	Sim	Não foi dado acesso ao Regimento Interno pelo CMS	Sim	Sim
Técnico, agente público ou cidadão comum tem direito de voz durante as reuniões	Não consta		Não consta	Não consta
Reuniões abertas	Sim		Sim	Sim

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme os dados acima, os Regimentos Internos dispõem expressamente sobre a possibilidade de se convocar/convidar sujeitos externos aos CMS's, seja técnico, agente público ou cidadão comum, para participar de reuniões. Isso ocorre em função de a atividade fiscalizatória dos conselhos necessitar, para seu desempenho, de informações a serem fornecidas especialmente por técnicos. Tanto assim que a maior parte dos terceiros ao

colegiado que tiveram voz nas sessões é vinculada à gestão municipal, composta por agentes públicos da área de execução orçamentária, para viabilizar, por exemplo, a aprovação de prestação de contas dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG's).

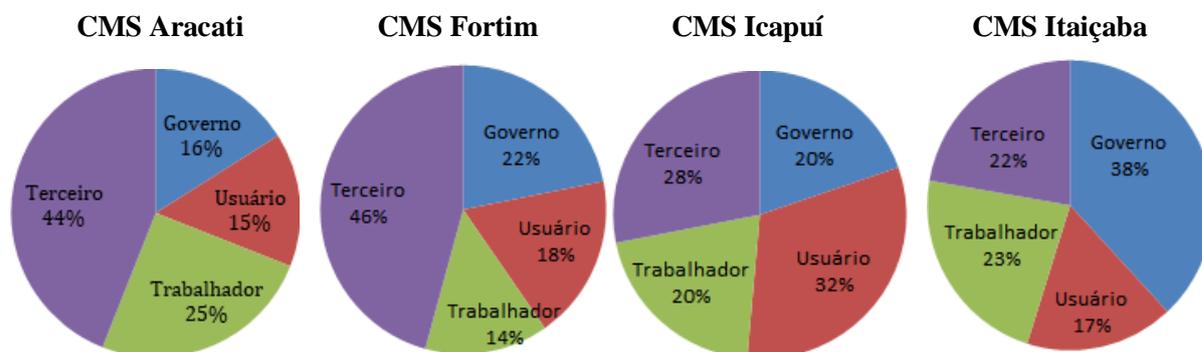
Por outro lado, também foram identificados casos pontualíssimos em que cidadãos comuns do povo foram convidados para participar de sessões a fim informar os conselheiros sobre denúncias, mal funcionamento de serviços, etc. Exemplo disso foi o que ocorreu durante a ordinária de 02/12/2010, na qual uma terceira usuária, na condição de fornecedora de serviços à SMS, teve sua fala assim registrada na ata: “a sra. Terceira que fornecia alimentação para profissionais dos PSF's do Centro entrou no auditório e reivindicou o pagamento que está atrasado, reclamando que foi dispensada sem ser comunicada e que precisa receber o pagamento” (ICAPUÍ, 2010, s/p.).

Outro exemplo ocorreu na reunião promovida pelo CMS Fortim, no dia 01/10/2014, na comunidade de Pontal do Maceió, por ocasião das escolhas dos representantes das comunidades da zona rural, uma terceira usuária “moradora da comunidade lançando a proposta de se formar no Pontal um Conselho local, a mesma ainda se prontificou a se lançar uma chapa; mas não houve representação dos segmentos sugeridos ficou faltando a representação do governo” (FORTIM, 2014, s/p.). O que se percebe é que os terceiros usuários de serviços não tem o hábito de participar das sessões dos CMS e suas manifestações durante as deliberações desses colegiados ocorre majoritariamente durante pré-conferências de saúde (quando os CMS's vão nas comunidades).

Assim, tendo visto a quem é possível o ato de fala nas sessões dos CMS's estudados, importa expor a divisão percentual dessas falas, de modo a, finalmente, promover um entendimento de como está a vocalização no âmbito desses colegiados para cada segmento. A par disso, conforme apontado no quadro 11, é plenamente possível que terceiros tenham participação nas discussões no curso das reuniões dos conselhos analisados. Nesse sentido, optou-se por considerar no grupo de terceiros cidadãos do povo, técnicos, agentes públicos e o(a) próprio(a) secretário(a) executivo(a), que, mesmo trabalhando nos CMS's, não é membro do colegiado.

A partir disso, apresentam-se os gráficos a seguir com a distribuição dos atos de fala em cada um dos CMS's analisados pelos quatro atores sujeitos que tomam a palavra no processo discursivo.

Gráfico 01 – Percentual de falas por segmento em cada CMS



Fonte: Elaborados pelo autor.

Como dito no percurso metodológico, para balizar a análise dos resultados em relação à vocalização, tendo em vista a proporção adotada pela legislação ao dispor que 50% das vagas dos CMS's devem ser ocupadas por conselheiros representantes do segmento usuário, será considerada essa proporcionalidade na distribuição dos atos de fala como ponto ótimo de percentual de falas para membros usuários. Assim, a exemplo do que se adotou em relação à Durabilidade, aqui também serão adotados níveis de resultado para a vocalização do segmento usuário, no total de quatro patamares: 1. Muito Vocalizado, se for superior a 40%; 2. Vocalizado, se superior a 30%; 3. Pouco Vocalizado, se inferior a 30%; e 4. se for abaixo de 20% será considerado Não Vocalizado.

Entretanto, antes de categorizar a vocalização de um dos CMS's, cabe tecer alguns comentários sobre a proporção de atos de fala esboçada pelos demais sujeitos que tomam parte das discussões nesses colegiados. Diante disso, com base no gráfico acima, o que de pronto chama a atenção nos é o percentual de falas atribuídas a terceiros (em roxo). Nota-se que, no menor percentual, os terceiros promovem 22% dos atos de fala no CMS de Itaiçaba, chegando a ocupar, no caso dos conselhos aracatiense e fortinense, 44% e 46%, respectivamente.

Essa realidade, ao mesmo tempo em que denota flexibilidade e sensibilidade dos colegiados aos anseios do cidadão comum, que, estando presente e solicitando a palavra, poderá manifestar-se, reflete também uma falha severa na condução das sessões ao permitir que terceiros protagonizem um espaço legitimamente constituído para a atuação dos conselheiros. Noutra senda, também pesa, nessa significativa vocalização a favor de terceiros o fato de que, em sua imensa maioria, esses atos de fala terem, como se verá adiante, caráter instrutório, vez que muitas vezes o terceiro falante ou é o(a) próprio(a)

secretário(a) executivo(a) ou é um representante do governo municipal para explicar prestações de contas, complexas ao entendimento de grande parte dos conselheiros.

Em seguida, destacam-se os conselheiros representantes do governo, os quais apresentaram um percentual de fala relativamente equilibrado em Aracati, Fortim e Icapuí, com 16%, 22% e 20% das manifestações verbais durante as sessões, respectivamente. Quanto a isso, se de um lado tem-se o CMS Aracati com a menor expressão dos representantes do governo na vocalização durante as reuniões, tem-se, por outro, o de Itaiçaba, cujos conselheiros do segmento governo apresentaram a maior expressão entre os quatro colegiados: 38% dos atos de fala, conforme se observa no gráfico 01.

Esses números sobre a atuação dos membros que ocupam as cadeiras dos governos, antes de qualquer coisa, precisam ser encarados, ao menos preliminarmente, como uma natural manifestação dos atos de fala que normativamente se esperam, como, por exemplo, nas deliberações sobre prestação de contas e aprovação de projetos do Executivo, em que conselheiros desse segmento atuam como tipos de relatores dessas matérias.

Entretanto, é sintomático que o município de Itaiçaba, principalmente por ter associada a grande expressão dos terceiros e do próprio governo ao baixo percentual de fala dos conselheiros usuários, esteja no pior patamar de desequilíbrio em relação à vocalização dos usuários, quando comparado aos demais conselhos da 7ª CRES. No caso do governo, o desequilíbrio na vocalização apresenta-se como ponto crítico de maior importância no contexto da análise sobre a efetividade participativa, pois se trata justamente da instância fiscalizada, dos representantes da própria gestão municipal.

Queira-se ou não, há muita influência, com a ressalva de situações pontuais a serem vistas adiante, na atuação do conselheiro representante do governo e quando essa atuação no contexto de vocalização assume maior expressividade, como no caso de Itaiçaba, tem-se uma dominância no campo do debate deliberativo do colegiado que não se pode explicar por uma manifestação ordinária da relatoria de prestação de contas ou aprovação de projetos. Tem-se, na verdade, uma tripla possibilidade (que não exclui outras) como causa para esse maior percentual de atos de fala a favor do segmento governo: de um lado um possível silêncio dos outros segmentos; de outro, a dificuldade enfrentada pelos membros usuários em relação a matérias discutidas sob aspectos eminentemente técnicos; e, por fim, problemas na redação das atas das sessões, como generalização das falas e omissão do registro de alguma manifestação dos conselheiros.

Antes de se analisar a vocalização do segmento usuário propriamente dito, que realmente consiste no núcleo desta pesquisa, convém ainda destacar que o número apresentado pelo CMS Aracati em relação à vocalização dos conselheiros representantes do governo merece uma interpretação pontual. Diz-se isto considerando especialmente o fato de que a maioria dos atos de fala de terceiros ser promovida por técnicos do Executivo municipal por ocasião de prestação de contas ou de aprovação de projetos e planos estratégicos, promovendo propositadamente ou não uma espécie de “argumento de autoridade” com profissionais que gozem de reputação técnica para isso perante o colegiado.

Desse modo, se é verdade que se atribui ao segmento do governo do CMS Aracati o menor percentual dos quatro colegiados estudados, no patamar de 16%, também se impõe reconhecer que os responsáveis por esses 16% deixaram, inúmeras vezes, de se manifestar face a uma espécie de reforço discursivo prestado por terceiros estranhos ao Conselho, cuja ampla maioria provém do próprio governo municipal. Essa é, afinal, uma das consequências subjacentes à abertura em massa para a participação de terceiros no processo deliberativo dos CMS estudados, o que, como se vê, imprimiu maior expressão no caso do município de Aracati.

É como se houvesse um “fundo argumentativo comum”, no qual vários sujeitos, mesmo que provenientes de segmentos diversos e, no caso dos terceiros, mesmo não compondo o grupo legitimamente constituído para o debate, procedessem a atos de fala numa linha política comum, no caso, a favor do governo.

Esse “fundo argumentativo comum” também é ampliado pela atuação, em alguns casos, de conselheiros representantes do segmento profissional/trabalhadores da saúde. Isso ocorre, como dito na abordagem da representatividade, em razão de algumas categorias que tomam assento nos CMS’s estudados estarem, de alguma maneira, vinculadas ao Executivo municipal, como é o caso dos agentes comunitários de saúde (ACS’s) e agentes de combate às endemias, os quais, mesmo fazendo parte de uma política de saúde interfederativa, tem sua seleção, pagamento e direção na esfera de governo municipal (isso também fruto da municipalização das competências político-administrativas). Diante disso, não é de causar espanto que em algum momento, provavelmente numa proporção menor do que os atos de fala dos terceiros, o segmento profissional encaminhe o debate de modo favorável ao interesse da gestão municipal.

Por fim, importa abordar a vocalização dos conselheiros usuários no processo deliberativo. Neste ponto, toma o primeiro lugar na discussão o resultado apresentado pelo

CMS Icapuí pela expressiva atuação do segmento usuário no processo discursivo do colegiado. Nesse Conselho, os membros representantes dos usuários praticaram 32% dos atos de fala, número que, não obstante longe de representar um equilíbrio proporcional à quantidade de conselheiros desse segmento (que ocupa a metade das 16 cadeiras), constitui a soma dos atos de fala desse mesmo segmento nos CMS's de Aracati e de Itaiçaba, por exemplo. Então, aos menos comparativamente, o conselho de Icapuí vai bem na vocalização do segmento usuário e, de acordo com as quatro faixas de resultados estruturados para essa variável, pode ser considerado Vocalizado, pois está acima de 30%.

Essa realidade contrária às expectativas estruturalistas que caracterizou a vocalização do CMS Icapuí é confirmada pelo resultado esboçado pelo conselho de Aracati, que, mesmo sendo o maior dentre os quatro estudados, apesar de ser a sede da 7ª CRES e funcionar como verdadeiro polo regional em serviços de saúde – tanto que em seu território funciona a Policlínica José Hamilton Saraiva Barbosa, mantida pelo CPSMAR, apresentou a menor vocalização para o segmento usuário, em tímidos 15%. Esse percentual de atos de fala no CMS Aracati pelos conselheiros do segmento usuário não representa sequer 1/3 da proporção de 50% dos assentos reservados a representantes dos usuários e, no critério estabelecido para esta análise, estando abaixo de 20% do total de manifestações do colegiado, é considerado Não Vocalizado.

Icapuí demonstrou, além da maior participação percentual do segmento usuário entre os quatro CMS's da 7ª CRES, que a atuação dos conselheiros usuários não está indivisivelmente ligada, mesmo que se tenha uma relação forte de dependência, a questões estruturais como nível de desenvolvimento socioeconômico do município ou mesmo estrutura administrativa do CMS. Tanto é assim que os 32% de vocalização de conselheiros usuários manifestos por Icapuí superam os 27,02% do Distrito Federal e os 29,75% de Belo Horizonte, que são unidades federativas com grande expressão socioeconômica e articulação política e, com esses percentuais, foram consideradas vocalizadas por Avritzer *et al*, 2010.

Icapuí apresentou, mesmo tendo contra si fatores aprioristicamente desfavoráveis no processo de verificação da efetividade participativa no âmbito do CMS, ao mesmo tempo, uma menor ocupação do espaço de fala por parte dos membros provindos do governo e de terceiros, o que sela positivamente a análise de vocalização nesse conselho. Como dito anteriormente, essa maior participação dos representantes do povo propriamente dito no processo deliberativo desse conselho tem como causa maior a tradição conhecidamente vindicante do povo icapuiense (FREITAS FILHO, 2013).

No CMS Fortim, os usuários manifestaram-se em 18% do total dos atos de fala. Essa realidade, ao mesmo tempo em que é consequência da supermanifestação de terceiros durante as sessões desse colegiado, também possui uma causa estrutural e que impossibilita uma conclusão sólida a respeito da real vocalização dos conselheiros representantes do segmento usuário. No caso, esse problema seria uma série de falhas na redação das atas do Conselho fortinense, sendo o maior desses erros a generalização das falas, que muitas vezes não tem seus autores identificados, como se pode observar no seguinte recorte: “Os conselheiros mostraram-se bastante empolgados com as atividades envolvendo os adolescentes, pois os mesmo estão bastante vulneráveis às drogas, DST’s, gravidez (...)” (FORTIM, 2011, s/p.).²⁰

Em outra ocasião, diante de um projeto de melhoria sanitária familiar: “Os conselheiros ficaram satisfeitos com a proposta visto a necessidade das famílias sessas localidades.”²¹ Em outra reunião, houve aprovação de prestação de contas com atribuição de fala genérica aos “conselheiros”: “OS Conselheiros avaliaram como muito positivo o repasse desses dados, visto o caráter representativo dos usuários” (FORTIM, 2012, s/p.).²² Mais um recorte, de outro ano, confirma o costume de redigir atas genéricas nesse CMS, quando, diante de uma prestação de contas, o plenário aprova um Relatório Anual de Gestão – RAG: após a apresentação de prestação de contas, mesmo sem discussão, os conselheiros teriam supostamente aprovado o RAG/2012. Além disso, ainda se observou, nessa mesma ata que foi utilizado corretivo em uma palavra, justamente onde depois foi escrita a palavra “aprovado”, referindo ao RAG/2012 (FORTIM, 2013, s/p.).²³

Nota-se, portanto, um problema estrutural que incide na organização dos registros e arquivos do CMS Fortim, o qual, além dessas e outras falhas (que serão abordadas oportunamente), também não conseguiu fornecer o Regimento Interno para subsidiar esta pesquisa. Efetivamente pode-se afirmar, mesmo que não se precise a medida exata, que a Não Vocalização que caracteriza o CMS Fortim está diretamente associada à subanotação das falas dos conselheiros em geral.

É uma espécie de sintetização dos registros de falas lançados nas atas, que incide, paradoxalmente, inclusive, nas reuniões itinerantes do CMS Fortim. Diz-se paradoxalmente, pois, conforme já dito, sendo raro que terceiros usuários falem durante as sessões pelo hábito

²⁰ Registro extraído da ata da sessão ordinária do CMS Fortim em 20/01/2011.

²¹ Registro extraído da ata da sessão ordinária do CMS Fortim em 13/09/2011.

²² Registro extraído da ata da sessão extraordinária do CMS Fortim em 24/02/2012.

²³ Registro extraído da ata da sessão extraordinária do CMS Fortim em 27/03/2013.

de não estar presente nas reuniões, é nas reuniões itinerantes que os usuários tem maior probabilidade de falar, de manifestar seus anseios. Entretanto, conforme se percebe da sequência de reuniões promovidas a título de pré-conferência por esse Conselho em localidades da zona rural de Fortim em outubro de 2015, as atas foram registradas de forma sintética e generalizada, apontando-se apenas a escolha dos representantes dessas comunidades (FORTIM, 2015, s/p.).

Em relação ao CMS de Itaiçaba, tendo ele apresentado 17% dos atos de fala praticados pelos conselheiros do segmento usuário, pelo critério estabelecido, tem-se que, em relação ao segmento usuário, esse colegiado é Não Vocalizado. Paralelamente, porém, à semelhança do Conselho fortinense, no que se refere à maneira como são redigidas as atas das reuniões, o Conselho itaiçabense também enfrenta sérios problemas.

No caso, é sintomático que durante várias sessões apenas a presidente do CMS de Itaiçaba tenha sua fala registrada na ata e que aos conselheiros, do mesmo modo que em Fortim, seja atribuída uma fala genérica e coletivizada, sem mencionar nomes, nem segmentos. Exemplo disso é o tom de monólogo da presidente que repetidamente foi registrado nas atas das sessões ordinárias datadas de 05/07/2010, 27/07/2010, 24/08/2010, 20/12/2010 e 19/06/2012.

A inferência de que no CMS itaiçabense, assim como no de Fortim, ocorre a omissão do registro da fala de conselheiros (provavelmente de todos os seguimentos) é confirmada por situações como a de uma sessão ordinária de cuja ata se retira o seguinte recorte: “perguntando se os mesmo concordam com a proposta. Todos concordaram e incentivaram a idéia, ficando assim certo para construir o plano na próxima semana” (ITAIÇABA, 2011, s/p.).²⁴ Diante disso, impõe-se perguntar: quem incentivou? Como incentivaram sem falar? Quem propôs que fosse construído o plano na próxima semana? Se falaram (e devem ter falado), onde está esse registro? Não está na ata.

Esse fato é uma falha grave no processo deliberativo, pois se enxergam propostas e decisões sendo construídas sem o registro de suas autorias, sem os diálogos que lhes deram ensejo, sem o registro das falas que promoveram a construção desses consensos. Além do prejuízo historiográfico, uma omissão desse porte, no mínimo, enfraquece a legitimidade das deliberações que resultam de reuniões mal relatadas no livro de atas, lançadas de forma visivelmente resumida e logicamente selecionando o que deve ou não constar desses anais.

²⁴ Retirado da ata da reunião do dia 15/03/2011 do CMS Itaiçaba.

Na ata dessa mesma reunião, consta que, “Na sequencia, a presidente apresentou a prestação de contas do mês de dezembro, digo, e novembro, onde foi aprovada por unanimidade” (ITAIÇABA, 2011, s/p.).²⁵ Mais uma vez, a exemplo da ordinária de 28-06-2010, outra prestação de contas aprovada sem registro de questionamentos. Diante disso, das duas uma: ou realmente essas prestações de contas foram aprovadas sem nenhuma discussão ou questionamento (o que se considera para fins de argumento) ou houve discussão e, pela prática de redigir atas resumidas, esses atos de fala não foram registrados. De todo modo, tem-se, nas duas situações, problemas seríssimos e que, tanto um quanto o outro, revelam um subnível de organização.

À vista disso, nota-se que a vocalização do segmento usuário, longe de ser uma questão meramente quantitativa, traz consigo um leque de situações fáticas que explicam, para Conselhos como o de Fortim e o de Itaiçaba, como se chega a resultados de 18 e 17 por cento dos atos de fala por membros usuários, respectivamente. De todas, a debilidade no registro no livro de atas parece ser a mais perigosa, pois mascara uma realidade que, devendo se tornar pública e auditável pelo escrituração das discussões e seus interlocutores durante o caminho da formação dos consensos. Em última análise, como resolver um problema (a baixa ou não vocalização) que se camufla?

Pode-se dizer que há uma teia de desafios que se interligam e influenciam na vocalização dos conselheiros representantes do segmento usuário, tendo-se identificado neste tópico problemas como: 1. a abertura desregrada de espaço para terceiros tomarem a palavra durante as sessões (o que dá corpo ao fundo argumentativo pró governo e à fala substancialmente instrutória de terceiros); 2. Omissões no registro das discussões no livro de ata nos CMS Fortim e Itaiçaba; e 3. a visível dificuldade de conselheiros usuários em debater temas ligados à execução financeira e orçamentária municipal.

Retomando o referencial teórico, soma-se a isso o fato de que o desafio na vocalização do segmento usuário no âmbito dos CMS's estudados, além de ser composto pelas já apontadas falhas estruturais e dificuldades de relacionamento com instituições e estruturas sociopolíticas (LABRA ME, 2005); (BRAVO; CORREIA, 2012), sociais e econômicas, passa necessariamente pela formação de uma cultura participativa. No caso do próprio Ceará, conforme apontam Avritzer *et al* (2012), a cultura de participação social está mais relacionada à disputas intraoligárquicas e ao incentivo estatal do que ao imaginário, ao costume popular.

²⁵ Retirado da ata da reunião do dia 15/03/2011 do CMS Itaiçaba.

Na próxima seção deste trabalho, aborda-se a relação funcionamento dos CMS's *versus* decurso do tempo e como isso influencia na efetividade participativa.

4.3 Durabilidade

A Durabilidade, assim como a Densidade, constitui-se em indicador de aferição estruturalmente simples, mas que concentra em si importância considerável na análise da efetividade de um conselho gestor. É dizer, não se pode negar que o quanto efetiva é uma instituição participativa é uma questão estreitamente ligada à continuidade ou não de sua atuação. Afinal, como se pode considerar durável e, via de consequência, efetiva uma instituição que possui histórico de solução de continuidade entre as mudanças nas gestões municipais? Ou, mais claramente: como pode uma entidade ter efetividade de portas fechadas?

Diante disso, esta análise quanto à durabilidade parte da hipótese segundo a qual, nos períodos iniciais dos mandatos do Executivo municipal, em geral, há uma quebra no ritmo habitual dos trabalhos nos colegiados em questão. Complementarmente, considera-se também que isso ocorre nas mudanças do quadro de membros dos próprios CMS's, quando, nos finais de mandatos, os conselheiros manifestariam uma tendência a desacelerar.

Nesse sentido, tomou-se o cuidado de selecionar o recorte temporal para esta pesquisa de modo que seja longo o suficiente para mostrar a realidade vivida pelo Executivo municipal entre mandatos diferentes (no caso, três). Com isso, evita-se cair no engano de, por muito curto o período analisado, incorrer-se no superficialismo, analisando um quadro que retrate o perfil mais ou menos democrático-participativo de um mandatário em particular. Vê-se, portanto, que a durabilidade trabalha especificamente a relação mudança de gestões e dos membros *versus* continuidade da atuação dos conselhos municipais de saúde da 7ª CRES.

Em resumo, na durabilidade, avalia-se a constância das sessões no curso do tempo. Essa aferição, neste caso, é viabilizada pela comparação entre o disposto regimentalmente e o que está registrado no Livro de Atas. Em geral, os Regimentos Internos destes CMS's dispõem que mensalmente será promovida uma sessão ordinária e as extraordinárias, como já diz o nome, serão eventuais e não tem um mínimo ou máximo periódico definido.

Antes de tudo, convém lembrar o período fixado para esta pesquisa, tem seu início em 17/05/2010, data em que o último município (Icapuí) teve a aprovação, via Lei

Municipal, do protocolo de intenções para criação do CPSMAR. O lapso final da análise aqui desenvolvida está fixado em 17/05/2018, data programada para início da coleta de informações, perfazendo um total de 08 (oito) anos para o corte temporal deste estudo. No caso, considerando-se esse corte temporal e o que se aferiu na leitura dos documentos acima descritos, obteve-se como resultado o que consta do seguinte quadro:

Quadro 11 – Quantidade de reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas por ano

CMS / nº de reuniões por ano	2010 – 2011		2011 – 2012		2012 – 2013		2013 – 2014		2014 – 2015		2015 – 2016		2016 – 2017		2017 – 2018		Totais		Padrão RI	
	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E
Aracati	11	1	1	3	10	1	13	1	10	1	11	1	9	0	5	2	70	10	96	N.E.
Fortim	5	1	5	1	4	6	7	0	6	2	6	2	8	1	6	1	47	14	96	N.E.
Icapuí	10	1	6	3	10	5	6	5	12	0	10	0	7	1	11	3	72	18	96	N.E.
Itaiçaba	10	2	8	0	5	1	9	3	6	1	6	0	7	5	7	1	58	13	96	N.E.

Fonte: Elaborado pelo autor. Legenda: O = Sessão Ordinária; E = Sessão Extraordinária; RI = Regimento Interno; N.E. = Não Estipulada.

Observa-se, da análise do quadro acima, especificamente na coluna “Padrão RI”, que o número de sessões ordinárias possíveis durante o período de 08 anos pesquisados é, para cada conselho, no total de 96, nem mais nem menos. O número possível de extraordinárias, por outro lado, não é fixado até mesmo por razões lógicas, dado que esse tipo de sessão pressupõe a pontualidade da matéria a ser deliberada. Para se obter um parâmetro de análise, faz-se a comparação entre o que é o regimentalmente estabelecido para cada conselho, no caso, 96 ordinárias para todos, considerando a reunião do plenário em uma vez por mês, e o que efetivamente ocorreu, que se encontra descrito na coluna “Totais”.

Nesse sentido, nota-se que Fortim e Itaiçaba apresentaram índices bastante tímidos de funcionamento de sessões ordinárias no seu plenário, no patamar de 47 e 58 reuniões, respectivamente, durante esses oito anos. No caso de Fortim, que apresentou o pior número dentre os quatro CMS’s, tem-se menos de 50% do que seria o funcionamento ideal para o colegiado, ou seja, o que deveria ser feito em 04 anos foi feito em 08.

Outrossim, sendo verdade que Fortim e Itaiçaba são, dentre os quatro CMS’s estudados, os que tem menor porte/estrutura e, até aqui, resultados seriamente negativos sobre diversidade e durabilidade. Icapuí, por outro lado, mesmo sendo também de pequeno porte, mantém-se fora da expectativa estruturalista e apresenta o maior número de ordinárias realizadas durante o período analisado.

Os CMS's de Aracati e Icapuí apresentaram, respectivamente, 70 e 72 sessões ordinárias, de um total possível de 96. Longe de ser a realidade ideal, ao menos tem-se uma maior aproximação do que seria o ponto ótimo de funcionamento. No caso de Icapuí, por exemplo, tem-se maior significação para esse resultado, qual seja o fato de, mesmo tendo contra si fatores estruturais negativos que acometem outros municípios com porte parecido, como Fortim e Itaiçaba, conseguiu a maior constância em suas reuniões.

Por outro lado, esse dado não pode ser interpretado isoladamente para dar, por si só, o entendimento de como está a durabilidade dos CMS's da 7ª CRES. Faz-se necessário, isto sim, apontar os períodos em que não realizadas as sessões nesses colegiados. Para tanto, analisou-se mês a mês o registro dos livros de atas desses conselhos e foram catalogados no quadro abaixo os meses em que não houve sessão ordinária e relacionadas as circunstâncias que, acredita-se, podem influenciar nos resultados.

Como informado no percurso metodológico, será considerado “Muito Descontínuo” o CMS que possua mais de 40% de suas reuniões ordinárias não realizadas; “Descontínuo” aquele que apresente mais de 20% e menos de 40% de ordinárias não realizadas; e “Contínuo” aquele que apresente até 20% de ordinárias não realizadas.

Para isso, apresentam-se no quadro a seguir 8 intervalos de 12 meses para cada um dos Conselhos em análise, de modo que cada período desses inicia, por exemplo, em 17 de maio de 2010 e termina em 17 de maio de 2011, e assim sucessivamente. Para verificar essa parte da hipótese inicial, consideram-se os meses em que não ocorrem as sessões ordinárias em relação a três situações: em azul, o período de mudança nos mandatos dos conselheiros; em marrom, o período de mudança nos mandatos dos prefeitos; e, em laranja, a intersecção entre períodos de mudança nos mandatos dos conselheiros e mudança nos mandatos dos prefeitos. Esses períodos de mudança, acredita-se, estão diretamente relacionados à descontinuidade das atividades desses colegiados.

Quadro 12 – Sessões ordinárias que não ocorreram (nessas, estão contidas as que não aconteceram por falta de quórum)

Anos ²⁶	CMS Aracati		CMS Fortim		CMS Icapuí		CMS Itaiçaba	
2010 – 2011	1, out	1, mai	7, jun, jul, ago, set, out, nov, dez	3, jan, fev, abr	2, ago, nov	1, jan	1, out	2, jan, fev
2011 – 2012	7, jun, jul, ago, set, out, nov, dez	2, jan, fev	4, jul, ago, out, dez	2, mar, mai	5, jun, jul, ago, set, nov	2, mar, mai	3, jun, ago, out	2, mar, mai
2012 – 2013	1, ago	0	2, ago, dez	2, jan, fev	0	2, mar, abr	6, jul, ago, set, out, nov, dez	2, mar, mai
2013 – 2014	1, jun	0	3, ago, nov, dez	2, jan, mai	3, jun, jul, dez	3, fev, mar, mai	2, jul, dez	2, fev, mar
2014 – 2015	2, ago, out	2, jan, fev	6, jun, jul, ago, set, nov, dez	5, jan, fev, mar, abr, mai	0	0	3, jun, out, dez	3, jan, mar, mai
2015 – 2016	1, jul	0	4, jul, ago, out, nov	0	2, jul, set	1, jan	6, jun, jul, ago, out, nov, dez	1, jan
2016 – 2017	1, dez	3, jan, fev, mai	2, jul, out	2, jan, fev	3, jun, ago, out	2, jan, fev	3, jun, out, dez	3, mar, abr, mai
2017 – 2018	5, jun, set, out, nov, dez	1, jan	5, jun, jul, set, nov, dez	1, mai	0	1, mai	3, jul, ago, out	2, jan, Abril
Totais de Ordinárias Não Realizadas	28		50		26		44	

Fonte: Elaborado pelo autor. Legenda: azul = período de mudança nos mandatos dos conselheiros; marrom = período de mudança nos mandatos dos prefeitos; e laranja = intersecção entre períodos de mudança nos mandatos dos conselheiros e mudança nos mandatos dos prefeitos.

²⁶ Períodos de 12 meses, de 17 de maio de um ano para 17 de maio do outro.

Esses dados complementam a análise das sessões que foram realizadas (quadro anterior) e, de pronto, podem apresentar uma aparente controvérsia ao que foi descrito no quadro anterior, caso sejam somadas as sessões realizadas com as que não foram e a soma seja maior que 96. Explica-se. No caso, alguns CMS's dos quatros estudados procederam a múltiplas ordinárias no mesmo mês, como, por exemplo, o CMS de Fortim, que promoveu 06 ordinárias em outubro de 2014 e o de Itaiçaba, que procedeu a duas ordinárias em maio de 2016. Sendo assim, justifica-se que haja essa aparente discrepância.

Voltando à análise dos meses em que não houve sessão ordinária, o que contraria as disposições dos Regimentos Internos, que estabelecem uma periodicidade mensal para esses encontros, nota-se uma relação de causalidade entre mudanças na gestão municipal e nos membros dos conselhos em questão. Pela ordem do quadro, começando pelo CMS de Aracati, tem-se que houve um total de 28 sessões ordinárias não realizadas. Dessas, observa-se uma constância na relação entre a mudança de membros do CMS (em azul) e lacunas no quadro de sessões, de modo que 12 estão relacionadas a esse fator. Por outro lado, contam-se mais 09 ordinárias que não ocorreram em períodos de mudança na gestão do Executivo municipal (em marrom). A intersecção amarela, por seu turno, não apontou nenhuma lacuna na realização das sessões.

Outrossim, também chama a atenção o fato de que, no caso do CMS de Aracati, houve dois anos com significativa interrupção das atividades do colegiado, quais sejam: 2011 e 2017, com 07 e 08 lacunas respectivamente, que podem ser relacionadas justamente nos períodos de transição apontados. Essas 15 representam, sozinhas, 53% do total de sessões não realizadas, isso em apenas dois anos, confirmando situação crítica de descontinuação das atividades do conselho aracatiense.

Noutro passo, relacionando-se a soma de lacunas nos períodos de transição, como dito, tem-se um total de 21 ordinárias não realizadas durante esses lapsos, o que implica em 75% dos casos. À vista disso, nota-se, ao menos para o caso do CMS de Aracati, uma relação de possível causalidade entre essas transições de governo e mudanças no colegiado. É como se o conselho entrasse num modo de hibernação, em um refazer-se, um reativar-se constante para, como que retomando as forças, voltar a operar a cada período de transição.

Isso parece ser uma realidade comum em gestões municipais, em que prefeitos recém-empossados enfrentam, mesmo com um período institucional de transição antes da posse, inúmeras dificuldades em retomar o ritmo das atividades. De uma forma ou de outra, mesmo que normativamente os conselhos estejam programados para funcionar de forma

independente e com renovação de seus mandatos em períodos diferentes do início da gestão municipal, muitas vezes, por atrasos na definição de estrutura administrativa (locação de prédio onde funcione o CMS, por exemplo) e de pessoal (definição quanto à secretaria executiva do conselho), há também essas descontinuidades no funcionamento dos conselhos, que estão numa relação hospedeira com a estrutura municipal.

Passando ao caso de Fortim, tem-se certo distanciamento em relação à realidade do conselho aracatiense, face, inicialmente, à expressividade que representa o número de 50 sessões ordinárias não realizadas de um total possível de 96. Outro ponto que se destaca nesse colegiado é que há longos períodos, mesmo que não relacionados às transições destacadas em azul, marrom e laranja, em que ocorre séria descontinuidade no funcionamento dos CMS quanto à realização mensal de suas ordinárias.

Nesse sentido, em relação às mudanças com trocas de conselheiros, em destaque azul, tem-se que em Fortim foram identificadas 19 lacunas. No que concerne às trocas de gestão municipal, apontam-se 04 ordinárias não realizadas nesses períodos. Além disso, ainda pesa sobre essas duas circunstâncias a intersecção (um período que coincide com mudança de conselheiros e de prefeito), que, neste caso, representa mais 08 lacunas.

Ao final, somadas as três circunstâncias apontadas como possíveis causas para descontinuidade nas sessões ordinárias do CMS de Fortim, tem-se que 31 reuniões deixaram de acontecer nesses períodos de mudança de membros do colegiado, trocas de gestão municipal e a concomitância desses dois eventos, o que equivale a 62% das do total de 50 lacunas verificadas.

Outra informação importante e que não se pode deixar em descoberto é que, das outras 19 ordinárias não realizadas, 10 estão compreendidas nos 12 meses de 2010-2011, ou seja, durante quase um ano o CMS Fortim ficou sem sessões ordinárias, o que, queira-se ou não, é o carro-chefe destes colegiados deliberativos. No geral, consideradas as 50 sessões ordinárias que não ocorreram durante maio de 2010 e maio de 2018, o CMS Fortim passou o equivalente a 4 anos e 2 meses sem funcionar conforme o Regimento Interno, não tendo alcançado, como se nota, sequer a metade do normativamente estabelecido em termos sessões ordinárias.

Neste ponto, o CMS de Icapuí, mais uma vez, apresenta resultado relativamente positivo comparado aos demais. No caso, somente 02 ordinárias não ocorreram durante mudança nas cadeiras do colegiado (em azul); 07 não foram realizadas durante a troca de

gestão municipal (em marrom) e nenhuma deixou de ser promovida durante a intersecção desses dois momentos de transição (em laranja).

Por outro lado, se é verdade que os períodos em que se efetivaram as transições, no caso do conselho icapuiense, não coincidiram com expressivas não realizações de ordinárias, como sucedeu com os CMS's de Aracati e de Fortim, também o é que devem ser considerados os períodos que imediata ou aproximadamente antecedem ou sucedem a efetivação dessas mudanças. Explica-se. No caso, considerando, por exemplo, que no segundo semestre de 2011, não foram promovidas 05 sessões ordinárias e esse período é bastante próximo da consolidação da mudança, é forçoso entender que, no período anterior às mudanças de membros no Conselho, também houve considerável descontinuidade nas atividades.

O CMS de Itaiçaba, por seu turno, também não escapa ao resultado negativo no terceiro “D” no que atina a não realização de sessões ordinárias. Entretanto, a exemplo de Icapuí, essas ordinárias que não foram promovidas não estão contidas exatamente nos períodos de mudança destacados no quadro 13. Conforme afere-se da exposição acima, esse Conselho deixou de promover 04 ordinárias durante a mudança de membros (azul); 08 no período de troca de gestão municipal (marrom); e 2 na intersecção desses dois períodos (laranja).

O conselho itaiçabense, noutro giro, apresenta, em períodos próximos às implementações de mudanças aqui discutidas, bem mais que o de Icapuí, longos lapsos nesta espécie de “hibernação participativa”, especialmente em momentos que antecedem a efetivação da transição de conselheiros e do Executivo municipal. É isso o que se percebe, por exemplo, nos anos de 2012 (8 meses); 2015 (9 meses); e 2017 (6 meses) sem ordinárias. O que se pode concluir é que, mesmo que não sejam lacunas em meses necessariamente consecutivos, é claro o prejuízo nesses casos em que, a exemplo de 2015, $\frac{3}{4}$ das ordinárias para aquele ano não ocorreram.

Por oportuno, para consolidar a apresentação e o entendimento dos dados sobre sessões ordinárias não realizadas, segue abaixo quadro com as sessões não promovidas em cada mês do ano civil, somando-se os resultados de todos os CMS's da 7ª CRES.

Quadro 13 – Sessões ordinárias não realizadas por cada mês para todos os quatro CMS's

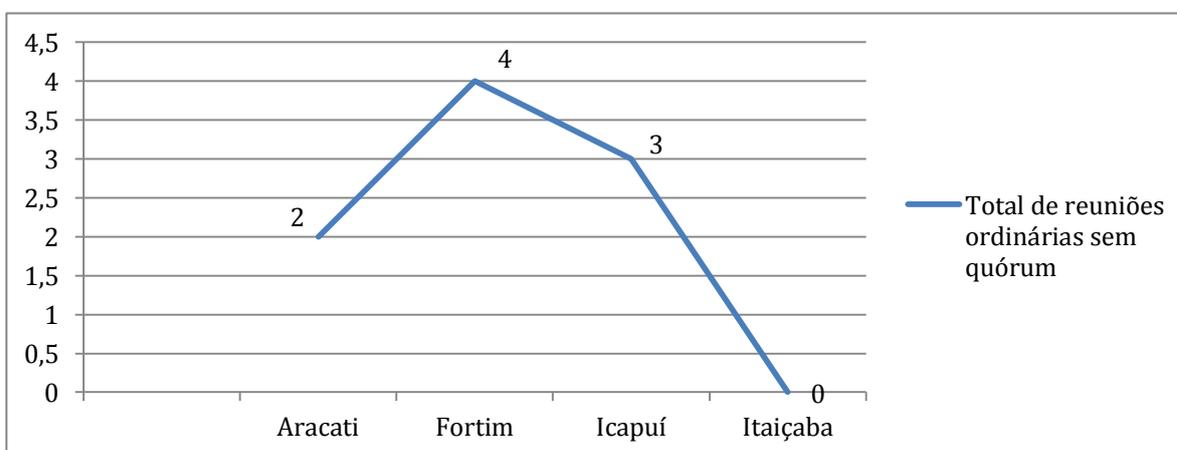
Janeiro	fevereiro	Março	abril	Maió	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro
16	11	10	5	13	13	15	16	8	16	11	15

Fonte: Elaborado pelo autor.

O que se extrai dos dados acima é que os meses de janeiro e julho, independente dos períodos de transição analisados, além de apresentarem um número de ordinárias não realizadas consideravelmente alto, correspondem a meses tradicionais de férias. Diante disso, tem-se que parece também ser causa dessa séria descontinuidade na atuação dos CMS's a falta de um período de recesso ou que, ao menos nesse tempo, os suplentes assumissem para deliberar assuntos mais corriqueiros, não centrais, dando aos titulares um período de ausência/descanso do múnus.

Em arremate, impende destacar que, dessas reuniões ordinárias não realizadas, poucas não o foram por conta da falta de quórum, conforme se apercebe do gráfico abaixo:

Gráfico 02 - Total de reuniões ordinárias que não ocorreram por falta de quórum



Fonte: Elaborado pelo autor.

Essa informação é importante, pois reforça a tese de que as mudanças habituais de membros dos CMS e as trocas de gestão no Executivo dos municípios analisados desenvolvem, em cada caso com uma intensidade diferente, papel importante no conjunto de causas que prejudicam a durabilidade dos 04 conselhos da 7ª CRES. Ademais, estando demonstrado que pouquíssimas ordinárias não se realizaram por falta de quórum – o CMS de Itaiçaba que teve menos ordinárias promovidas dentre todos, por exemplo, não o teve por

falta de quórum -, pode-se, com maior rigor, relacionar essas discontinuidades a períodos de transição na gestão do Executivo municipal e na mudança de membros dos colegiados.

Assim, aplicando as faixas de resultados para a variável Durabilidade, tem-se que: 1. o CMS de Aracati teve 29,16% de suas sessões ordinárias não realizadas, considerando-se, portanto, Descontínuo. A mesma categorização se aplica ao CMS de Icapuí, que, apresentou 27,08% de suas ordinárias não realizadas. O colegiado itaiçabense, por outro lado, teve 45,83% de suas reuniões ordinárias não promovidas durante os oito anos analisados, o que o coloca na condição de Muito Descontínuo. Por fim, o CMS de Fortim apresentou o pior resultado de todos e com 52,08% de suas ordinárias não efetuadas, também é considerado Muito Descontínuo.

Diante desse quadro impõe-se perguntar: esses colegiados poderiam sofrer tamanha solução de continuidade sem nenhuma consequência? Alguém deveria ser responsabilizado pelo não funcionamento dessas entidades? Antes de responder a esse questionamento, convém analisar o que dispõe a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, que revoga a conhecida Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, ambas do CNS.

Segundo o item IV da Quarta Diretriz da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, “o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno (...)” (BRASIL, 2012). Nota-se, portanto, que existe regra normatizada que disciplina a periodicidade das reuniões a ser observada pelos CMS’s em questão.

Assim, havendo norma a respeito, se o colegiado não observa o mínimo de uma reunião por mês deveria haver alguma punição? Se sim, quem deveria ser punido? A Resolução em questão não responde a essas perguntas, assim como também não se tem conhecimento de outra estrutura normativa que discipline esse tipo de responsabilidade, o que, sem dúvidas, é prejudicial à efetividade participativa, ainda mais diante de eventual falta de vontade política e estrutura administrativa por parte do gestor do SUS local.

Ainda assim, o Tribunal de Contas da União - TCU já protagonizou a responsabilização de agentes públicos em sede de procedimento de tomada de contas, tendo por base, dentre outros fatos, o mal funcionamento do CMS daquele município. Senão vejamos o seguinte recorte:

Funcionamento incipiente do Conselho Municipal de Saúde: reuniões irregulares; ausência de capacitação; falta de acompanhamento, análise e aprovação das ações e orçamentos da saúde; não vem acompanhando os critérios de homologação das inscrições das famílias beneficiadas no Programa de Bolsa Alimentação, em desacordo com o art. 7º do decreto n.º 3.934, de 29/9/2011. (TCU, 2010, s/p.).²⁷

Em face disso, tem-se como razoável entender que eventualmente os CMS's não conseguirão promover outra reunião por vários motivos, sendo o mais comum a falta de quórum. Entretanto, como se observou da análise traçada, pouquíssimas reuniões deixaram de acontecer por falta de quórum, o que leva a crer que a maioria das muitas que não ocorreram deve-se a outros fatores, mais ligados à falta de gestão das atividades, compromisso dos membros, falta de suporte, aspectos motivacionais, enfim, causas cujo estudo não constitui o objeto desta pesquisa.

Em razão disso, tem-se por injustificável que, mesmo no caso do CMS Icapuí, que apresentou o menor percentual de descontinuidade (27,08% de ordinárias não realizadas durante os 08 anos da pesquisa), um colegiado com tamanha importância democrática não se reúna nas quantidades mínimas disciplinadas. Nos casos dos CMS's de Itaiçaba e Fortim (com déficit de 45,83% e 52,08% de ordinárias não realizadas, respectivamente) a situação é ainda mais grave e destaca a necessidade de uma legislação mais rígida e suficientemente clara sobre a responsabilidade de conselheiros e do Executivo municipal sobre casos de solução de continuidade como esses. Essas mudanças normativas, se implementadas, teoricamente teriam o condão de exigir uma mudança organizacional para que se caminhe rumo à efetividade participativa, pois, como se disse, não se pode esperar efetividade participativa de um colegiado cujas portas estejam fechadas.

4.4 Capacidade Deliberativa

A Capacidade Deliberativa constitui-se no último dos quatro “D’s” propostos por Avritzer *et al* (2010), segundo quem a aplicação metodológica dessa categoria consiste em realizar uma avaliação de características do Regimento Interno e da capacidade dos representantes do segmento de usuários de participar dos debates nos conselhos. Esta segunda parte da análise será instrumentalizada pela leitura das Atas de Reuniões dos CMS's estudados pelo período de 17/05/2010, tendo-se o final do lapso no dia 17/05/2018, conforme corte temporal proposto. Paralelamente à exposição e discussão dessas

²⁷ Julgado disponível em <https://tcu.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/316453644/749920108/inteiro-teor-316453752?ref=serp>. Acessado às 20h:29min de 20/02/2019.

informações por meio de gráficos, serão colacionados trechos das atas e empreendidos comentários à luz da legislação e do referencial teórico que serve de base para esta pesquisa.

A esse respeito, é pertinente o raciocínio de Baiocchi, 2001, *apud* Avritzer, 2010:

Assim como Cohen, a tradição do “empowerment deliberative democracy” passou a enfatizar a necessidade de arranjos institucionais que garantam “justiça e eficiência às estruturas deliberativas” (Baiocchi, 2001, p. 44). Esta agenda pode ser definida pela busca de desenhos institucionais que “empoderem” as unidades locais para tomar decisões de forma deliberativa, ou seja, decisões precedidas de debates, que permitam tanto a reversão de preferências e interesses dos cidadãos, como a justificação pública dos mesmos. (AVRITZER, 2010, p. 61).

Nesse contexto, a Capacidade Deliberativa apresenta-se como o indicador cuja análise possui maior amplitude em relação às variáveis a serem estudadas. Não só por isso, sua importância sobressai em relação aos D's anteriores. Se é verdade que os outros D's servem de preparação ou mesmo são indispensáveis à abordagem deste último indicador, também é verdade que a capacidade deliberativa se constitui exatamente no centro da discussão sobre a efetividade participativa no âmbito dos CMS's de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba. A propósito, a importância desse indicador reside justamente no fato de que é a partir dele que se promove uma incursão sobre o conteúdo dos atos de fala dos conselheiros e demais sujeitos que tomam parte do processo discursivo como terceiros.

Desse modo, tendo já sido vistos a ambiência político participativa local em que inseridos esses CMS's (Densidade); (Diversidade) a forma de ingresso e quais entidades tem assento nesses colegiados (representatividade), quanto cada segmento manifesta do percentual de atos de fala (vocalização) e as características e desafios que são enfrentados em relação ao organograma e aos recursos (estrutura organizacional); e a relação funcionamento dos CMS's *versus* decurso do tempo quanto à solução de continuidade (Durabilidade); importa agora entender o processo de formação da pauta, a votação, o teor dos atos de fala e a resolutividade promanada desses colegiados (Capacidade Deliberativa).

Considerando-se que os CMS's são em sua essência entidades que atuam pelo mecanismo deliberativo participativo, importa investigar como se procedimentaliza essa participação, a exemplo de saber o que pode ser discutido, como se forma a pauta, quem decide sobre o que e quando vai à pauta, como essa pauta pode ser alterada, quóruns de votação, requisitos para falar nas sessões e a força normativa das decisões dos conselhos estudados.

Aqui entra em discussão o que Schumpeter (1961) afirmou ser o ponto chave da democracia participativa, que é o como fazê-la funcionar, o seu aspecto procedimental. Ao mesmo tempo, tem-se também em mente a perspectiva inclusiva máxima defendida por Dahl (2001), para quem se deve promover a participação dos indivíduos na maior medida possível, o que, nesta pesquisa, se aplica especialmente aos conselheiros representantes do segmento usuário.

4.4.1 Processo Deliberativo

Inicialmente, em relação ao processo deliberativo que ocorre no âmbito dos CMS's estudados, importa entender como são orientadas as discussões promovidas pelos conselheiros, a variedade dos temas, como são escolhidos, etc. Por isso, inicialmente, impõe-se uma análise acerca da definição da pauta à luz do que rezam as Leis de criação e Regimentos Internos desses conselhos.

Nesse contexto, procedeu-se à análise do Regimento Interno dos conselhos em questão, de modo a conhecer quais sujeitos ou subestruturas desses colegiados podem sugerir a inclusão ou alterar algum ponto na pauta, conforme observa-se do quadro abaixo.

Quadro 14 – Quem define a pauta conforme os Regimentos Internos

Quem pode incluir ou alterar assunto na pauta	CMS Aracati	CMS Fortim	CMS Icapuí	CMS Itaiçaba
Presidente	Sim	Não foi dado acesso ao Regimento Interno pelo CMS	Sim	Sim
Mesa Diretora	Sim		Sim	Sim
Conselheiro, Mesa Diretora ou Comissões	Sim		Sim	Sim
Conselheiros c/ aprovação da Diretoria ou da Presidência	Sim		Sim	Sim
Diretoria ou Presidência c/ aprovação de Conselheiros	Sim		Sim	Sim

Fonte: Elaborado pelo autor.

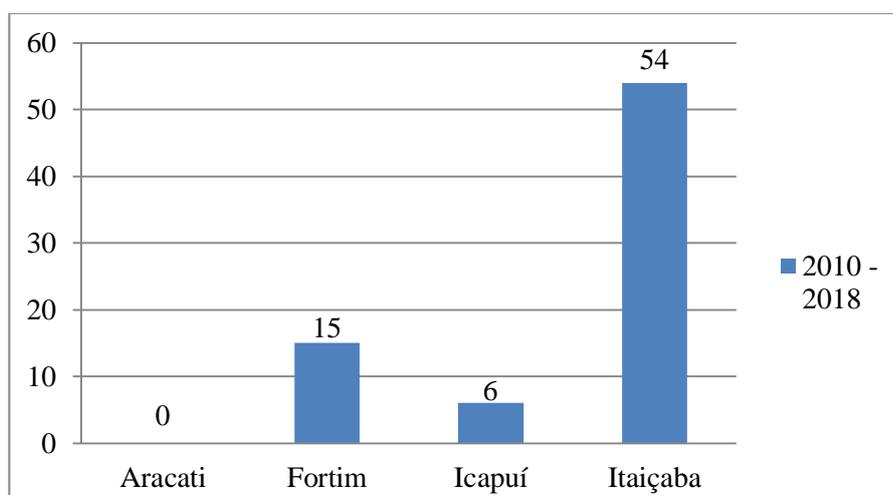
Observa-se dos dados acima que, ao menos normativamente, há ampla possibilidade de participação no processo de formação da pauta dos conselhos da 7ª CRES (com exceção para o de Fortim, pela razão exposta no quadro), de modo que, inclusive, os membros

podem, individualmente, sugerir inclusões/alterações dos pontos a serem discutidos nas reuniões. Nesse quadro, estão bem os 03 colegiados avaliados neste ponto, ao menos no que pertine ao viés normativo dessa questão.

Por outro lado, após a exploração do conteúdo das atas das sessões, observa-se que, ao menos na perspectiva registral/formal, o processo de formação das pautas desses quatro CMS's padece de grande desorganização, podendo-se dizer que, em alguns casos, é mais grave a situação. Por exemplo, tem-se o caso do conselho de Itaiçaba, no qual várias sessões tiveram suas atas registradas sem sequer ser comunicada (ao menos é isso que se extrai das atas) aos conselheiros uma pauta para o dia, conforme se afere do quadro a seguir.

Para isso, foram analisadas as atas das sessões desses conselhos, de modo que foram catalogadas quais reuniões tiveram suas pautas definidas, conforme as informações que foram sintetizadas no gráfico abaixo.

Gráfico 03 – Reuniões (ordinárias e extraordinárias) sem pauta definida



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em seguida, antes de apresentar as inferências e para completar o raciocínio, apresenta-se um quadro com o total de reuniões promovidas por cada conselho, entre ordinárias e extraordinárias.

Quadro 15 – Sessões efetivadas por cada Conselho entre 2010 e 2018

CMS	Ordinárias	Extraordinárias	Total
Aracati	70	10	80
Fortim	47	14	61
Icapuí	72	18	90
Itaiçaba	58	13	71

Fonte: Elaborado pelo autor.

À vista desses dados, nota-se que o CMS de Itaiçaba, mais uma vez, apresenta situação deveras crítica em relação à formação e organização de suas pautas para as sessões. Observou-se, assim, que o conselho itaiçabense, de um total de 71 sessões, entre ordinárias e extraordinárias, deixou de registrar em ata a pauta de 54 dessas reuniões, o que representa 76,05% de encontros deliberativos sem a formalização de uma pauta que orientasse as discussões.

O CMS de Fortim, por sua vez, apresentou a proporção de 15 sessões sem pauta para um total de 61 encontros promovidos, importando em 24,59% do total das reuniões realizadas entre maio de 2010 e maio de 2018 sem a formalização de pauta. O conselho de Icapuí, por seu turno, apresentou o total de 6 reuniões nem pauta registrada na ata, num conjunto de 90 reuniões (contadas aí ordinárias e extraordinárias), implicando numa razão de 6,66% de sessões sem a informação de uma pauta na ata.

Por fim, o colegiado aracatiense apresentou todas as reuniões do período analisado com a formalização das pautas para cada sessão, conforme faz-se ver do gráfico 03 (anterior).

Diante do exposto, nota-se que o CMS de Itaiçaba, sozinho, corresponde a 243% do total de reuniões sem ata dos outros conselhos, o que, sem dúvida, coloca esse colegiado em situação deveras crítica do ponto de vista da capacidade deliberativa efetiva. Ora, não se questiona, nesse contexto, que dificilmente um colegiado que não consegue sequer organizar e informar aos conselheiros a pauta a ser trabalhada num dado encontro obterá resultado efetivo.

Quanto a isso, impõe-se uma observação plausível, já confirmada quando da análise da vocalização, aponta para um conjunto de falhas observadas na confecção das atas das reuniões de alguns conselhos, especialmente o de Itaiçaba e o de Fortim. Essa poderia ser uma das causas a justificar a falta de informação da pauta de várias reuniões por esses CMS's, conforme exposto no gráfico 03.

Entretanto, essa tese perde força quando se analisa o teor das próprias falas de alguns conselheiros em relação ao processo de construção das pautas, em que alguns reclamam por serem surpreendidos com prestações de contas não comunicadas anteriormente ou mesmo com a falta de tempo razoável para análise (nas raras vezes em que enviadas previamente). Exemplo disso é a fala de dois conselheiros, um do segmento profissional e outro representante do governo, do CMS de Icapuí: “O Conselho é acionado às pressas para aprovar a prestação os documentos e que o Conselho precisa de tempo hábio (sic) para analisar os documentos (...)” (ICAPUÍ, 2011, s/p.).²⁸

Outro exemplo é a solicitação feita por uma conselheira S.P.4, a qual “solicitou um cronograma fixo das reuniões do Conselho e lembrou que a prestação de contas sejam enviado antes para o CMS para serem avaliada melhor lembrando também que o Conselho CMS está como parceiro da Gestão” (ITAIÇABA, 2015)²⁹. No CMS Aracati, também houve o tratamento dessa questão, de modo que o próprio Plenário “propõe que as atas sejam enviadas por e-mail, antecipadamente, e que na reunião seguinte sejam lidos somente os pontos principais. A proposta é aprovada” (ARACATI, 2010).³⁰

Por outro lado, demonstrando momentos de correção no processo de formação e informação das pautas, tanto o CMS de Icapuí quanto o de Aracati fizeram, em ocasiões pontuais, o envio de documentação previamente à data da sessão na qual iria se deliberar a respeito desses pontos. Isso ocorreu, em Icapuí, na ordinária de 24/08/2010, em cuja ata consta a informação de que a prestação de contas teria sido enviada anteriormente à sessão para os e-mails dos conselheiros. Essa informação é importante e, por mais que em anos anteriores tenha-se notado reclamação de alguns conselheiros sobre a surpresa do conteúdo das prestações de contas não enviadas com antecedência, reflete uma prática que promove, no mínimo, equilíbrio no debate entre os conselheiros (ICAPUÍ, 2016, s/p.).

O Conselho aracatiense, por seu turno, nas atas do ano de 2018, como foi o caso da última sessão analisada para o recorte temporal que norteia esta pesquisa, a ordinária de 16/05/2018, o Plenário já fazia um alinhamento sobre a pauta da próxima reunião com a inclusão, ao final da ata, de um tópico chamado “Pauta para a próxima reunião ordinária” (ARACATI, 2018, s/p.).

Essa recente postura do CMS de Aracati, ao mesmo tempo em que indica uma mudança de paradigma sobre o processo de formação da pauta atende ao disposto na Quarta

²⁸ Relato extraído da ata da sessão ordinária de 20/04/2011 do CMS Icapuí.

²⁹ Relato extraído da ata da sessão ordinária de 26/02/2015 do CMS Itaiçaba.

³⁰ Relato extraído da ata da sessão ordinária de 24/08/2010 do CMS Icapuí.

Diretriz, item IV, parte b, da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, que estabelece: “A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias” (BRASIL, 2012).

Ainda a respeito da não formalização da informação da pauta das reuniões dos CMS's, impende destacar que, mesmo que não apresentem um percentual tão alto quanto o de Itaiçaba, os conselhos de Fortim e Icapuí não se salvam a esse aspecto negativo. Mesmo que os dois apresentem um percentual menor que a metade do verificado em Itaiçaba, não se pode olvidar que a formalização dos pontos objeto da pauta são elemento estrutural básico de uma ata e, justamente por isso, pelo seu caráter inicial e ao mesmo tempo fundamental, não pode deixar de ser observada em nenhuma sessão.

Em última análise, adotando-se certo otimismo, mesmo que se consiga debater os pontos aleatoriamente trazidos à baila nas sessões dos Plenários, não se ignora que haverá, no mínimo, violações lógico-normativas ao processo deliberativo racional, razoável. Afinal, como poderá um tema ser efetivamente discutido se os conselheiros forem pegos de surpresa? Como, não tendo acesso ao assunto a ser discutido e eventualmente objeto de votação, poderá o membro do colegiado desenvolver efetivamente sua participação enquanto conselheiro?

Vai-se além: e diante de assuntos altamente técnicos, como é o caso próprio das políticas de saúde, bem como da apresentação de prestações de contas do Executivo municipal? Como se posicionarão os conselheiros representantes dos usuários, por exemplo? É justamente aí onde reside uma falha estrutural que é ampliada por essa evidente falta de organização, formalização e/ou informação das pautas a serem discutidas nas sessões realizadas no âmbito desses Conselhos.

Interessante, nesse quadro, o que foi objeto de contestação na sessão do dia 23/02/2017 no CMS itaiçabense, em que houve reclamação por conta dessa “reunião surpresa” com visto à apresentação e possível aprovação de contas referentes ao 3º quadrimestre de 2016, face ser aquela a data final para cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) nessa prestação de contas pelo Executivo municipal.

Nesse sentido, também não são raros os reclames de conselheiros quanto à dificuldade em se discutir algumas matérias, tendo-se em vista a complexidade de alguns assuntos, especialmente os que dizem respeito a prestação de contas. Como se viu anteriormente, essa perspectiva deficitária na qualificação técnica dos assuntos *versus* desconhecimento dos conselheiros e a ocorrência de “pautas surpresas” contribuem para o resultado negativo na vocalização por parte dos representantes do segmento usuário e uma

super atuação de caráter majoritariamente instrutória de terceiros que funcionam, no mais das vezes, como relatores de matérias de interesse do Executivo municipal.

Outro ponto que se soma negativamente a esse quadro de desorganização é o fato de que, até 2014 a 2015, era previsão regimental dos CMS's Aracati, Icapuí e Itaiçaba e no caso de Fortim aferiu-se essa prática pela leitura das atas que a presidência do conselho fosse ocupada pelo secretário de saúde. Explica-se. É que, ao mesmo tempo em que não há um controle minimamente rigoroso do processo de formação da pauta, não há sequer o registro de prévia comunicação de quais assuntos serão objeto de discussão e quem preside o colegiado era impositivamente o secretário de saúde, tendo-se, assim, uma vantagem virtual a favor do Executivo municipal sobre o controle potencial do que ia à discussão.

Quanto a isso, não se pode ignorar que essa perspectiva procedimental não é escorreitamente abordada nos regimentos internos desses dos três conselhos a que tivemos acesso, de modo a deixar várias lacunas sobre como se deve promover o processo participativo nesses CMS's. A esse respeito, já se nota certo costume de esses regimentos preverem mais questões de caráter material, como estrutura organizacional e competências/atribuições das estruturas e subestruturas que compõem os conselhos estudados. Via de consequência, matérias de ordem procedimental como a formação e alteração da pauta, levantamento de questões de ordem, impedimentos e suspeições dos membros, dentre outras, são ignoradas, apesar de sua importância fulcral.

Outrossim, além desses problemas apontados, a falta de uma ata prévia e democraticamente definida pelos membros dos CMS's gera desordem na discussão ante o descumprimento de um pressuposto teorizado pelo próprio Dahl (2001), que seria a criação de um programa planejado. Como dito no referencial teórico, isso impõe que a ordem do dia formalizada na pauta seja respeitada pelos membros dos colegiados estudados, de modo que sejam evitadas discussões de matérias que, além de não terem sido pautadas, sejam estratégicas, críticas ou mesmo consideradas “pauta bomba”, conforme o jargão político atual.

Exemplo de desorganização e asoberbamento das discussões sem pauta predefinida foi o que ocorreu no CMS Itaiçaba durante a reunião ordinária de 24/04/2012, em que os conselheiros tiveram contato com 11 pontos diferentes, conforme se verifica da leitura da ata dessa sessão. Para piorar a situação, ao final, ainda foi votada uma prestação de contas, conforme se apreende da lista abaixo:

1. Elogios ao governo Dilma Rousseff; 2. Projeto do Executivo de academia popular; 3. Reforma de PSF; 4. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ; 5. Inauguração de PSFs; 6. falta de cirurgia eletiva em Aracati, apesar de repasse de recursos; 7. Visita PMAQ e UNICEF; 8. Relatório do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN; 9. PPI; 10 projeto de reestruturação da Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF; 11 prestação de contas de janeiro, fevereiro e março de 2012. (ITAIÇABA, 2012, s/p.).

Finalmente, impõe-se reconhecer que, sendo a formação da pauta ou programa planejado o início do processo deliberativo em si, fora o CMS Aracati, todos os outros começam mal o caminho da participação, chegando, no caso do colegiado itaiçabense, à razão de 76,05% de reuniões (ordinárias e extraordinárias) sem a informação da pauta no livro de atas. Numa situação como essa, o colegiado anda às cegas, mecanizado, inserido num processo de “sentar e votar”, minado em sua capacidade deliberativa em efetivamente discutir assuntos de seu conhecimento e sendo surpreendido a todo momento com a necessidade de discutir temas complicados ou estratégicos sem o preparo que é razoavelmente esperado.

4.4.1.1 Processo de Votação

Seguindo na avaliação do perfil deliberativo do processo participativo que caracteriza os Conselhos em análise, importa entender como estão normatizados os quóruns de votação para cada tipo de objeto posto em discussão. Nesse sentido, importa esclarecer que somente o CMS de Fortim não teve o preenchimento de suas informações no quadro a seguir, pois não foi possível o acesso a uma cópia sequer do Regimento Interno desse colegiado em face de, após solicitação ao então secretário executivo e também pedido feito à própria atual presidente, ter sido respondido que, após buscas, não encontraram nenhum exemplar do texto.

Diante disso, também foi solicitado dito documento ao Conselho de Saúde do Estado do Ceará – CESAU, mas também os responsáveis não encontraram referido documento, sendo, portanto, esse o motivo pelo qual se deixou de incluir neste ponto da análise os dados referentes ao conselho de saúde de Fortim. Mesmo assim, a seguir, tem-se o quadro com as informações referentes aos quóruns de votação para cada assunto nos outros três conselhos.

Quadro 16 – Tipos de quórum por decisão

	CMS Aracati	CMS Fortim	CMS Icapuí	CMS Itaiçaba
Maioria Absoluta 50% dos membros + 1	1. Quórum de instalação das Reuniões	O CMS não forneceu acesso ao Regimento Interno.	1. Quórum de instalação (abertura) das Reuniões Plenárias	1.Convocação de Reunião Extraordinária
	2. Deliberações do Plenário		2. Proposta para alteração do Regimento Interno	
	3. Eleição do Presidente do Conselho		3.Eleição da Mesa Diretora	
	3. Eleição da Mesa Diretora			
	4. Convocação de Reunião Extraordinária			
	5. Mudança e aprovação do Regimento Interno.			
	6. Aprovação dos Relatórios de Gestão, do Plano Municipal de Saúde, da LDO, do Orçamento e Plano Diretor Regional			
7. Aprovação das prestações de contas				
Maioria Simples 50% dos presentes + 1	1. Regra geral; e	1. Regra geral; 2. Reunião extraordinária mediante requerimento da maioria simples	1. Quórum de instalação de reunião	
	2. Deliberação de encaminhamentos pelo Plenário.			
Forma de Voto/Escrutínio	Nominal e aberto	Nominal e aberto	Nominal e aberto, com exceção dos que se referirem a pessoas nominadas	
2/3 de aprovação	Autorização para o Presidente representar ao MP quanto a atos contra as atribuições e deliberações do CMS, relativos à saúde ou ocorrer ameaça de grave lesão à saúde pública.	Não menciona	Revisão do Regulamento Geral da Secretaria de Saúde do Município	
			Financiamento ou Alienação de bens patrimoniais	
			Revisão do Regimento Interno	
			Resolver casos omissos	
Convocação de Reunião Extraordinária	Dois membros da Mesa Diretora e metade mais 1 dos membros do plenário para matérias especiais ou de urgência		Majoria Simples	Majoria absoluta
Presidente tem voto de qualidade/mierva no caso de empate?	Sim.		Sim	Sim

Fonte: Elaborado pelo autor.

A respeito dos quóruns de votação no âmbito dos CMS's, a Resolução nº 453 do CNS, de 10 de maio de 2012, na sua Quarta Diretriz, item VIII dispõe que “as decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos” (BRASIL, 2012). Em regra, é o quórum simples/mínimo que é observado nas decisões dos CMS's analisados, tanto em seus Regimentos Interno quanto em suas atas. Mas, como ressalva a norma acima, podem existir casos regimentais em que se exija uma votação maior.

De início já se nota certa dessemelhança na normatização dos quóruns para os variados assuntos que porventura podem ser objeto de decisão nos 04 Conselhos em questão. Nesse contexto, tem-se que o CMS que está com essa matéria normatizada de forma mais analítica é o de Aracati, que, inclusive, tem um rol de tipos de assunto objeto de decisões pelos quóruns apontados bem mais amplo que os demais colegiados. Itaiçaba, por outro lado, apresenta a menor variedade de disposições separadas por quóruns de votação.

Diante disso, tomou-se por referência, inicialmente, os casos em que a decisão do colegiado deve dar-se por aprovação via maioria absoluta (que consiste na metade + 1 dos membros efetivos do conselho). No caso de Aracati, destaca-se a eleição do presidente via maioria absoluta, ao passo que nos outros dois CMS's sequer consta o tipo de votação específica para esse tipo de decisão. Outro ponto interessante nesse particular é que tanto o conselho aracatiense quanto o itaiçabense tem previsão regimental de convocação de extraordinária via decisão de maioria absoluta. Icapuí, por seu turno, tem suas convocações de extraordinárias mediante decisão da maioria simples (meta + 1 dos membros presentes na reunião). Talvez por isso, o CMS icapuiense apresentou o maior número de sessões extraordinárias para o período analisado, no total de 18, conforme quadro 16.

Outro ponto que merece nota é o escrutínio aberto para as votações em geral, o que também se aplica às eleições de membros da Mesa Diretora e da Presidência dos conselhos analisados. Apesar disso, verificou-se que em Aracati houve eleição para Presidente e Vice por escrutínio secreto na sessão extraordinária de 28/03/2012. Esse fato evidencia uma realidade desalinhada ao princípio democrático, que tem como pressuposto a transparência no processo decisório, o que se aplica perfeitamente à escolha dessas lideranças no interior dos conselhos de saúde.

Ainda em relação à forma aberta ou fechada do escrutínio, também merece nota a exceção para se votar em secreto no CMS de Itaiçaba: quando a votação se referir a pessoas

nominadas. Essa previsão ao mesmo tempo em que pode ser negativa também possui aspecto positivo. Por exemplo, em casos de deliberações sobre denúncias, a depender da gravidade do fato, pode ser interessante que os conselheiros decidam encaminhar denúncia sem se comprometerem, o mesmo numa situação em que membros que ocupem cargos *ad nutum* ou sejam temporariamente contratados pelo Executivo municipal queiram votar em desfavor do interesse do gestor municipal.

Por outro lado, o caráter secreto desse tipo de votação que, porventura, indigite alguém pode também dar azo a combinação de votos para beneficiar indevidamente sujeitos que devam ser responsabilizados. É que o mesmo sigilo de voto que confere destemor a quem precisa votar contra um interesse da elite política, por exemplo, viabiliza o arranjado para privilegiar quem faz jus a punição.

Da mesma maneira, interessante também a exigência de maioria de 2/3 para aprovação de mudanças no regimento interno do CMS itaiçabense, enquanto que em Aracati e Icapuí esse tipo de mudança organizacional é promovida por votação de maioria absoluta. Essa diferença reveste-se de importância significativa, eis que revela, ao mesmo tempo, tanto um caráter mais ou menos rigoroso para mudança de regras importantes, a evitar manobras, por exemplo, quanto cria a possibilidade de um engessamento normativo do colegiado.

O que importa, nesse contexto, é que essa matéria já foi definida pelo CNS através da vigente Resolução nº 453 do CNS, de 10 de maio de 2012, na sua Quarta Diretriz, item IX:

qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em lei e deve ser proposta pelo próprio Conselho e votada em reunião plenária, com quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente. (BRASIL, 2012).

Nota-se, portanto, que o Regimento Interno do CMS itaiçabense está, inclusive, em desacordo com a Resolução que normatiza a matéria. De todo modo, o quórum de maioria absoluta em si mesmo já é bastante rigoroso, sendo 2/3 realmente uma votação difícil de ser verificada.

De uma maneira geral, nos quatro CMS's, percebeu-se que é muito tímida a manifestação de interesse dos conselheiros em encaminhar denúncias ao MP. Na leitura das atas dos quatro Conselhos da 7ª CRES, não identificado nenhum caso de envio efetivo de denúncia ao MP, limitando-se essa questão à mera cogitação durante algumas sessões. Exemplo disso é fala de uma conselheira do segmento profissional em uma reunião do CMS Icapuí quando: “se posicionou que se o Secretário não atender as deliberações do Conselho,

o mesmo pode ser denunciado ao Ministério Público” (ICAPUÍ, 2011, s/p.).³¹ Ainda sobre denúncias ao MP, a respeito de fiscalização da aplicação de recursos no PMAQ – Programa de Melhoria ao Acesso de Qualidade da Atenção Básica, um conselheiro S.P.2 falou: “a primeira ação é procurar a Secretária da Saúde e Saneamento para agilizar. Caso não seja tomada nenhuma providência, acionar o Ministério Público, esta é a saída mais viável para agilizar o processo” (ICAPUÍ, 2013, s/p.).³²

No CMS Aracati também se verificou a menção da possibilidade de denunciar ao MP uma situação de ilegalidade, conforme se extrai de recorte da ata da reunião ordinária de 20/06/2012, atribuindo a seguinte fala ao conselheiro S.G.3: “diz que em sua comunidade há um terreno baldio ao qual as pessoas da comunidade estão transformando em lixão e que fez a denúncia ao Setor de Vigilância Sanitária” (ARACATI, 2012, s/p.). Em complemento, uma conselheira S.G.4 “diz que como conselheiros nós podemos e devemos denunciar” (ARACATI, 2012, s/p.). Esse fato, assim como o ocorrido no CMS de Icapuí, não recebeu encaminhamento, tampouco o Plenário resolveu enviar Ofício com essa denúncia ao MP.

Diante disso, foram encaminhados ofícios ao MP em cada uma das Comarcas da 7ª CRES, indagando se os Conselhos em análise encaminharam, durante o período compreendido entre 17/05/2010 e 17/05/2018, alguma representação ou denúncia em relação à gestão e serviços de saúde. Em resposta, as Promotorias de Justiça das Comarcas dos quatro municípios estudados responderam que, entre 17/05/2010 e 17/05/2018, os quatro CMS’s da 7ª CRES não encaminharam nenhuma representação ou denúncia ao Ministério Público.

Esse quadro demonstra uma espécie de apatia, uma inércia resolutiva dos quatro colegiados face a problemas sérios, possivelmente objeto de eventuais denúncias, porquanto não oficie o MP. A comunicação desses casos a esse órgão de controle, que detém prerrogativas institucionais e estrutura aptas a promover a apuração e responsabilização dos agentes envolvidos, representaria um segundo estágio da atuação desses colegiados, um passo necessário na efetividade participativa em relação ao controle.

Noutro aspecto, não se pode ignorar que esse “muro interinstitucional” tem do outro lado uma instituição estruturada e que também tem sua parcela de contribuição para esse distanciamento que ignora um grande potencial colaborativo fiscalizatório. À luz do que postula a Resolução 453/2012/CNS (BRASIL, 2012), mesmo que não se precisando em que medida, também caberia ao Ministério Público se aproximar desses Conselhos para não só

³¹ Fala de conselheiro do segmento profissional em sessão ordinária do CMS Icapuí, em 19/05/2011.

³² Fala de conselheiro do segmento profissional em sessão ordinária do CMS Icapuí, em 15/03/2013.

tomar ciência de fatos ou atos graves, mas também auxiliar naquilo que for possível/necessário no árduo processo de fortalecimento da independência institucional desses colegiados, como, por exemplo, a homologação implementação das Resoluções do Plenário. Em última análise, mas não menos importante, ao contrário da Jurisdição, o Ministério Público não é inerte, não precisa ser provocado.

Outro fato que chamou a atenção durante a análise das atas ainda em relação ao quórum, é a maneira como são redigidas as atas do CMS fortinense, tendo sido vistas várias atas com espaço de linhas em branco entre si, o que, sabe-se, não é permitido no registro de um livro de atas. Essa medida visa, na verdade, não uma questão estética, mas que sejam evitadas fraudes. No caso, como os espaços em branco eram deixados justamente ao final das atas, seria plenamente possível que se burlassem quóruns de votações quando um ou outro conselheiro não estivesse presente na reunião de votação, mas, estando de acordo, apusesse sua assinatura posteriormente. Isso é conjectura, mas plenamente factível.

Da conjectura para o real, observou-se um episódio sério durante a sessão ordinária de 17/03/2011 do CMS Fortim, quando houve a assinatura de apenas 04 conselheiros no final da ata da reunião. Nessa ocasião, consta da ata que foram aprovados por unanimidade os seguintes pontos de votação: 1. Apreciação do Plano de Aplicação de Recursos de Estruturação do CAF Municipal; 2. Farmácias das UBS; 3. Programação Pactuada Integrada PPI da Assistência Farmacêutica da Atenção Básica e Secundária; 4. Termo de Compromisso da Gestão Municipal (FORTIM, 2011, s/p.).

Porém, como sugere a quantidade de assinaturas, a presença de apenas 04 conselheiros não seria suficiente sequer para a instalação de uma reunião, cujo quórum é de metade mais dos membros do colegiado. Diante disso, duas possibilidades se apresentam (para presumir a boa fé dos responsáveis): Ou os demais membros que votaram não assinaram a ata ou a reunião não tinha sequer quórum para começar.

Analisando o corpo da ata, consta o seguinte registro: “A conselheira S.P.5 falou sobre a necessidade de uma boa programação para que não falem medicamentos, pois existe muita reclamação quando falta algum item”. Mesmo com esse registro, tendo em vista que não é mencionado o nome de nenhum outro conselheiro nem a quantidade de membros presentes na reunião (cujo mínimo seria 06 conselheiros), persiste dúvida insuperável sobre a legitimidade da votação pela não observância sequer do quórum de instalação da sessão e, conseqüentemente, do quórum mínimo de aprovação previsto na Quarta Diretriz, item VIII da Resolução nº 453 do CNS.

Lado outro, como se tem visto até aqui, cabe destacar que, sendo de uma maneira tal desorganizada a redação das atas tanto do colegiado fortinense quanto do itaiçabense, não se pode concluir que a votação tenha sido efetivamente promovida sem a quantidade necessária de membros presentes, por mais que a aparência dos fatos revele isso. Mas, assim como consta a fala da conselheira S.P.5 e não sua assinatura, pode também ser o caso de outros conselheiros estarem presentes, falarem e não terem assinado ao final da ata.

De todo modo, é evidente a desorganização na direção dos trabalhos nesse Conselho, especialmente considerando-se que esse fato não foi um caso isolado, mas tem-se o conhecimento de que esse mesmo problema de aparente descumprimento do quórum foi verificado nas ordinárias de 16/05/2011; 31/08/2012; 24/06/2016; 27/05/2016.

No CMS Icapuí, também se verificou situação semelhante na ordinária de 09/04/2014, na qual, mesmo não tendo havido quórum, os conselheiros seguiram discutindo alguns assuntos, sem votar é verdade, mas discutiram, instalaram a reunião, lavraram ata, tudo isso sem haver sequer o quórum de instalação da sessão. Na ocasião, os membros presentes discutiram, entre outras coisas, sobre o papel do CMS e demonstraram insatisfação sobre a indiferença dos Gestores em relação ao que o CMS lhes encaminhava:

O CMSS enviou ao gestor documentos com algumas deliberações debatidas no conselho e até o momento não tivemos respostas. Os conselheiros não são meros aprovadores das políticas de saúde. Por isso, faz-se necessário serem repassados os projetos e documentos com antecedência para serem discutidos e analisados pelo CMSS. (ICAPUÍ, 2014, s/p.).

Situações assim reforçam a necessidade de uma normatização geral que obrigue e ao mesmo tempo responsabilize os CMS's e, mais ainda, a gestão do Executivo municipal por tamanhos problemas. Talvez as Resoluções do CNS não possuam força cogente suficiente e seja necessária uma lei, por exemplo, ou mesmo uma alteração numa lei já existente, como as Leis nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Encerrando este tópico, convém apontar a previsão do Regimento Interno do Conselho de Aracati no sentido de exigir aprovação por 2/3 para autorizar o Presidente representar ao Ministério Público quanto a atos contra as atribuições e deliberações do CMS, relativos à saúde ou ocorrer ameaça de grave lesão à saúde pública. Essa regra, malgrado seja positiva por normatizar uma atribuição do conselho municipal de saúde que de certa forma passa despercebida, possui o condão de, por exigir um quórum rigoroso, dificultar o encaminhamento de situações antijurídicas que mereçam investigação ministerial. Mais à

frente, por ocasião da análise dos atos de fala que enunciam denúncia, será abordada com mais detenção essa possível relação entre os CMS's e o MP.

4.4.2 Análise dos atos de fala por Conselho

Abordadas questões a respeito do procedimentalismo que deve orientar as deliberações dos conselhos estudados, como a sua formação e composição orgânica, aprovação da pauta e quóruns para aprovação das matérias, parte-se para a análise de aspectos específicos e de caráter mais qualitativo. Espera-se, com a análise do que consta dos registros de atas de reuniões, promover reflexões a respeito de quais sejam os fatores a influenciar no resultado de efetividade ou não de cada conselho, destacando-se pontos em comum e peculiaridades úteis a uma solução de melhoramento.

Nesse sentido, propõe-se a análise da capacidade deliberativa a partir das categorias vocalização, capacidade de agenda e qualidade das decisões tomadas nos CMS de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba. Ademais, vale destacar que essas categorias aqui trabalhadas já foram desenvolvidas por Avritzer *et al* (2010) e outros pesquisadores da efetividade participativa via conselhos gestores. Não obstante, o que aqui se propõe é o tratamento dessas questões com um enfoque mais qualitativo do que quantitativo.

A vocalização, não obstante tenha sido abordada no segundo “D” – isto lá com um tratamento mais quantitativo -, a diversidade, neste ponto da pesquisa, tem sua análise aprofundada para a compreensão do conteúdo das falas dos conselheiros, de modo a identificar que tipo de matéria recebe prioridade para essas instituições e para cada segmento.

Na esteira da vocalização, verticalizando a análise, importa saber quais tipos de assunto cada segmento propõe-se a abordar, de modo a possibilitar uma racionalização sobre a qualidade das proposições trabalhadas pelos conselheiros. A questão central deste ponto da análise é saber se cada segmento atua de forma coerente ao propósito que de si espera e, por exemplo, sendo o caso, auxiliar em afastar ou confirmar a hipótese de que os CMS's servem mais como apoio político, confirmador das decisões políticas do governo do que como uma organização participativa institucionalmente independente.

Ainda na esteira de Avritzer *et al* (2010), bem como tendo lido os Regimentos Internos dos quatro Conselhos estudados, nota-se que os tipos de discussões que se encontram dentro de sua competência consistem em: debate, contestação, demanda ou

denúncia. Diante disso, montou-se o gráfico 04 a seguir para demonstrar a proporção e o nível de importância dada a cada tópico objeto de discussão nas sessões, conforme o registro dos livros de ata.

Nesse sentido, considerando-se o desenho institucional deliberativo de partilha de poder (AVRITZER *ET AL*, 2010) que caracteriza os conselhos gestores, espera-se que os debates ocupem posição de destaque nas manifestações registradas nos Livros de Ata dos CMS's estudados. Diz-se isso, especialmente face ao caráter deliberativo normativamente atribuído aos conselhos municipais de saúde, fazendo do debate o nível básico e essencial de uma estrutura participativa.

As demandas, por sua vez, têm sua ocorrência majoritariamente devida a imposições legais de controle social na política da saúde, como a aprovação das contas e relatórios da gestão municipal da saúde pública. Além disso, os atos de fala manifestos em forma de demanda também exprimem a dúvida dos conselheiros, quando fazem algum questionamento sobre os assuntos objeto das discussões. Por fim, mas em menor medida, ocorrem demandas relacionadas à prestação de serviços de saúde. Diante disso, não é demais esperar uma quantidade razoável de sua incidência.

As contestações, por seu turno, consistem em atos de fala em que se verificam opiniões dissonantes, divergentes sobre determinado assunto em discussão. Desse modo, conforme defende Cunha (2010), a baixa contestação pode indicar a ocorrência de consensos abrangentes quanto aos temas em deliberação, evidenciando a existência de um discurso hegemônico no interior dessas instituições (URBINATI, 2000).

A propósito, por outro lado, considera-se que os debates abordariam especialmente pontos de vista muito semelhantes, com pequenas alterações que não expressariam confrontos significativos, sugerindo discussões em tom mais consensual.

Por isso, a baixa contestação e a priorização do debate podem:

(...) significar a concretização de um risco, alertado por Cohn (1998) e Selee e Santin (2006), relativo à tendência de burocratização desses espaços, seja porque os gestores (e sua racionalidade administrativa) dominam a definição da pauta, seja por acesso desigual às informações. Sobraria aos demais atores apresentarem demandas e denúncias, como meio de pressionar o poder público, e o próprio conselho a pautar questões que julgam importantes. (AVRITZER *ET AL*, 2010, p. 107).

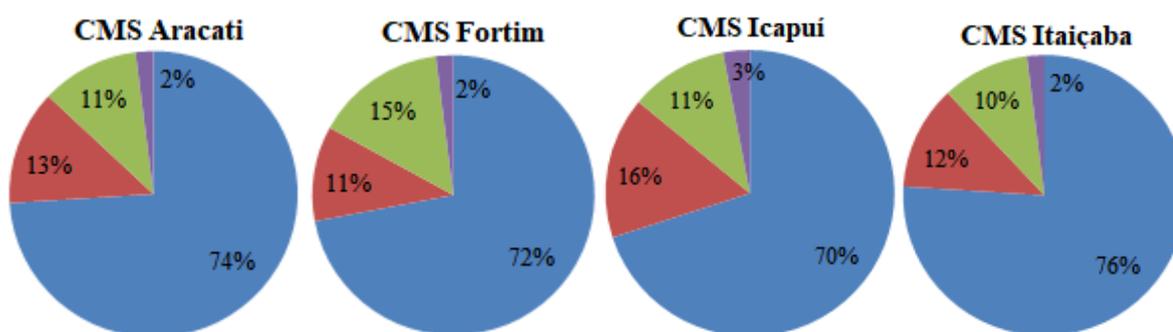
Nesse sentido impõe-se traçar a relação existente entre os pontos pautados com maior frequência e o quanto há de contestação nas discussões dos CMS's para confirmar ou afastar a tese de Cunha (2010), segundo quem haveria uma seletividade de alguma maneira imposta na formação das pautas a viabilizar discussões consensuais sobre pontos tidos aprioristicamente como pacíficos. Ou seja, só iria à discussão aquilo que já se soubesse de antemão que fosse ser aprovado.

Por fim, para encerrar a análise sobre os aspectos da vocalização, importa comentar a respeito das falas que assumem o caráter de denúncia. Esses atos, via de regra, consistem na manifestação de insatisfação quanto à execução de alguma política ou serviço público de saúde que desborde da legislação, de modo a se exigir do conselho uma posição institucional a respeito da problemática abordada.

Diante disso, é de se esperar uma atuação mais incisiva dos segmentos de usuários e profissionais da saúde na medida em que estão prestando e recebendo serviços públicos dessa área e mais por dentro da realidade enfrentada pela sociedade com a gestão da política de saúde. Essa postura mais atuante nas manifestações em forma de denúncia reflete diretamente a função institucional de controle dos CMS, o que, associado à propriedade da vivência como usuários dos serviços de saúde, eleva a potencialidade do controle social, ao menos na perspectiva teórica.

Nesse cenário, apresenta-se o seguinte grupo de gráficos com a distribuição dos tipos de atos de fala em cada conselho durante o corte temporal dos 08 anos estudados:

Gráfico 04 – Tipos de atos de fala por Conselho



Fonte: Elaborado pelo autor. Legenda: ■ Debate ■ Contestação ■ Demanda ■ Denúncia

Em geral, nota-se grande proporção de atos de fala do tipo debate (na cor azul) em todos os conselhos em questão, de modo que, no menor dos casos, o de Icapuí apresentou 70% das falas dos conselheiros em moldes de debate. Partindo para as falas de contestação, nota-se certo equilíbrio entre os conselhos, variando entre 11 e 13 por cento, com exceção de Icapuí, que, mais uma vez, ficou acima da média em sentido positivo, apresentando 16% de suas manifestações a título de contestação.

Diz-se que é positivo o resultado na distribuição dos atos de fala quando se tem um número de contestações que não seja muito diferente do número de debates, pois as contestações dão corpo a manifestações típicas de um processo discursivo em que se tem sujeitos participantes de segmentos tão distintos e que, espera-se, possuem interesses e pautas que podem diferir entre si. Ao mesmo tempo, um número muito alto de contestações, mesmo sendo pouco factível para um caso como o que aqui se trabalha, indicaria uma dificuldade acentuada no processo de formação dos consensos, do processo decisório típico de colegiados deliberativos.

Essa primeira análise dos debates e contestações possui a importância de delimitar com propriedade o perfil discursivo do colegiado. Se há uma maior tendência às discussões consensuais ou ao confronto de opiniões, o que também está relacionado às aferições anteriores, por exemplo, a prévia e tempestiva ciência ou mesmo oportunidade de participação da formação da pauta.

Nota-se aqui, portanto, o quanto é importante que as deliberações já nasçam, desde a projeção das pautas, com o caráter mais democrático possível, o que provavelmente acompanhará o processo deliberativo como um todo. Vê-se, nesse sentido, que o tom normalmente consensual das discussões fica mais claro quando se confronta, a seguir, a distribuição dos tipos de falas por cada segmento, em que será vista a atuação essencialmente debatedora de terceiros que tomam a palavra nos conselhos analisados. É o que aqui se define como “atuação instrutória de terceiros”.

Em relação às demandas, tem-se uma quantidade razoável desses atos de fala, considerando que, como antedito, as demandas reproduzem solicitações de providências em relação a serviços e outras atuações do Município na saúde ou a pedido de esclarecimentos ou informações sobre algum ponto em pauta. No entanto, deve-se considerar também que esses atos de demandas poderiam ser mais numerosos tendo em vista que, no caso de Itaiçaba, por exemplo, teve-se grande desorganização no processo de formação/registro das pautas segundo se depreende das atas das sessões, o que sugeriria mais perguntas por parte dos membros que desconheçam o assunto em discussão.

Nesse caso, insiste-se na tese segundo a qual a quem não é dado conhecer o ponto objeto de discussão, também lhe é tolhida aprioristicamente a capacidade discursiva. Afinal, como discutir ou mesmo ter dúvidas sobre algo que não se conhece? Além disso, também pesa nessa relação a histórica falta de transparência pública, a pouca informação e o baixo nível de formação que, em geral, acomete especialmente o público usuário, que está fora da atuação profissional da área e também da realidade da Administração Pública (o que teoricamente permite esperar de quem provém dessas duas realidades uma bagagem discursiva antecedente à investidura no Conselho).

Noutro sentido, por mais que pareça o contrário, ou por mais que alguns conselheiros tenham já o costume de participar desses colegiados deliberativos, a experiência por si só não supre o desconhecimento, a escassez de informação e a falta de transparência. Em última análise, o que a experiência pode proporcionar é um “aprender fazendo” - perspectiva rousseauiana apresentada por Pateman (1992) - que, por útil que possa parecer ser, não é efetivo quando confrontado com a práxis procedimental que poda de várias maneiras a capacidade deliberativa dos membros desses conselhos.

Também nesse ponto tem-se a influência do grande percentual de falas de terceiros em tom de debate na deficitária manifestação de atos de demanda em geral, colocando os próprios conselheiros, muitas vezes, na posição de assistir a palestras ou monólogos de terceiros estranhos ao colegiado. Isso se soma aos problemas anteriormente abordados: processo construtivo da pauta obscuro e problemas de transparência, informação e formação. À vista disso, a atuação “instrutória” de terceiros nesses conselhos é de uma maneira tal indutiva, isto é, potencialmente influenciadora que, associada ao alheamento aos pontos de discussão por parte de alguns conselheiros, produz a sensação de suficiência discursiva e inibe tanto a demanda em forma de esclarecimento quanto e, com maior rigor, a própria contestação em sentido de contra argumentação.

Tem-se, portanto, um complexo de obstáculos que promove um verdadeiro distanciamento dos conselheiros em relação aos pontos objeto de deliberação, colocando o processo deliberativo num patamar de subdiscussão, e legando aos membros do colegiado que não possuem conhecimento suficiente o papel de coadjuvantes no processo decisório.

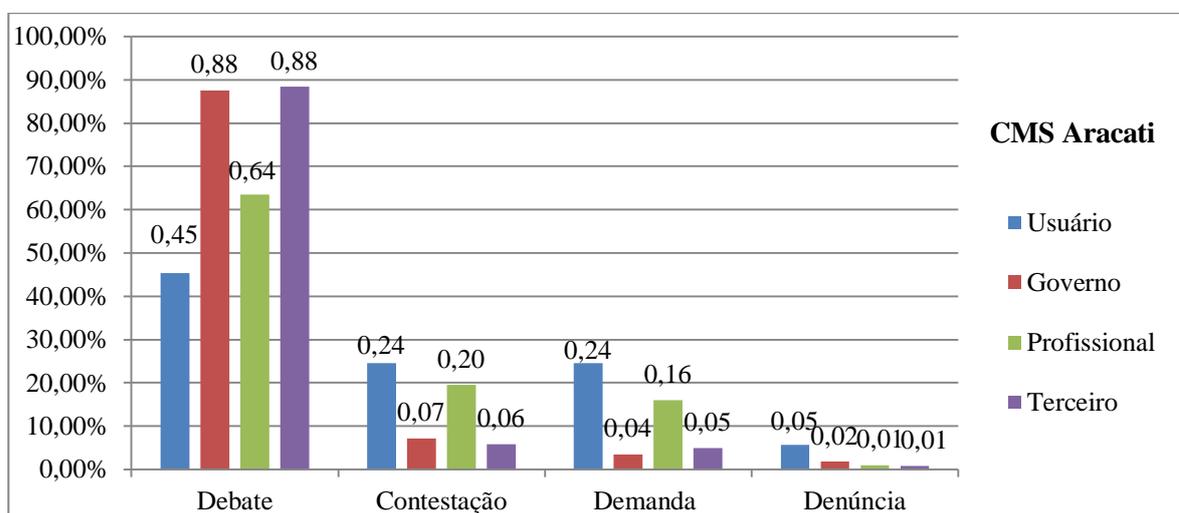
Por fim, avaliando o percentual de fala em tom de denúncia, nota-se bastante baixa a sua incidência. Essa realidade, pelo caráter multidisciplinar que rege as relações institucionais entre os CMS's e demais organizações e estruturas de poder, tem uma análise complexa, a requerer uma pesquisa específica nesse sentido. Mesmo assim, tem-se como possível entender que os índices de 2, 2, 3 e 2 por cento para os conselhos de Aracati,

Fortim, Icapuí e Itaiçaba, respectivamente, são sintomas de: a) uma falha ou inexistência de um processo de retroalimentação (contato com o povo representado) ou a falta de um canal de diálogo entre os conselhos e a população em geral; e b) atuação fiscalizatória deficitária por parte dos conselheiros nos locais de prestação de serviços de saúde pública e na gestão de pessoas e materiais da gestão da saúde municipal.

4.4.3 Análise dos atos de fala por Segmento

Esse ciclo de análise dos atos de fala será complementado a seguir com a avaliação do que se fala em cada segmento. A intenção é entender, a partir do que cada segmento trabalha prioritariamente, em que situação estão os conselheiros e os próprios terceiros que tomam a palavra nas sessões dos colegiados, se a atuação é compatível com o lugar de fala de cada um ou se há uma desvirtuação e porque isso, sendo o caso, ocorre. Para tanto, apresentam-se essas informações nos gráficos a seguir fazendo-se a divisão por cada conselho.

Gráfico 05 – Distribuição dos atos de fala por segmento – CMS Aracati



Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota-se da análise do gráfico de distribuição dos atos de fala por segmento no CMS de Aracati que quase todos os segmentos detém mais que a metade de seus atos de fala na categoria debate. A exceção fica por conta do segmento de usuários, que apresentou 45% de suas falas como debates.

Por outro lado, os conselheiros representantes do segmento governo e os terceiros apresentaram ambos 88% de seus atos de fala na forma de debate, tipo de manifestação que assume caráter majoritariamente instrutório e consensual, sem divergência significativa com os demais interlocutores. Essa atuação instrutória por parte dos dois atores em questão, se no caso dos membros representantes do governo é esperada, em relação a terceiros, mesmo também sendo esperada face à massiva participação de técnicos da gestão municipal, reforça a tese de uma atuação instrutória por sujeitos estranhos ao colegiado.

Nesse contexto, o alto percentual de falas instrutórias categorizadas como debates por terceiros no Conselho aracatiense corrobora a inferência feita na análise da vocalização pelo segundo “D” – Densidade, no sentido de que o público usuário dos serviços de saúde estaria distante desses centros de participação popular. No caso, é possível afirmar isso em razão do perfil de fala que naturalmente se pode esperar do cidadão comum que não é conselheiro. Esse sujeito externo, ciente da realidade dos serviços de saúde e onde residem as deficiências desse sistema, estando próximo aos problemas relacionados à gestão da saúde, tem seu lugar de fala essencialmente dedicado a solicitações (Demandas), reclamações e discordâncias (Contestações) e representação contra atos ilícitos (Denúncias). Desse modo, na medida em que esses sujeitos não tomem parte no processo discursivo, essas categorias de atos de fala ficam cada vez mais escassas na voz de terceiros aos CMS’s que tomem a palavra durante as reuniões. Foi justamente isso que aconteceu ao se verificar 88% das falas de terceiros em debates.

Como dito antes, essa pouca presença de usuários dos serviços de saúde está, entre outras coisas, associada ao próprio funcionamento desses CMS’s, que, além de terem pouca independência e identidade institucionais, reúnem-se normalmente durante o dia. Esse hábito diurno entra em choque direto com a rotina da população em geral, agravando a ausência desse público nas sessões do Plenário. Não que seja a divergência de horário a única causa, mas que é uma barreira forte é sim e, inclusive, também contraria disposição do item V, da Quarta Diretriz da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 do CNS: “as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade” (BRASIL, 2012).

Em contrapartida, mesmo que não se considere num intuito propositado, essa atuação em forma de verdadeira palestra por parte de técnicos da gestão produz o resultado evidente de dar ares de tecnicismo ao processo deliberativo como forma de suprir os entraves impostos aos conselheiros desinformados e, não raro, pegos de surpresa com determinadas pautas. Isso não quer dizer que seja por si só negativa essa presença por parte de terceiros

durante a discussão de certos assuntos, mas que, associada às barreiras organizacionais que separam os conselheiros do conhecimento mínimo necessário ao debate equilibrado, gera o efeito de arrefecer, cauterizar a falha normativa e estrutural que desfecha no desequilíbrio no processo discursivo em desfavor especialmente dos representantes do segmento usuário.

Cria-se uma espécie de dependência por parte dos conselheiros em relação a esses debatedores com presença rotineira nas reuniões, especialmente naquelas em que se decide sobre prestação de contas e aprovação de projetos do Executivo municipal. É como se a fala desses terceiros servisse com uma espécie de “muleta deliberativa”, de modo que as discussões que eventualmente poderiam ser feitas pelos próprios conselheiros, diante dos desafios técnicos que envolvem o controle de contas, são supridas pela palestra que os técnicos da gestão municipal proferem durante essas reuniões.

A esse propósito, inclusive, são destacadas falas de conselheiros no CMS Aracati em tom queixoso sobre a dificuldade de decidirem e, via de consequência, discutirem sobre prestações de contas:

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde aprova o Relatório de Gestão/2017 e os relatórios do primeiro, segundo e terceiro quadrimestres de 2017, com ressalva para a parte financeira, visto que os conselheiros dizem não se sentir capacitados o suficiente para analisar tais informações com segurança, além de não terem acompanhado as ações e gastos de 2017, justificando-se isso, devido à posse dos atuais membros ter ocorrido em fevereiro de 2018, com renovação da maior parte dos conselheiros de saúde e eles ainda não terem recebido capacitação. Dra. Terceira.2 pede que a Secretária Executiva articule capacitação junto ao CESAU e ao setor da contabilidade do município. Dra. Terceira.3 sugere que seja uma oficina oferecida pelo setor de contabilidade da prefeitura. (ARACATI, 2018, s/p.).³³

Confirmando as dificuldades em discutir sobre prestação de contas, apresenta-se um recorte de sessão extraordinária na qual o Pleno solicita um detalhamento maior das informações que compõem as contas da gestão do SUS:

O Conselho aprova o relatório de gestão por unanimidade, mas recomenda que seja aprimorado no item referente à Programação Anual de Saúde, a contabilidade municipal, de forma a repassar nos relatórios de gestão posteriores, o demonstrativo orçamentário e financeiro de cada ação específica e não apenas de forma macro por blocos de atenção. (ARACATI, 2012, s/p.).³⁴

Os membros do segmento profissional, por sua vez, manifestaram-se em tom de debate numa proporção de 64% dos seus atos de fala. Bem menos que os segmentos do

³³ Extraído da ata da sessão ordinária de 25/04/2018 do CMS Aracati.

³⁴ Extraído da ata da sessão extraordinária de 21/05/2012 do CMS Aracati.

governo e os terceiros, apresentaram um perfil mais equilibrado e coerente com sua realidade participativa. É que também não se pode exigir dos profissionais um nível de discussão consensual baixa, considerando especialmente que seu conhecimento técnico lhes permite atos de fala menos contestáveis, revestidos de mais propriedade técnica.

Partindo para a análise dos atos contestatórios, nota-se um caráter positivo justamente para os segmentos usuário e profissional, que apresentaram 25 e 20 por cento de suas falas enquadradas nessa categoria. Essa constatação traz certo equilíbrio às conclusões sobre capacidade deliberativa no âmbito desse conselho, visto que, se de um lado tem-se o domínio do discurso em debates por parte do segmento governo e por terceiros, por outro, tem-se razoável criticidade por parte de conselheiros usuários (25%) e profissionais (20%), cujas manifestações individualmente foram superiores à soma das promovidas pelos outros dois atores.

Como exemplo da atuação do segmento profissional, apresenta-se a seguir um recorte com a fala de um conselheiro S.P.6, o qual faz crítica à falta de transparência da gestão municipal do SUS em relação aos gastos públicos:

Não há transparência a nível municipal. Ninguém sabe que recursos entram ou como são gastos. É necessário uma prestação de contas trimestral. A Gestão Pública precisa traçar prioridades e planejar. Considera que a Secretaria Municipal gastou muito recurso em assessoria, visto que isso é uma atividade meio, enquanto a atividade fim está tão mal. Acha lamentável a falta de transparência da administração, isso mostra como a democracia em nosso país ainda é capenga. (ARACATI, 2010, s/p.).³⁵

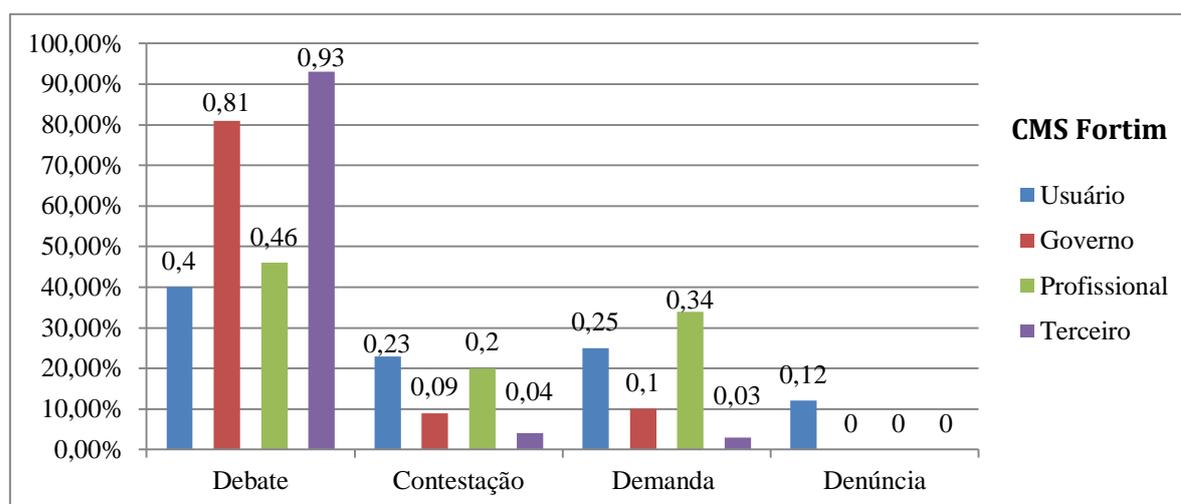
Por fim, destaca-se o nível de denúncia que caracteriza a fala de todos os atores em questão, de modo que, somados os três segmentos que compõem o colegiado e os terceiros, chega-se a 9% do total de falas categorizadas como denúncias. Esse percentual pode parecer pouco expressivo numa primeira vista, ainda mais porque somado o total para todos os segmentos. Entretanto, mesmo parecendo não ser muito alto, tem também uma explicação que lhe ameniza uma possível exigência de grande ocorrência, qual seja o fato de somente ser considerado denúncia, a rigor, o relato de ato ou fato administrativo na gestão da saúde que viole norma jurídica no seu sentido amplo.

Diante disso, tem-se que um total para todos os atores que tomaram a palavra nas discussões no CMS aracatiense no importe de 9% representa um valor razoável, o que também pode se associar com a surpresa de se ter também denúncias por parte do segmento do governo. Explica-se. Considerando que a indicação dos representantes do governo seja

³⁵ Fala de um conselheiro do segmento profissional na sessão ordinária de 29/09/2010 do CMS Aracati.

ato discricionário no que diz respeito a quem escolher, bem como fatores de ordem político administrativa como é o caso de agentes públicos contratados e ocupantes de cargos de provimento em comissão, é natural que se espere certa submissão da livre manifestação do pensamento desse grupo de conselheiros aos interesses do gestor municipal face à possibilidade de perda da função.

Gráfico 06 – Distribuição dos atos de fala por segmento – CMS Fortim



Fonte: Elaborado pelo autor.

O CMS de Fortim, entre os quatro analisados, foi o que apresentou um percentual de médio de falas em tom de debate maior do que as demais categorias de atos de fala. Os terceiros que tomam voz nas sessões do colegiado, por exemplo, despontaram com 93% de suas falas enquadradas na forma de debate, confirmando o indicativo de uma atuação instrutória por parte desses atores externos ao Conselho. O segmento do governo, por seu turno, expressou-se em 81% das vezes na forma de debate, implicando na manutenção por parte dos conselheiros desse grupo de seu papel majoritário de relator na aprovação de prestação de contas e de projetos do Executivo municipal.

Ainda no campo do debate, os membros representantes dos usuários (40%) e dos profissionais (46%) da saúde, por seu turno, apresentaram esses percentuais, que, inclusive, são menores do que os desses segmentos no CMS Aracati. Isso é, de certa forma, positivo do ponto de vista da distribuição dos atos de fala conforme o perfil de cada segmento, pois, em contrapartida, os segmentos usuário e profissional apresentaram maiores índices de contestação e demanda.

Conforme se afere do gráfico acima, em relação à contestação, o segmento do governo apresentou 9% de seu total de falas e os terceiros externos ao colegiado apresentaram apenas

4%, demonstrando, quanto a isso, pouca diferença em relação ao CMS aracatiense e confirmando a tendência de os atos de fala desses dois atores serem em sua maioria de caráter instrutório.

Por outro lado, usuários e profissionais da saúde expressaram-se razoavelmente bem em forma de contestação, com 23 e 20 por cento, respectivamente. Essa categoria de fala é importante especialmente para os conselheiros representantes do segmento usuário, pois revela a capacidade discursiva desses membros diante da predominância da vocalização esboçada por representantes do governo e terceiros externos no âmbito das discussões travadas no CMS fortinense.

Não obstante também nesse conselho incidam os problemas referidos no CMS de Aracati quanto às barreiras de ordem organizacional e procedimental, do mesmo modo que o primeiro conselho apresentado, o CMS de Fortim mostrou-se bastante atuante em termos de contra argumentação por parte de conselheiros usuários e profissionais, amenizando os efeitos da desinformação, falta de transparência e um processo de formação da pauta mecânico e obscuro.

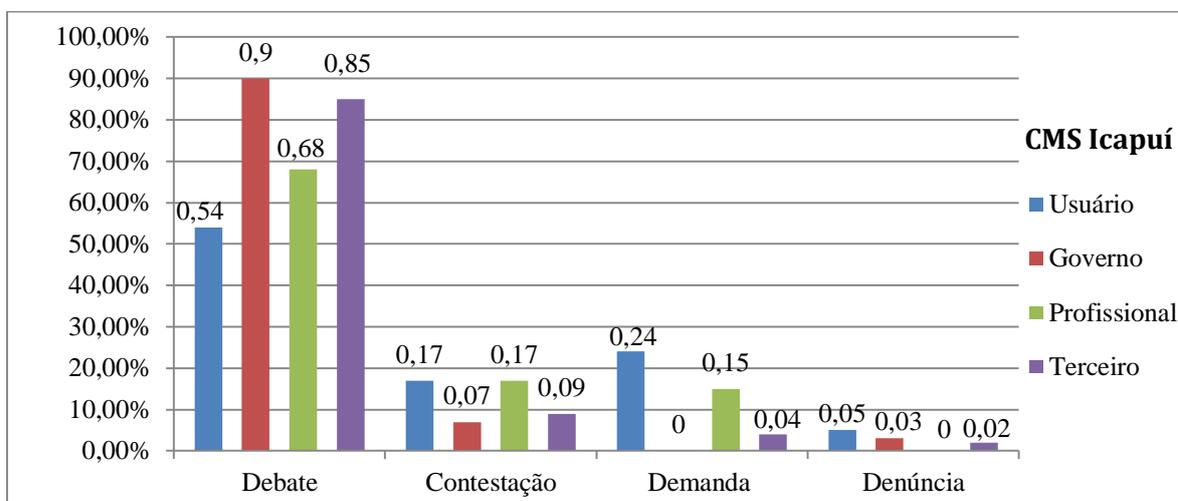
Em relação às demandas, tem-se igualmente um resultado positivo para o segmento usuário, posto que nessa modalidade foram manifestadas 25% das falas dos representantes do povo. Isso denota reclamos por melhorias em ações e serviços de saúde como também, possivelmente, maior frequência de solicitação de informações e esclarecimentos, que são ações típicas do ato de fala da categoria demanda. Ainda na esteira dos atos de demanda, destacam-se, no âmbito do CMS de Fortim, os 34% a que se dedicaram os conselheiros profissionais da saúde, o que se afeiçoa à característica técnica desse segmento, que empreendeu esses atos de fala majoritariamente com visio a providências e melhorias em ações e serviços de saúde.

Por fim, em termos de denúncia, destaca-se a importância da atuação dos conselheiros do segmento usuário no conselho de Fortim, o qual, sozinho, superou os 9% somados de todos os segmentos para atos de denúncia do CMS de Aracati. No caso, mesmo que os outros três segmentos do Conselho fortinense não tenham manifestado atos de denúncia no período analisado, sendo isso de certa forma até compreensível, mesmo que não exatamente positivo, não se nega a expressão das denúncias dos conselheiros representantes do povo nesse colegiado.

Por fim, mas não menos importante, impende retomar os fatos comentados por ocasião da análise da vocalização em relação ao CMS de Fortim, no que diz respeito a problemas na redação das pautas. Como exposto anteriormente, foram constantes episódios de: 1.

generalização da fala atribuída a conselheiros em geral, sem especificar sequer o segmento, 2. de aprovação de medidas, projetos e prestações de contas sem questionamentos ou mesmo sem o registro de nenhuma manifestação dos conselheiros. Isso, sem dúvidas, reflete na precisão da análise e, via de consequência, das conclusões que se pode tirar do processo deliberativo desse colegiado, especialmente em relação aos atos de fala, os quais, queira-se ou não, tem seu meio de registro natural na redação do livro de atas.

Gráfico 07 – Distribuição dos atos de fala por segmento – CMS Icapuí



Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme se afere do gráfico acima, o CMS de Icapuí mantém-se dentro de um padrão observado até aqui em relação aos demais, estando também mais voltado às deliberações consensualistas no que pertine aos conselheiros do segmento do governo e dos terceiros. Os conselheiros que representam o governo apresentaram 90% de suas manifestações em tom de debate, consolidando sua função precípua de relatoria de projetos e aprovação de contas do Executivo municipal. Os terceiros externos ao colegiado, por sua vez, mantendo-se dentro do padrão observado nos outros conselhos, manifestaram-se em 85% das suas falas em moldes de debate, confirmando a atuação predominantemente instrutória desses atores.

Um exemplo que confirma a atuação dos conselheiros do segmento governo como relatores de projetos e prestação de contas é o que ocorreu na sessão ordinária de 23/09/2010, quando o colegiado teria se reunido para analisar a prestação de contas de janeiro a junho de 2010 de cuja ata se extrai o seguinte: “sendo que esta não foi analisada e discutida pelos conselheiros, pois não contamos com a presença da Secretária de Saúde que é a Presidente do Conselho a qual esclareceria as dúvidas pertinentes ao assunto” (ICAPUÍ, 2010, s/p.).

Diante disso, pergunta-se: onde estava o vice-presidente do Conselho? E, mesmo que esse membro faltasse, não teria outro membro da Mesa Diretora para conduzir a sessão? O problema parece ser exatamente o sistema de apresentação da prestação de contas, que, por repetidas vezes, foi objeto de insatisfação de conselheiros, seja por não estar suficientemente clara, seja por não ser enviada com antecedência e tempo suficiente para que os membros fizessem uma leitura antes da sessão. Isso tudo coloca a prestação de contas como sendo um ato que somente pode ser elucidado por alguém que represente o governo, a sugerir um tipo de informação incompreensível aos conselheiros.

Essa realidade de insatisfação quanto à gestão da informação da prestação de contas e à solicitação de capacitação específica para avaliar prestação de contas foi objeto de questionamento por parte de uma conselheira do segmento profissional numa sessão extraordinária do CMS Icapuí:

Com a palavra, a Conselheira S.P.7, falou que seria de extrema importância o envio das apresentações e relatórios com antecedência, para que cada conselheiro tivesse tempo hábil de ler e entender. A Conselheira S.P.7, falou que seria de grande importância uma capacitação para os conselheiros referente às apresentações das prestações de contas, por muitas vezes ser de difícil entendimento por parte de alguns sobre termos usados. (ICAPUÍ, 2018, s/p.).³⁶

Por outro lado, conselheiros usuários e profissionais da saúde, tendo apresentado, respectivamente, 54 e 68 por cento de suas participações na categoria debate, também se mantêm dentro da perspectiva apresentada até aqui, considerando-se razoáveis esses números tendo em vista que a condução de debates, por serem falas de cunho mais consensual, tradicionalmente cabe aos representantes do governo e ao corpo técnico do Executivo, que atua, respectivamente, nos papéis de relatoria e de falas instrutórias.

Relativamente a contestações, tem-se, no caso de Icapuí, resultados ligeiramente menores que os expressados por Aracati e Fortim, mas que, mesmo assim, estão dentro de um nível razoável. No caso, usuários e profissionais da saúde manifestaram-se em 17% das vezes em falas contestatórias e os conselheiros representantes do governo e os terceiros, nesta ordem, apresentaram 7% e 9% como contestação. Nesse quadro, o que representa uma diferença importante em relação aos CMS's anteriores é o fato de os terceiros terem manifestado com razoável importância falas de contraposição nas discussões travadas pelo colegiado, o que sugere uma maior participação de pessoas do povo na condição de terceiros.

³⁶ Extraído da ata da sessão extraordinária de 28/03/2018 do CMS Icapuí.

Quanto aos atos que veiculam demandas, usuários, governo, profissionais e terceiros apresentaram, respectivamente, 24%, 0%, 15% e 4%. O interessante, nesse ponto, é que, sozinho, o segmento de usuários supera todos os outros três atores somados, o que é positivo, considerando-se o contexto dos desafios da efetividade participativa especialmente impostos aos conselheiros representantes dos usuários. Ademais, essa proporção, por mais que possa parecer alta, em última análise, nada mais que reflete a proporção das cadeiras disponíveis para o segmento usuário, que, sozinho, ocupa 50% das vagas no conselho.

No que diz respeito às denúncias, tem-se, também no caso de Icapuí, um percentual baixo (usuários 5%, profissionais 3%, governo 0% e terceiros 2%), mas que reflete dificuldades estruturais e organizacionais, como a falta de transporte para os membros do Conselho fazerem visitas de fiscalização e averiguar denúncias anônimas, por exemplo. Afinal, é pouco razoável exigir que um conselheiro reproduza falas ou representações sobre atos ou fatos objeto de denúncia sem ter elementos, de modo que nisso também influenciam aspectos de transparência e acesso à informação, que são barreiras comuns aos municípios estudados.

A própria dificuldade em organizar e conduzir o processo deliberativo de forma inclusiva, democrática, participativa é objeto de discussão no âmbito desses colegiados. Nesse sentido, tem-se o registro na ata da sessão extraordinária do dia 21/08/2013, uma conselheira representante do segmento usuário do colegiado icapuiense fez denúncia contra suposto autoritarismo do então presidente do CMS, que era representante do segmento usuário. Eis o recorte dessa fala:

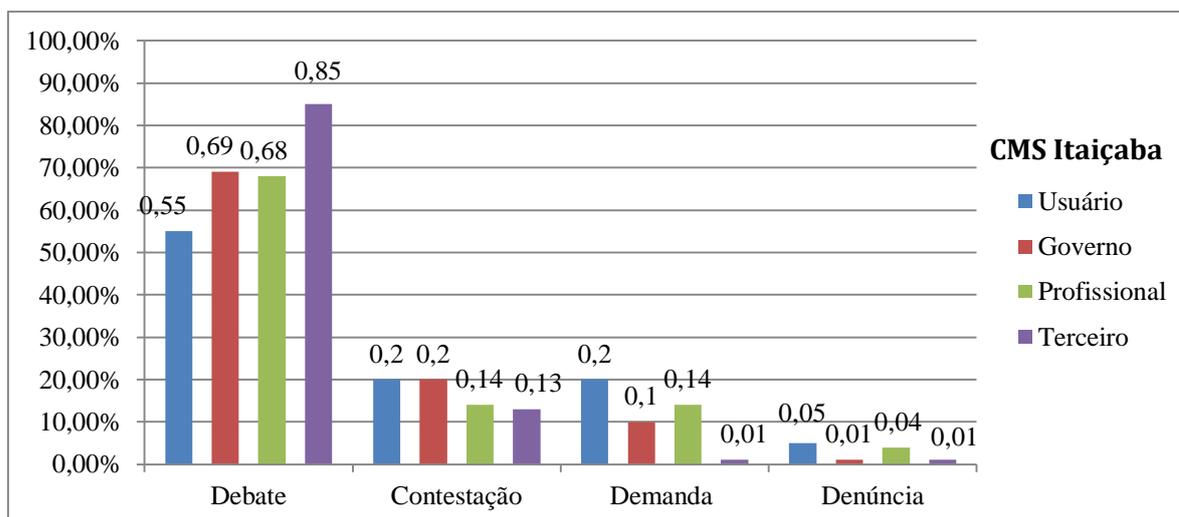
que alguns pontos não estão de acordo com o projeto de trabalho da Mesa Diretora, como o Presidente querer tomar deliberações sem consultar o plenário, destacando alguns pontos como: autoritarismo, que deixa transparecer um sistema político controlado; alguns documentos, como a prestação de contas enviada pela técnica da Assessoria Técnica Municipal (ATM) que o Presidente do CMSS recebeu e engavetou, não repassando para os conselheiros; tentou desmarcar de última hora o Fórum de Conselheiros do Município de Icapuí sem consultar o conselho, uma vez que já estava tudo articulado, mobilizado e contactado com os municípios que fazem parte da 7ª CRES e CESAU. (ICAPUÍ, 2013, s/p.).

Esse relato revela o caráter destemido de alguns conselheiros, que se propõem, mesmo diante de fatores contrários a uma atuação mais intransigente, a denunciar o próprio presidente do colegiado. Percebe-se, a partir da fala em questão, que o presidente do CMS teria assumido uma postura totalmente antinormativa, contrariando consensos firmados pelo próprio Pleno, obstaculizando o acesso a documentos de prestação de contas e frustrando

compromissos assumidos pelo Conselho a nível microrregional com os demais componentes da 7ª CRES.

O apontado engavetamento de “alguns documentos, como a prestação de contas enviada pela técnica da Assessoria Técnica Municipal” implica num verdadeiro paradoxo contrário à efetividade participativa, apontando para uma falta de transparência dentro do próprio Conselho de Saúde de Icapuí. Essa denúncia não foi apurada pelo colegiado, tendo-se limitado o então presidente a dar desculpas e oferecer razões para o ocorrido. Eis, portanto, mais um desafio que se lança no caminho da efetividade participativa no âmbito dessa instituição na gestão e no controle das políticas de saúde municipal.

Gráfico 08 – Distribuição dos atos de fala por segmento – CMS Itaiçaba



Fonte: Elaborado pelo autor.

O caso do CMS de Itaiçaba, no que concerne aos terceiros que tomam a palavra durante as reuniões do colegiado, tem mantido a proporção largamente superior dos atos de fala na categoria debate, fixado em 85%, tornando possível inferir finalmente que os sujeitos externos aos quatro conselhos analisados assumem uma posição de fala amplamente instrutória e especialmente direcionada para aspectos técnicos ligados à aprovação de projetos e prestações de contas do Executivo municipal.

Conselheiros do segmento profissional e usuário, por seu turno, mantiveram-se dentro dos padrões discutidos para os demais CMS's. A diferença no debate ficou por conta dos conselheiros representantes do governo, que se manifestaram nessa categoria de fala em 69%, ou seja, em número bastante inferior aos 87 % de Aracati, 81% de Fortim e 90% de

Icapuí. Isso, a princípio, pode denotar uma menor quantidade de discussões consensuais, mas esse dado não pode ser interpretado isoladamente dos demais. Explica-se.

É que, retomando o resultado da distribuição dos atos de fala por segmento quando do estudo da vocalização, no gráfico 08, percebe-se que os conselheiros do governo expressaram 38% do total dos atos de fala no conselho, de modo que esses 38%, por mais que em termos absolutos seja inferior aos demais CMS's, tem grande significância quando se leva em consideração que, nos outros conselhos, o que teve um governo com maior vocalização foi o de fortim, com 22% dos atos de fala. Então, cruzando-se essas duas informações, tem-se que o segmento do governo, também no caso do CMS Itaiçaba, mantém firme sua posição costumeira de relator de assuntos de interesse do governo.

Além disso, ainda em relação ao segmento governo no colegiado itaiçabense, retomando-se o resultado da discussão sobre vocalização (Diversidade), tem-se que, pela própria maneira como as atas de reuniões desse Conselho estava sendo redigida, as secretárias de saúde e presidentes assumiam papel central na condução das reuniões, percebendo-se, em muitas delas, uma espécie de monólogo desses sujeitos em relação aos demais membros. Esse fator também merece destaque neste ponto da análise, pois influencia diretamente, por exemplo, na distribuição dos atos de fala dos demais segmentos que tomam assento no Conselho.

Por outro lado, em relação aos atos de contestação, o CMS itaiçabense apresentou o resultado mais horizontal dentre os quatro conselhos avaliados. No caso, usuários e governo ambos foram responsáveis por 20% das contestações e profissionais e terceiros, respectivamente, por 14% e 13% das falas nessa categoria. O que chama a atenção, neste ponto, é a maior participação do governo em contestações nesse ciclo entre os quatro conselhos analisados, de modo que, sozinho, o segmento governo de Itaiçaba contestou quase o mesmo tanto que os conselheiros do governo dos outros três colegiados, que, juntos, somaram 23% contra 20% do CMS de Itaiçaba.

Esse percentual de contestação manifestado pelo segmento governo está igualmente diretamente relacionado às falhas verificadas na redação das atas e também tem como concausa a própria condução do processo deliberativo promovido no âmbito desse colegiado. Esse processo deliberativo, como se afere das discussões anteriores, por muito tempo foi protagonizado pela figura do presidente do Conselho, que era também secretário de saúde, dando ao segmento governo a centralidade da condução dos trabalhos. Além disso, os atos de fala em tom de contestação não necessariamente contrariam o interesse do

Executivo municipal, podendo ser o caso, no que se acredita pelo contexto, de serem em sua maioria contraposições às teses defendidas pelos demais segmentos.

Sobre os atos de demanda, também persiste o padrão apresentado pelos demais conselhos, à exceção do segmento governo, que apresentou, dentre todos os colegiados, o maior percentual, em 10% dos atos de fala enquadrados como demanda. Por fim, no que se refere às denúncias, com exceção do conselho fortinense, o CMS de Itaiçaba apresentou números compatíveis com os outros dois colegiados analisados, com usuários e profissionais liderando com 5 e 4 por cento respectivamente e governo e terceiros ambos com 1% cada.

À vista disso, tem-se confirmada a tese de que é próprio aos segmentos de usuários e profissionais da saúde uma maior manifestação em falas que não sejam de debates e assumam caráter mais fiscalizatório, como o são as categorias de fala contestação, demanda e denúncia. A diante serão expostos os assuntos abordados pelos segmentos de forma mais específica em complemento à análise da categorização dos atos de fala.

Por fim, retoma-se a problemática de possíveis falhas nos registros das deliberações nos livros de ata, o que sem dúvidas influi no resultado da distribuição dos atos de fala entre os segmentos, o que desafia especialmente os CMS Fortim e Itaiçaba. Nesse quadro, tem-se notícia de que, na ordinária de 13/09/2011 no CMS Fortim, foi promovida votação sobre matéria que sequer chegou a ser discutida por nenhum conselheiro, conforme se afere da leitura da ata dessa reunião. Em face disso, sendo logicamente inviável que ninguém tenha falado durante a votação de uma matéria, por simples que ela seja, não é razoável esperar que tenha sido assim, com esse silêncio espartano, ao tempo em que esse fato dá suporte à tese de desorganização nos processos desses colegiados.

4.4.4 Capacidade de Agenda

Partindo-se para a segunda dimensão do indicador da capacidade deliberativa, aporta-se na análise da variável capacidade de agenda, a qual, segundo Cunha (2010), consiste na “habilidade em colocar temas ou questões para o debate político e público – dos segmentos dos conselhos”. A par disso, tenciona-se expor e discutir a divisão dos atos de fala dos conselheiros membros dos colegiados em questão, de modo a serem contemplados 09 tipos de possíveis assuntos.

A seleção dos tipos assuntos deu-se a partir do trabalho de Cunha (2010), com algumas alterações úteis a uma melhor apresentação dos dados e considerando também a

linha adotada neste trabalho. No caso, foram utilizadas as modalidades de assuntos trabalhadas por Cunha (2010), de modo que a única alteração que foi feita consistiu em juntar o que a autora considerava como três pontos diferentes, quais seja: gestão de especialidades, atendimento e serviços. A motivação para essa redução de 9 para 7 itens não implica em nenhum prejuízo para a análise aqui proposta e tem fundamento também em razão de facilitar a apresentação e compreensão dos resultados. Assim, esses três tópicos foram condensados em um único: Gestão de Atendimentos e Serviços, pois tudo é, enfim, serviço público de saúde, seja atendimento, seja serviço especializado e o que interessa a esta análise é a característica de gestão dessas áreas.

À vista disso, tem-se os seguinte assuntos: Controle financeiro, Controle fiscalização, Gestão de Atendimentos e Serviços, Aprovação de Projetos do Executivo, Aprovação de Contas do Executivo, Organização Interna e Novos Projetos. Para tanto, apresenta-se o seguinte quadro, composta pelos temas discutidos por cada segmento dos quatro conselhos estudados.

Quadro 17 – Percentuais dos atos de fala por segmento para cada assunto – CMS Aracati

CMS Aracati				
Assunto abordado versus segmento	Usuário	Governo	Profissional	Terceiro
Controle Financeiro	2,6%	9,40%	6,90%	3,25%
Controle Fiscalização	25,32%	23,20%	25,28%	17,20%
Gestão de Atendimentos e Serviços	58,45%	50,27%	49,04%	45,12%
Aprovação de Projetos do Executivo	5,20%	7,20%	3,85%	13,65%
Aprovação de Contas do Executivo	1,94%	5,52%	2,30%	8,12%
Organização Interna	4,55%	3,86%	11,11%	10,06%
Novos Projetos	1,94%	0,55%	1,52%	2,60%

Fonte: Elaborado pelo autor. ³⁷

³⁷ Quadro inspirado no quadro 7 (Avritzer *et al*, 2010, p. 113).

Em vista do resultado apresentado pelo CMS do município de Aracati, em adiantamento dos números esboçados pelos demais colegiados, tem-se já um padrão em relação à distribuição dos atos de falados conselheiros de todos os segmentos, de modo a se manifestarem sobre questões que dizem respeito majoritariamente a dois assuntos: Controle fiscalização e Gestão de Atendimentos e Serviços, os quais, como se verá, concentram em todos os CMS's, sempre mais da metade das discussões.

No caso do segmento usuário do Conselho de Saúde de Aracati, por exemplo, as discussões (debates, contestações, demandas e denúncias) concentram 83,77% dos atos de fala em assuntos relacionados a Controle fiscalização e Gestão de Atendimentos e Serviços.

Essa realidade, por mais que na perspectiva do controle possa parecer positiva, até porque de fato o é, não pode ser entendida somente nesse quadro. O ponto nuclear dessa concentração de falas nesses dois assuntos é que o segmento usuário, assim como os demais que passam por essa situação, deixa de discutir assuntos mais voltados à construção de uma agenda da política de saúde para tratar de questões que, em que pese importantes, parecem ser mais um trabalho de órgãos de controle administrativo.

Esse é o caso, por exemplo, de descumprimentos de horários por servidores da saúde, a falta de transporte para pacientes, a não distribuição de remédios “a” ou “b”, a falta de pintura ou manutenção predial num equipamento público, que são frequentemente discutidos por conselheiros do segmento usuário. Esses pontos de discussão que envolvem questões de rotina administrativa de gestão de pessoas e recursos, por mais importantes que sejam, contribuem no que aqui se chama de processo de alheamento dos membros dos colegiados, distanciando-os daquilo que deve ser o foco de sua atuação participativa.

Normalmente esses assuntos da máquina administrativa são objeto de processos próprios de controle, tanto interno quanto externo, a exemplo do trabalho de órgãos de contas, do Ministério Público e da própria população no controle social. De toda sorte, também não se nega que os CMS's possuem, sim, atribuição para atuar nesse contexto, conforme seja o caso. Entretanto, o que não se concebe é que a atuação desses centros deliberativos de políticas públicas seja diluída em meio a questões administrativas de rotina, legando-se aos conselheiros de saúde uma atuação típica de *ombudsman*,³⁸ o que não é o caso.

³⁸ Pessoa encarregada pelo Estado de defender os direitos dos cidadãos, recebendo e investigando queixas e denúncias de abuso de poder ou de mau serviço por parte de funcionários ou instituições públicas. Disponível em: <https://www.significados.com.br/ombudsman/>. Acessado em 01/03/2019.

Noutro sentido, se por um lado tem-se a atuação de usuários essencialmente voltada a questões de gestão de atendimentos e serviços de saúde, tem-se também uma considerável concentração dos tópicos de fala em fiscalização, que apresentou 25,32% contra os 1,94% de novos projetos. É justamente essa disparidade que, ladeada por uma proporcionalmente maior atuação em aprovação de projetos e prestação de contas, que atesta a tese de que o CMS de Aracati atua precipuamente, além de um campo para reclamações sobre serviços e atendimentos de saúde, como uma espécie de chancelaria para aprovação de projetos e prestação de contas do Executivo municipal, num exercício mecânico de competências que legalmente se lhe impõem.

Oportunamente, porém, não se nega que é essencial a atuação fiscalizatória dos conselhos gestores, sendo isso inclusive imposição constitucional e legal para garantir ao povo o acesso à informação, principalmente na execução orçamentária e financeira. Por outro lado, essas práticas de controle não resumem a missão institucional de um Conselho Gestor, especialmente diante do fato de que o controle externo pode ser exercido por várias instituições e órgãos públicos, além de várias entidades do terceiro setor que atuam nessa seara.

No caso, a função principal dos CMS's é a participação no processo político, é oportunizar à sociedade o poder de influenciar nas escolhas públicas, na construção da agenda política. Essa participação na construção política, contraditoriamente, é o que menos se desenvolve e a que está mais distante no caminho rumo à efetividade participativa nesses colegiados como um todo, conforme se verá em cada um dos resultados sobre políticas aprovadas via Resolução.

Por fim, chama-se a atenção para o resultado apresentado pelos terceiros externos ao conselho, os quais manifestaram o maior percentual de falas sobre aprovação de contas e projetos do Executivo. No caso, somando-se as atuações dos terceiros nesses dois tipos de assuntos, tem-se um total de 21,77%, número que reforça a tese de uma participação por sujeitos externos de caráter majoritariamente instrutório, numa espécie de reforço das vozes pró-governo, tendo em vista que esses terceiros são essencialmente agentes públicos municipais. É a consolidação daquilo que, na análise sobre a vocalização, foi denominado de “fundo argumentativo comum”.

Quadro 18 – Percentuais dos atos de fala por segmento para cada assunto – CMS Fortim

CMS Fortim				
Assunto abordado <i>versus</i> segmento	Usuário	Governo	Profissional	Terceiro
Controle Financeiro	0%	6%	12%	9%
Controle Fiscalização	40%	25%	37%	25%
Gestão de Atendimentos e Serviços	40%	29%	23%	24%
Aprovação de Projetos do Executivo	0%	8%	5%	7%
Aprovação de Contas do Executivo	0%	8%	7%	11%
Organização Interna	20%	22%	14%	18%
Novos Projetos	0%	3%	2%	6%

Fonte: Elaborado pelo autor. ³⁹

Partindo para a análise do quadro apresentado pelo CMS fortinense, tem situação semelhante à de Aracati no que diz respeito à concentração das falas em controle fiscalização e gestão de atendimentos e serviços de saúde, de modo que, no menor dos casos, tem-se 23% das falas de conselheiros do segmento profissional nessa categoria.

Por outro lado, o CMS de Fortim apresentou-se diferente em relação a manifestações sobre organização interna, o que abrange, por exemplo, questões sobre o próprio conselho, sua estrutura, sua agenda de reuniões e, com bastante frequência, sobre a promoção e participação em eventos como conferências de saúde, fóruns e seminários. Esse ponto, sem dúvidas, é muito positivo, tendo em vista que denota dos membros atenção quanto a assuntos internos e aponta para, pelo menos, uma consideração pelo colegiado no que tange ao próprio conselho.

Outro ponto que merece atenção é o zero apresentado pelo segmento usuário do conselho de Fortim em relação à discussão de novos projetos. A par disso, nota-se como é profundo o déficit de abordagem de políticas públicas propriamente dita, como é improdutiva a atuação do CMS em questão no que se refere a novos projetos. Tem-se, diante

³⁹ Quadro inspirado no quadro 7 (AVRITZER *ET AL*, 2010, p. 113).

disso, um quadro de verdadeira apatia do segmento usuário em relação à proposição de novas políticas públicas.

Em verdade, o que se nota é que, mesmo que outros segmentos ou atores, no caso dos terceiros, apresentem um percentual de falas dedicadas a políticas públicas novas, tem-se, mais uma vez, uma subdiscussão, uma análise com fins chancelatórios, não o processo de deliberação participativa na formulação das políticas. Nota-se, isto sim, que o conselho como um todo, no que diz respeito à abordagem de “novos projetos”, ocupa-se de, quando possível, entender e dizer sim ou não à aprovação do que já tenha sido formulado e costurado pelos gestores públicos da saúde.

Quadro 19 – Percentuais dos atos de fala por segmento para cada assunto – CMS Icapuí

CMS Icapuí				
Assunto abordado <i>versus</i> segmento	Usuário	Governo	Profissional	Terceiro
Controle Financeiro	9%	10%	14%	16%
Controle Fiscalização	34%	34%	39%	28%
Gestão de Atendimentos e Serviços	36%	32%	26%	28%
Aprovação de Projetos do Executivo	0%	1%	4%	5%
Aprovação de Contas do Executivo	3%	7%	3%	11%
Organização Interna	14%	9%	10%	2%
Novos Projetos	4%	7%	4%	10%

Fonte: Elaborado pelo autor.⁴⁰

O Conselho de Icapuí, por sua vez, apresenta resultado interessante sobre o controle financeiro, sendo, quanto ao mais, relativamente parecido com o de Aracati. No caso, merece destaque a atuação dos conselheiros em geral em relação ao controle financeiro no âmbito da gestão da saúde icapuiense. Como já dito anteriormente, o povo icapuiense possui conhecida tradição vindicante e, não raro, nas sessões daquele CMS são feitos questionamentos (falas da categoria demanda) ou mesmo manifestadas irrisignações/insatisfações (falas da categoria contestação) em relação a finanças públicas.

⁴⁰ Quadro inspirado no quadro 7 (AVRITZER *ET AL*, 2010, p. 113).

Exemplo disso são os registros extraídos do livro de atas desse CMS por ocasião da sessão extraordinária de 24/04/2013, na qual os conselheiros, diante da falta de clareza na prestação de contas, resolveram não aprovar, naquele momento essa prestação: “A técnica explicou muito bem a prestação de contas, mas no tocante às contas do município não ficou claro para os conselheiros como foram gastos os recursos, necessitando, assim, de esclarecimento por parte da gestão na próxima reunião do CMSS (...)” (ICAPUÍ, 2013 s/p.).

Outro caso registro de rigoroso controle financeiro no CMS Icapuí deu-se na reunião ordinária de 15/05/2013, quando os conselheiros parecem discutir realmente os pontos objeto de aprovação em prestações de contas, tanto que vários conselheiros (não nominados) questionaram os valores (R\$ 43.110,00 – quarenta e três mil cento e dez reais) pagos por serviços de digitação. Outro questionamento importante foi feito por uma conselheira do segmento usuário em relação aos valores pagos à Assessoria, no importe de R\$ 85.995,00 (oitenta e cinco mil novecentos e noventa e cinco reais).

Confirmando o rigor com que os membros do CMS icapuiense lidam com as prestações de contas, na ordinária de 12/12/2012, o Plenário se nega a aprovar prestação de contas em razão de questionamentos sobre os valores pagos na odontologia. Consta da ata que, diante disso: “tirou-se como proposta não aprovar esta prestação neste momento, sendo eleita uma equipe composta por S.G.2, S.P.8, S.U.3 e S.U.4 para analisar e estudar a prestação de contas junto com a gerente financeira e a Assessoria Técnica Municipal (ATM) (ICAPUÍ, 2012, s/p.).

Outro ponto importante que se nota na análise dos assuntos abordados pelo conselho icapuiense é sobre novos projetos, ponto em relação ao qual é o colegiado mais positivo, considerando essa tendência suplantadora da atuação dos CMS's da 7ª CRES como órgão dotado de capacidade de agenda no âmbito das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, mesmo que não seja exatamente expressivo como poderia ser, considerando-se certo recuo por parte da alocação sobre controle e gestão, no âmbito desse conselho, percebe-se um embrião de uma participação social efetiva do CMS como um órgão que não seja mero chancelador/controlador de finanças públicas e serviços de saúde, mas, em igual ou maior medida, uma entidade que participe do ciclo decisório da agenda política.

Quadro 20 – Percentuais dos atos de fala por segmento para cada assunto – CMS Itaiçaba

CMS Itaiçaba				
Assunto abordado versus segmento	Usuário	Governo	Profissional	Terceiro
Controle Financeiro	11%	9%	12%	11%
Controle Fiscalização	21%	19%	31%	23%
Gestão de Atendimentos e Serviços	49%	42%	49%	36%
Aprovação de Projetos do Executivo	1%	8%	0%	5%
Aprovação de Contas do Executivo	5%	10%	3%	16%
Organização Interna	11%	5%	5%	4%
Novos Projetos	2%	6%	2%	4%

Fonte: Elaborado pelo autor. ⁴¹

O CMS de Itaiçaba, a exemplo do que ocorreu no colegiado icapuiense, também apresentou o diferencial de um controle financeiro maior que os demais Conselhos. Esse tipo de assunto é formado por discussões a respeito de valores e recursos executados na gestão da saúde e revela uma evolução sobre episódios em que a ata registra aprovações unânimes e sem discussão de Relatórios Anuais de Gestão, por exemplo.

Em relação ao controle fiscalização e à aprovação de projetos do Executivo, esse Conselho trilhou caminhos parecidos com seus pares, de modo que se pode, agora, afirmar que a atuação dos quatro CMS's da 7ª CRES, quanto aos assuntos discutidos em suas reuniões pelos três segmentos que os compõem e pela fala de terceiros, atuam majoritariamente numa vertente de sua missão institucional, que é o controle e o acompanhamento de serviços de saúde.

A aprovação de projetos, confirmando a tese de que conselheiros representantes do governo e terceiros atuam fortemente na relatoria de projetos e propostas de votações, ficou massivamente ao cargo desses dois atores do processo participativo no CMS Itaiçaba. Essa mesma realidade também se projeta sobre a prestação e aprovação de contas do Executivo municipal, posto que, dos 34% totais de falas sobre prestação de contas, 16% couberam aos

⁴¹ Quadro inspirado na quadro 7 (AVRITZER ET AL, 2010, p. 113).

terceiros e 10% aos conselheiros representantes do governo, os outros 8% estão divididos em 5% para usuários e 3% para profissionais da saúde.

Feitas essas inferências sobre cada um dos CMS's objeto desta pesquisa em relação à análise da distribuição de seus atos de fala em 04 categorias (debate, contestação, demanda e denúncia) e a incursão sobre os 07 tipos de assuntos (Controle financeiro, Controle fiscalização, Gestão de Atendimentos e Serviços, Aprovação de Projetos do Executivo, Aprovação de Contas do Executivo, Organização Interna e Novos Projetos) que são abordados no conteúdo dessas falas, percebe-se que há, com algumas ressalvas já feitas, uma tendência que limita a atuação desses quatro colegiados à atividade fiscalizatória extensiva, sem planejamento e muitas vezes insolúvel, como será visto a seguir.

Em paralelo, além de a fiscalização ser feita de forma aleatória e mais repressiva aos problemas do que punitiva, acautelatória, ocorre um esvaziamento da função correlata de participação do processo político, de os CMS's da 7ª CRES tomarem seu lugar na mesa de discussão da agenda política da saúde nesses municípios e, inclusive, das políticas que são empreendidas a nível microrregional pela pactuação que dá corpo ao CPSMAR. Em suma, é tão grande a teia de desafios organizacionais que se impõe no caminho da efetividade participativa para esses colegiados que fazer o mínimo normativamente exigível que é fiscalizar serviços e ações de saúde e aprovar projetos e prestações de contas do Executivo se constitui em tarefa árdua face às limitações descritas no estudo dos outros três "D's".

A seguir, trabalha-se o último tópico da apresentação e discussão dos resultados desta pesquisa. Assim, tendo sido vistos aspectos de criação, distribuição e preenchimento de vagas de conselheiro, distribuição dos atos de fala por segmentos e os meandros das discussões no âmbito dos Conselhos objeto deste trabalho, cabe agora avaliar o produto desse processo, dando corpo à capacidade/força decisória pela análise das decisões que esses colegiados tomam.

4.4.5 Capacidade e Força Decisória

O terceiro e último ponto a ser tratado à luz do indicador Capacidade Deliberativa (que é o quarto e último "D") são as decisões proferidas dos quatro CMS avaliados nesta pesquisa. A propósito, impende destacar a importância de que se reveste o estudo das decisões tomadas no âmbito dessas instituições participativas, de modo a auxiliar na análise dos desafios que cercam a efetividade participativa dos Conselhos estudados. Afinal, como

se falar em um processo participativo deliberativo efetivo se a decisão, o produto final de todo o conjunto de variáveis, não refletir uma atuação racional, concreta e resolutiva dos conselheiros?

Com a abordagem do conteúdo decisório das deliberações promovidas no âmbito desses colegiados, tem-se, por assim dizer, a conclusão de um ciclo de análises que, entende-se, contempla os três momentos principais do processo político desses conselhos municipais de saúde: a escolha dos membros, a seleção dos assuntos discutidos mediante a formação da pauta e o processo decisório, a distribuição e análise dos atos de fala e, finalmente, as decisões tomadas.

A avaliação das decisões promovidas pelos Conselhos em questão tem em vista verificar as condições do que se chama de “princípio da conclusividade” (Cunha, 2010). Esse princípio, a propósito, consiste em que “as arenas deliberativas devem não só propiciar o debate público, mas também produzir decisões, mesmo que provisórias, especialmente quando tratam de problemas públicos que devem ser resolvidos por meio de políticas públicas” (Cunha, 2010, p. 116).

À vista disso, propõe-se analisar as decisões dos CMS em relação a i) distribuição dos temas objeto de decisão e ii) o quanto de cada assunto decidido foi encaminhado para normatização por Resoluções. Este segundo parâmetro, que considera as Resoluções, tem sua pertinência justificada em razão da força vinculativa que a Resolução possui em relação ao Executivo municipal, diferentemente de outros tipos de decisões. É que as Resoluções editadas pelos Conselhos Municipais de Saúde têm sua aprovação e efeitos vinculantes em relação ao Executivo municipal, desde que não firam a legalidade.

É justamente isso que se extrai do item XI, da Quarta Diretriz da Resolução 453, de 10 de maio de 2012:

(...) As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário.

Ademais, a criação de Resoluções pelos conselhos gestores da saúde municipal denota independência institucional e, em última instância, constitui-se resultado positivo no

ciclo da democracia participativa que orienta essas instituições. Diante disso, pressuposto o caráter favorável à efetividade em se promover soluções mediante a força vinculante de Resoluções, resta qualificar o debate a esse respeito, debruçando-se sobre os temas objeto desse tipo de decisão.

Nesse sentido, o que se percebe da análise dos dados levantados é, de início, a persistência de problemas com organização das atas de reuniões de alguns conselhos, especialmente o de Fortim e o de Itaiçaba. No caso, muitas deliberações que costumeiramente são formalizadas via Resolução, mesmo que componham um documento específico, não tem seu registro nas atas das sessões em que foram votadas, por vezes sequer a menção do seu número de ordem. Essas Resoluções simplesmente são feitas em separado e, não raro, elaboradas e assinadas posteriormente à sessão em que foram discutidas as questões que lhe compõem.

Essa confecção do texto e assinaturas *a posteriori* de Resoluções denota, no mínimo, sério problema na capacidade de agenda do Conselho como um todo e, especialmente, da Mesa Diretora, que, responsável por conduzir os trabalhos sob a liderança do presidente, não promoveu a prévia elaboração/análise de projeto para levar à votação dos membros a título de Resolução. Além disso, deve-se considerar também na má qualidade do processo discursivo e da própria formação dos consensos no âmbito desses CMS's a falta que faz a existência efetiva das Comissões e Câmaras Técnicas para qualificação do debate e, por que não, o desenvolvimento de trabalhos preparatórios como pesquisas, apresentação de pareceres, etc.

Esse quadro de subdiscussão das matérias aprovadas via Resolução também é consequência das falhas no processo de formação da pauta que orienta as deliberações, como a não informação prévia dos tópicos de discussão, a ocorrência de reuniões surpresa e o não envio prévio e tempestivo da documentação que embasa uma prestação de contas. O que se percebe, pela análise desenvolvida até aqui, é que há uma sequência de desafios de várias ordens que culmina na perda de qualidade das decisões empreendidas pelos Conselhos avaliados.

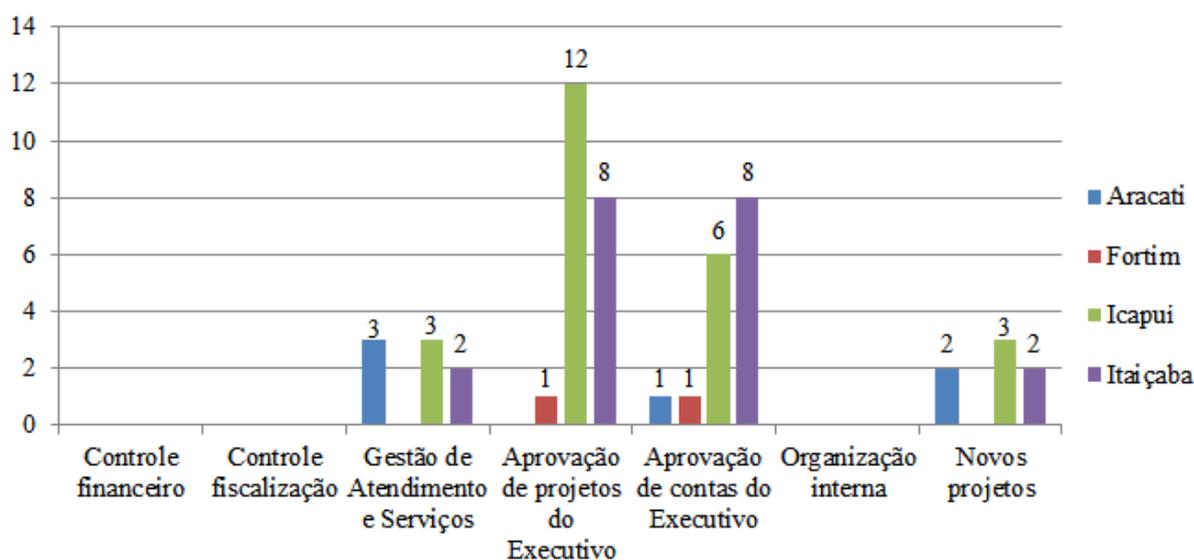
Em face disso, é forçoso entender que ocorre uma discussão a respeito de algo que não se conhece o mínimo necessário para se posicionar a favor ou contra e aqui entra em cena o papel persuasivo daqueles que assumem o papel relator-instrutório do objeto pautado. Como visto, essa dita relatoria ou instrução das deliberações, ao menos quanto a projetos e

prestações de contas do Executivo municipal, cabe precipuamente aos conselheiros representantes do Governo. Demais disso, observou-se também que terceiros não conselheiros tomam a palavra frequentemente e assumem a dianteira do quantitativo de atos de fala no âmbito dessas discussões, produzindo discursos, como visto, majoritariamente instrutórios, informativos, em espécies de palestras sobre balanços de execução financeira orçamentária da pasta fiscalizada.

Tem-se, assim, a consolidação de um processo de participação popular capenga diante da constatação de que aos conselheiros, especialmente aos representantes de usuários, é cerceado o conhecimento sobre o que se discute, sendo muitas vezes pegos de surpresa com a apresentação intempestiva do objeto das deliberações. Tem-se, com os resultados apresentados sobre as decisões dos colegiados estudados, o ponto culminante de um processo que impede a efetividade participativa que os CMS's destinam-se a promover.

Diante disso, apresenta-se o gráfico 09 a seguir com a distribuição do número de Resoluções por tema, utilizando-se para tanto os modais de fala que serviram ao tópico anterior, sendo, no total, também 07 os tipos de assuntos que servem de parâmetro para esta análise: controle financeiro, controle fiscalização, gestão de atendimento e serviços, aprovação de projetos do Executivo, aprovação de contas do Executivo, organização interna (do Conselho) e novos projetos.

Gráfico 09 – Quantidade de Resoluções aprovadas para cada assunto por CMS



Fonte: Elaborado pelo autor.

O que se percebe inicialmente da análise acima é que é pequeno o número de resoluções dos CMS's Aracati e Fortim, se comparados com Icapuí e Itaiçaba. Essa realidade, conforme já adiantado, justifica-se não exatamente em função da inexistência dessas Resoluções que aparentemente faltariam, mas, isto sim, face à desorganização que, consoante demonstrado até aqui, em maior ou menor medida, acomete todos os conselhos estudados. A esse respeito, entende-se que o normal é que essas Resoluções fossem todas identificadas por seu número de ordem, ano e ementa já na ata da sessão em que foram votadas.

Não é incomum, por exemplo, existir uma pasta específica para arquivamento das Resoluções assinadas pelos conselheiros, no que se vai bem. Mas isso não basta para imprimir legitimidade a um texto constante de uma Resolução e o motivo é simples: como saber se o texto em separado, cuja ementa sequer consta da ata que supostamente o teria aprovado como Resolução é realmente o que foi objeto de consenso pelo colegiado?

Justamente por isso não se pode conceber que isso por si só baste para que seja escoreito o processo deliberativo como um todo, para que seja legítima e responsável a conclusão, via Resolução, de uma solução ou política pública promovida pelos CMS's estudados. O arquivamento em pasta é ato de mera gestão de documentos, que reflete, ou pelo menos deveria, uma realidade fática procedimental prévia que, a rigor, deveria começar com a construção da pauta, verificação de quóruns, discussões, encaminhamentos e votação da matéria, informando-se tudo isso e mais o número de ordem da Resolução na ata que registra a sessão que abrigou esse procedimento.

O que se viu até aqui é que não ocorreu exatamente assim, como deveria, em alguns, se não muitos, casos. Exemplo disso é o que sucedeu na extraordinária de 30/05/2017 no CMS de Itaiçaba, em que se tratou de vários assuntos, sem formalização da informação da pauta e, conforme se extraiu das cópias da ata que foram fornecidas pelo Conselho, as duas Resoluções que foram aprovadas nesse dia não tiveram suas numerações informadas na ata, tendo ficado um espaço em branco para aparente posterior aposição dos seus números de ordem, o que, segundo consta, não foi feito ainda.

Vê-se do exposto que, numa extraordinária, sem pauta definida, em que se discutiu e se votou, dentre outros assuntos, aprovação de prestação de contas e a realização de Conferência Municipal de Saúde, não se tinha sequer o controle da numeração de ordem das Resoluções votadas. Nesse sentido, impõe-se informar que esse aparente descontrole com a numeração de ordem das Resoluções não é fato exclusivo do CMS Itaiçaba, onde ocorreu

em 2010, 2013, 2014 e 2015, mas também aparenta ocorrer em outros colegiados, como em Icapuí nos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.

O que esse contexto impõe reconhecer é a possibilidade corrente de fraude, ocultação de decisões via Resoluções, acréscimos e supressões do que foi decidido, por exemplo. Diz-se isso, não obstante a impositiva presunção de boa fé nas relações sociais, em razão de ser plenamente factível a ocorrência disso e, em ocorrendo, a baixa probabilidade de, com todo o quadro de desorganização relatado, ser identificado o mal feito. Na perspectiva procedimental das decisões é isto que se verifica: dificuldade de controle e organização do procedimento e da formalização do decidido, exposição ao risco de fraudes, e deliberações em que inexistente paridade quanto ao conhecimento do assunto discutido. Isso se dá seja pelo desconhecimento prévio acerca de um tema essencialmente técnico, por exemplo, seja pela costumeira não informação prévia da pauta ou pela não inclusividade de sua construção, seja pelo ajuntamento dos atos de fala de conselheiros representantes do governo e terceiros técnicos não conselheiros ligados à gestão municipal na relatoria e instrução da discussão que toma forma de palestra e é potencialmente persuasiva.

Por outro lado, partindo-se para o conteúdo das Resoluções informadas nas atas das sessões promovidas durante o período estudado para os 04 Conselhos em questão, nota-se que a resolutividade de todos está concentrada majoritariamente na aprovação de prestações de contas, de projetos do Executivo municipal e na gestão de atendimento e serviços de saúde. Esses três pontos objeto de decisão pelos membros dos colegiados via Resolução são essencialmente ligados ao desempenho da atividade administrativa municipal e, embora se revistam de importância fulcral da fiscalização na gestão da saúde pública, somente caracterizam um lado da função organizacional dos CMS's, que, pode-se dizer, em resumo, consiste em controle dos atos e fatos na gestão da saúde (implementação/controle da execução das políticas) e na própria formulação das políticas, na construção da agenda.

É justamente essa segunda frente de atuação dos conselhos estudados que está essencialmente embaraçada pelos obstáculos até aqui descritos. Os Conselhos, como já dito, estão funcionando mais como órgãos de controle de execução financeira e orçamentária e da atuação administrativa, ora como um tipo de ouvidoria, ora como uma chancelaria de atos do governo municipal. É como se se colocasse em discussão nos CMS's em questão assuntos corriqueiros (mas não complexos) como os *retro* mencionados e com esse atordoamento gerado por esse frenesi de controle e gestão de atos e fatos administrativos,

se interpusesse uma distância praticamente intransponível entre os CMS's analisados e a agenda política da saúde.

É justamente isso que se extrai do gráfico acima, que informa uma parcela muito pequena de decisões promovidas via Resolução a respeito de novos projetos. Esse tipo de assunto, por sua vez, é que consiste na atuação em relação à construção da agenda política propriamente dita e implica numa gestão democrática efetivamente participativa da saúde. Outrossim, também importa destacar que, no mais das vezes, para não descartar em absoluto, essas Resoluções sobre novos projetos tratam de propostas já costuradas pela gestão local e enviadas para os conselhos anuírem ou não, com pouca ou nenhuma margem de mudança por parte dos colegiados.

Faz falta aos conselheiros a discussão embrionária, criativa, que promova o surgimento de políticas como resposta aos problemas locais de saúde pública, limitando-se, também na agenda política, a atuação dos CMS's a uma chancelaria, uma esfera legitimadora de decisões aprioristicamente construídas pelo gestor público. Tem-se aqui a inferência final de que o papel inclusivo dessas organizações deliberativas, como proposto por Dahl (2000), e o próprio "fazer democracia", como aspecto procedimental do poder pelo povo (SCHUMPETER, 1961), não são verificados na práxis desses Conselhos.

Nesses centros deliberativos, não obstante o esforço despendido por aqueles que desenvolvem a função pública participativa, a Capacidade Deliberativa, a Diversidade e a Durabilidade encontram-se sobremaneira prejudicadas. Implica dizer, portanto, que, dos quatro "D's", apenas um, a Densidade, encontra-se minimamente atendido na participação estudada nos 4 CMS's que compõem a 7ª CRES.

Em contraponto a isso, como forma de superar esse conjunto de desafios à efetividade participativa, considera-se necessária uma espécie de mudança estrutural nesses CMS's. Seria, inclusive, mais confortável defender que essa mudança começasse pela normatividade geral que essas entidades, o que se justificariam diante do fato de que as Resoluções do CNS, mesmo sendo aplicáveis a todos os CMS's do Brasil, não são sequer conhecidas em muitos pontos pelos membros desses colegiados.

Esse nível de mudança, por mais que inegavelmente necessário, não tem, sozinho, o condão de estruturar os CMS's de modo a promover-lhes a efetividade. Exemplo disso foi a amplamente discutida falta de estrutura à disposição dos Conselhos, que chegou, em algumas circunstâncias, a prejudicar a própria análise e aprovação de prestações de contas,

do que depende o repasse de recursos da saúde pela União, conforme já consolidado pelo TCU por ocasião do Acórdão nº 1.660 de 22 de março de 2011.

Inclusive, na extraordinária de 27/06/2012, no CMS de Itaiçaba, uma a conselheira representante do governo falou sobre o condicionamento para repasse de recursos da União para os CMS's:

A conselheira S.G. falou da importância da paridade no conselho e de respeitar o Acórdão nº 1.660 de 22 de março de 2011 do Tribunal de Contas da União que estabeleceu que o Ministério da Saúde só deve repassar recursos para os municípios cujos conselheiros de saúde (sic) sejam compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestão (ITAIÇABA, 2012, s/p.).

Vai-se além, numa ambiência em que falta o conhecimento de onde esteja o próprio Regimento Interno (o que foi o caso do CMS Fortim), falta organização e impera um conjunto de falhas na redação das atas, aparenta haver descumprimento das regras que estabelecem quóruns de instalação de sessões e de aprovação de matérias pelo Pleno, entre outras dos vários problemas verificados nesta análise, falar em criação ou reforma de normas parece ser lugar comum. Precisa-se, isto sim, é de organização, fidelidade aos fatos e atos na redação das atas e o fortalecimento da independência institucional desses colegiados para que, tendo os meios necessários, funcione e dê suporte aos conselheiros para o desempenho de sua função pública no naturalmente árduo processo de efetividade na participação popular.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS, PROPOSTAS E ENCAMINHAMENTOS

À luz do referencial teórico adotado nesta pesquisa, resta indiscutível o potencial democrático de que se revestem os Conselhos Municipais de Saúde no Brasil. Tem-se, por esse mecanismo de participação social no controle e gestão da política de saúde, a possibilidade de trazer a população para dentro do processo decisório, para influenciar na construção da agenda política da saúde pública.

Tão importante é o processo histórico vivido pelos movimentos sociais brasileiros rumo à institucionalização da participação social no processo político, que a CF/88 deu estatutura constitucional aos CMS's ao determinar, em seu artigo 198, III, que a gestão dos SUS observe a participação da comunidade como uma de suas três diretrizes (BRASIL, 1988). Na esfera infraconstitucional, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, atendeu ao mandamento constitucional e, em seu art. 7º, VIII, apontou a participação da comunidade como diretriz desse Sistema.

Essas instituições, segundo Avritzer (2008) foram instituídas sob um desenho de partilha de poder, de modo que sua composição é tripartite e “paritária”, prestigiando a participação de conselheiros representantes do público usuário com 50% das vagas no colegiado, ficando a outra metade dividida entre os segmentos do governo e profissional. Essa distribuição desigual dos assentos entre os três segmentos que compõem esses Conselhos, entende-se, não foi despropositada, sendo, antes, uma maneira de dar mais força aos recém-chegados na mesa do debate político: o público usuário.

A par disso, desenvolveu-se a presente pesquisa tendo como pressuposto a redefinição do espaço político, de modo que o histórico protagonismo dos mandatários no processo político e o correlato papel essencialmente secundário ou meramente legitimador desempenhado pelo cidadão estão dando lugar à atuação de uma sociedade civil organizada e que, com a criação de fóruns participativos como os CMS's, pode sentar-se à mesa para decidir sobre as ações estatais.

Vivem-se novos tempos. A informação, a tecnologia e a frequente discussão política intuitivamente instiga a natureza discursiva do homem e, no caso do Brasil, o momento social é de constante interferência das massas populares em decisões estratégicas que, muitas vezes, sendo anunciadas, após a pressão popular, são objeto de retratação por parte dos mandatários. Queira-se ou não, não é mais suficiente a democracia apenas na forma

representativa tradicionalizada na República Brasileira, com controle e participação social prática e unicamente exercidos nas eleições periódicas de representantes do povo.

Faz-se necessário, portanto, promover um processo participativo o mais inclusivo possível (DAHL, 2001) e de uma maneira que se superem os desafios de se “fazer democracia” (SCHUMPETER, 1961). Foi justamente isto que se fez neste estudo de caso: analisaram-se, sob a perspectiva da Participação em 4 D’s (Densidade, Diversidade, Durabilidade e Capacidade Deliberativa) de Avritzer *et al* (2010), os desafios que se atravessam no caminho rumo à efetividade participativa dos CMS’s de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba, que compõem a 7ª CRES do Estado do Ceará.

Nesse sentido, à luz do que foi discutido, é possível observar os CMS’s da 7ª CRES com cenários genericamente semelhantes, com problemas estruturais em comum e fatores de ordem estatística parecidos, com exceção da população e do espaço geográfico. Nesse sentido, viu-se que os quatro conselhos analisados tem em comum a falta de estrutura própria, a começar por uma sala individualizada para a Secretaria Executiva e passando por itens de primeira necessidade para a gestão administrativa dos CMS’s, como materiais de TIC’s e transporte próprio.

Essas falhas estruturais mantém relação estreita com a falta de uma efetiva autonomia orçamentária para esses colegiados. Essa realidade contraria frontalmente a normativa do CNS contida na Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, que obriga a gestão municipal a destacar dotação própria para esse tipo de entidade participativa. Nesse sentido, segundo apontado pelas informações constantes do SIACS, somente os conselhos municipais de saúde de Aracati e Itaiçaba possuiriam dotação orçamentária própria. Mesmo assim, no caso daqueles que possuem essa dotação própria, insta destacar que raramente se utiliza esses recursos, seja por entraves burocráticos típicos do processo de aquisição e contratação de soluções públicas seja por receio ou inabilidade dos conselheiros membros da mesa em lidar com as questões não pouco intrincadas de gestão orçamentária e financeira.

Essa desestruturação orgânica apresentada pelos conselhos de saúde da 7ª CRES do Ceará, ao mesmo tempo em que revela dificuldades impostas a uma participação popular efetiva, funciona como um termômetro para o descaso dos gestores locais em questão no que se refere à promoção de uma participação social efetiva. É como se, propositalmente ou não, os gestores, pela omissão e pelo não fornecimento dos meios necessários, minassem a força participativa deliberativa desses colegiados, retirando-lhes as condições de trabalho.

É tão grave o quadro de desestruturação nesses Conselhos que, no CMS de Icapuí, em 20/05/2015, o Plenário deixou de apreciar uma prestação de contas pela “falta de suporte da Secretaria da Saúde por não ter enviado e montado o data show para melhor explanação e compreensão da prestação de contas” (ICAPUÍ, 2015, s/p.). Além disso, foram identificadas dificuldades para promover ações de fiscalização ou mesmo a impossibilidade de conselheiros comparecerem em compromissos institucionais tanto pela falta de transporte quanto pela não disponibilização por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

Em vista disso, tem-se que esse quadro de quase inanição operacional está inelutavelmente associado à falta de vontade política dos gestores municipais, que, face à não independência institucional/orgânica que caracteriza normativamente os conselhos de saúde, tanto o nacional quanto os municipais, mantém nas mãos os recursos necessários ao funcionamento dos colegiados. Tanto é assim que se verificou grande número de sessões ordinárias não realizadas durante períodos em que se iniciaram novos governos, a sugerir o tratamento não prioritário do funcionamento dos conselhos de saúde.

Nesse sentido, é comum que novas gestões do Executivo municipal atrasem as providências para recomposição dos conselhos ao final dos mandatos dos conselheiros. É o que acontece, por exemplo, na escolha de conselheiros para representar entidades e comunidades da zona rural, para o que é necessário dispor de locomoção para se fazer reuniões e eleição/indicação de novos membros para esses colegiados.

A falta de recursos é de tal forma decisiva para o desempenho de um colegiado como esses que, não tendo, por exemplo, um veículo próprio para seus trabalhos, a entidade fica a mercê de concessões da gestão municipal. Isso afeta, e.g., as atividades de fiscalização que são inerentes a essas entidades; e, mesmo que, por argumento, se possa esperar que os conselheiros façam visitas a pé na sede por se tratar de municípios pequenos, existem locais de atendimento à saúde na zona rural que ficam em descoberto e ali não haverá a cobertura dos CMS's.

Além disso, pesa ainda em desfavor dos conselhos estudados o fato de não possuírem sites na internet próprios para informar a população sobre suas atividades, dar publicidade a deliberações importantes e disponibilizar documentos para consulta pública. Nesse sentido, como evidenciado em alguns pontos deste trabalho, não foi possível a leitura do regimento interno do CMS fortinense, pois, segundo informação do então secretário executivo e da própria presidente do colegiado, não se sabia onde estava nenhuma via desse documento, uma cópia reprográfica que fosse. Por fim, mesmo após solicitar o regimento do CMS de

Fortim ao Conselho de Saúde do Estado do Ceará – CESAU, também não se obteve êxito em acessar um documento tão basilar para o funcionamento de uma organização coletiva, qualquer que seja, tendo o Conselho Estadual respondido que também não encontrou.

A respeito dos 4 D's, começando-se pela Densidade, tem-se situação normativamente favorável à promoção da participação popular na gestão e controle das políticas públicas nos municípios estudados. Diz-se normativamente, pois não se constitui objetivo deste trabalho verificar a efetividade real desses vários conselhos, apenas os da saúde. Mesmo assim, sem ter procedido a uma efetiva investigação acerca do funcionamento desses outros colegiados em cada um dos municípios estudados, tem-se a justa impressão de que a situação inclusive pode ser pior se comparada aos resultados dos CMS's, à luz do que concluíram Avritzer *et al* (2010), apresentando dados sobre a atuação de Conselhos de Assistência Social e Tutelar.

Ainda assim, não se despreza o caráter positivo de se verificar situações em que alguns conselhos gestores foram criados independentemente de obrigação legal, diferentemente do da Saúde e da Educação. Esse é o caso, por exemplo, dos conselhos de defesa dos direitos da pessoa LGBT, de economia solidária e de parcerias público – privada, criados em Aracati; de saneamento, desenvolvimento rural sustentável e de direitos da mulher, em Fortim; dos direitos da pessoa com deficiência, de defesa do meio ambiente e o comitê gestor da área de proteção ambiental da Barra Grande, em Icapuí. Os de Itaiçaba, por seu turno, não foi possível consegui-los completamente, também pela dificuldade de informações.

Os casos de Conselhos listados acima denotam uma densidade positiva para os municípios analisados, com exceção do caso inconclusivo de Itaiçaba que, por insuficiência na informação, não foi possível analisar completamente. Em Aracati, por exemplo, o conselho para defesa dos direitos de pessoas LGBT's é bastante recente, tendo sido sua lei criadora sancionada em 13 de dezembro de 2018. Nota-se, portanto, ao menos do ponto de vista normativo, um processo de ampliação institucional dos espaços de participação popular para vários grupos, inclusive para minorias historicamente reprimidas, como é o caso das pessoas com deficiência e os LGBT's.

Entrementes, cabe destacar que o caminho da efetividade tem na Densidade apenas o seu começo, a dimensão formal, legislada de uma organização participativa, o que, mesmo tendo importância primal, é, dentre muitas, apenas primeira dimensão do espaço participativo.

Em vista disso, conclui-se que essa realidade aparentemente favorável à institucionalização de novos Conselhos Gestores em variadas áreas da atuação estatal, ao menos no aspecto normativo, denota certo nível de vontade política por parte das instâncias de poder locais (Executivo municipal), sabendo esse processo não está somente no querer da gestão municipal, mas, no mínimo, também depende da aprovação da Câmara de Vereadores. Mesmo assim, em que pese essa impressão inicial de que existe uma disposição em se institucionalizar um bom número de Conselhos nas mais variadas pastas, a vontade política não pode ser extraída tão somente disso, sendo necessário qualificar a discussão, abordando aspectos estruturais e procedimentais dessas instituições, o que, pelo presente trabalho, faz-se somente em relação aos CMS's da 7ª CRES.

Na análise quanto à diversidade, sendo esta o segundo “D” que orientou a pesquisa, avaliou-se a maneira como se escolhem os membros dos quatro conselhos e a distribuição das cadeiras pelos segmentos e grupos sociais, a fim de comparar isso com a realidade sociopolítica atual. Nesse contexto, a pretexto de verificar a quantidade e variedade das origens dos conselheiros, foi abordada inicialmente a variável representatividade. Notou-se que, do ponto de vista numérico, todos os conselhos estão dentro da média da região nordestina (AVRITZER *ET AL*, 2010) e o de Aracati apresentou um quadro acima do que se chamou de “quota de massa” para essa região do país, com 24 membros no total.

Não obstante o quantitativo expressivo de conselheiros que compõem os colegiados em foco, observou-se que existem algumas falhas na distribuição das vagas. É o que ocorre, por exemplo, com a reserva de vagas para igrejas católica e evangélica. Essa reserva por si só não se constitui em ato falho ou problema de efetividade, uma vez que historicamente essas instituições religiosas possuem atuação emblemática na área da saúde e em outros foros de participação e contribuição na relação sociedade civil x Estado. Inclusive, o CNS, através da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, prevê a participação dessas organizações religiosas na letra “k”, item III, Terceira Diretriz (BRASIL, 2012).

O que causa estranheza, na verdade, é que outros segmentos religiosos, hoje com seu lugar de fala na sociedade civil, não possuem cadeira nos conselhos da 7ª CRES-Ceará, a exemplo de representantes de comunidades e religiões de matriz afro, que possuem, junto ao movimento LGBT, a previsão de sua participação nos CMS's na letra “d” do dispositivo *retro*.

Essa característica tradicional e com ar segregacionista também se confirma pelo fato de, no caso do CMS de Aracati, não obstante o colegiado disponha de 24 cadeiras, nenhuma

delas foi destinada a um representante dos quilombolas. Mais uma vez a população negra sai em desvantagem, sendo excluída dos espaços de discussão popular. Em agravado, pesa ainda o fato de, dentre os conselhos estudados, apenas em Aracati existir uma comunidade legalmente quilombola, que é o Córrego das Ubaranas, já reconhecido pelo INCRA como Comunidade Remanescente de Quilombo.⁴²

Conclui-se, assim, que o número de conselheiros, não obstante seja importante por seu potencial integrador, se não coexiste à oportunização da presença de segmentos tradicionalmente excluídos, como é o caso das comunidades religiosas afrodescendentes e dos quilombolas, não pode ser considerado positivamente na promoção da efetividade participativa. Dito de outro modo, se há muitas vagas e elas não promovem a inclusão daqueles que ainda hoje são segregados do processo político, essa abundância de vagas mal distribuídas, na verdade, apenas acentua a exclusão e distancia os CMS's da consecução de uma participação popular efetiva.

Ademais, outro fator que se soma à distribuição falha das vagas para os conselhos em questão é a pouca alternância nas representações que tomam assento nos colegiados. Isso seguramente promove o engessamento dos Conselhos e, ao mesmo tempo, dificulta a inclusão de novos atores sociais no ciclo da gestão e controle das políticas de saúde. Essa pouca variância nas representações contraria a Resolução nº 453/2012 do CNS, quando esta recomenda em item V, na Terceira Diretriz que, a cada eleição para os Conselhos de Saúde seja promovida a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

Além disso, quando se mantém as mesmas entidades ou comunidades ou mesmo quando se troca pouco essas representações (que é o caso dos CMS's em análise), tem-se verdadeira consolidação do processo de desigualdade sociopolítica na ocupação dos espaços políticos, de modo que existem comunidades que nunca tiveram assento nesses CMS's e, se não mudar essa realidade engessada, possivelmente os representantes desses grupos excluídos nunca se sentem à mesa de discussão nesses Conselhos.

Paralelamente a isso, também cabe considerar que a pouca mudança nas representações, mesmo que expressamente não tenha sido apresentada essa motivação e nenhuma outra, pode estar associada ao desinteresse ou mesmo a dificuldades de participar das sessões promovidas por parte de representantes de comunidades mais distantes da sede.

⁴² Para mais informações, acessar publicação de 24 de maio de 2018 no Diário Oficial da União - ISSN 1677-7042. Disponível em: http://www.dpu.def.br/images/stories/Infoleg/2018/05/24/portaria_incr.pdf?fbclid=IwAR2OFh7PF6u8m3Or6u-a6m0d-2a6NrdwTcwyVAbzwo5qwpGo7Bd74Ee3Zqk. Acessado em 26 de janeiro de 2018.

Em reforço a isso pode-se citar, por exemplo, o fato de os horários de reuniões serem majoritariamente fixados para os turnos da manhã e tarde, o que praticamente inviabiliza a presença de pessoas que trabalhem nesses expedientes.

Por fim, ainda sobre a representatividade que compõe a discussão sobre a Diversidade, cabe questionar o processo de escolha dos conselheiros representantes do segmento profissionais da saúde. No caso, esses conselheiros, apesar de provirem de entidades e segmentos profissionais, possuem, em sua maioria, algum tipo de vínculo com a gestão municipal, como é o caso dos agentes comunitários de saúde e os de combate às endemias.

O mesmo ocorre com conselheiros profissionais de saúde que representem hospitais da rede pública municipal ou do próprio CPSMAR ou de hospitais vinculados ao SUS, os quais também possuem relação sujeita a ingerências do Executivo municipal. Isso, sem dúvidas, coloca os conselheiros do segmento profissional na posição frágil de temer perseguições do gestor fiscalizado, podendo, inclusive, criar barreiras à atuação independente no exercício do dever atribuído ao colegiado. Verifica-se, portanto, uma distorção na equação que norteia a distribuição das cadeiras nos conselhos municipais de saúde, eis que em certa medida o governo, além dos conselheiros que lhe cabe designar e obviamente influenciar, pode se imiscuir na atuação dos representantes do segmento profissional.

À vista disso, tem-se como uma medida hábil a, senão eliminar, diminuir a ingerência dos governos municipais na atuação dos conselheiros do segmento profissional a indicação e nomeação de profissionais desse ramo que, caso servidores do município, ocupem cargo de provimento efetivo, preferencialmente com estabilidade e àqueles que não forem agentes públicos seja concedida alguma estabilidade provisória no emprego a exemplo dos dirigentes sindicais, conforme previsão da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

A respeito da vocalização, que qualifica por último o debate sobre a Diversidade no âmbito dos quatro conselhos de saúde da 7ª CRES, tem-se já de início um fato que merece uma análise complexa, qual seja a participação de terceiros não membros do colegiado nas sessões, com direito a fala. No caso, a mesma abertura para que terceiros tomem a palavra durante as discussões, sendo uma medida essencialmente democrática e positiva, pois viabiliza um processo de retroalimentação entre conselheiros e população, criou terreno fértil para um desequilíbrio na distribuição dos atos de fala.

No caso dos CMS's de Aracati e de Fortim, por exemplo, os terceiros externos ao colegiado, sozinhos, manifestaram-se em quase metade dos atos de fala, legando ao segmento usuário desses municípios, respectivamente, o tímido número de 15 e 18 por cento das interloquções. A par disso, nota-se uma verdadeira usurpação do papel participativo normativamente atribuído aos conselheiros usuários por parte de sujeitos que não compõem o quadro de membros do colegiado.

Longe de ser simples, o problema da baixa vocalização merece atenção redobrada por ser inegavelmente o ponto nuclear, junto às questões a serem discutidas na capacidade deliberativa, para se diagnosticar a efetividade ou não na participação popular via conselhos de saúde na região estudada. Nota-se verdadeiro desequilíbrio no que Avritzer (2008) chamou de desenho institucional de partilha de poder, ao comentar a experiência dos conselhos gestores de políticas públicas. Em suma, o percentual de fala dos usuários, que ocupam 50% das vagas nos conselheiros, é manifestado por sujeitos que não passaram pelo processo democrático normatizado que lhes conferisse legitimidade para expressar quase metade dos atos de fala.

Outro ponto que merece nota é a vocalização esboçada pelo conselho de saúde de Icapuí, o qual foi o único cujo segmento usuário falou mais que os conselheiros dos demais segmentos e terceiros, com 32% dos atos de fala e, portanto, o único considerado Vocalizado, de acordo com o critério proposto. Neste quadro, nota-se que o conselho icapuiense apresentou-se como ponto fora da curva por ter resultados bem mais positivos que o de Aracati, por exemplo, que, além de maior, está fixado num município bem mais estruturado. Além disso, a vocalização de conselheiros usuários icapuienses superou os resultados para essa variável apresentados para o Distrito Federal (27,02%) e Belo Horizonte (29,75%), que são unidades federativas com grande expressão socioeconômica e articulação política e, com esses percentuais, foram consideradas vocalizadas por Avritzer *et al*, 2010.

Finalmente, cabe considerar o que se denominou neste trabalho de “fundo argumentativo comum”. Essa realidade faz-se sentir, em maior ou menor grau, em todos os conselhos analisados e consiste no desequilíbrio da distribuição dos atos de fala entre os sujeitos que tomam parte nas discussões promovidas pelos colegiados. No caso, terceiros estranhos aos Conselhos assumem, muitas vezes, mais a palavra do que propriamente conselheiros, em especial do que os que representam o segmento usuário.

Observou-se que a maioria substancial dos terceiros que tomam parte nos debates é composta por técnicos que trabalham na gestão municipal e, como se viu na Capacidade

Deliberativa, os atos de fala praticados por esse grupo tratam basicamente de aprovação de contas e projetos do Executivo. Essas falas dos terceiros somam-se às falas dos conselheiros representantes do governo e, juntas, aumentam o desequilíbrio da partilha de poder que marca o processo deliberativo desses colegiados em benefício justamente do ente fiscalizado. Ora, num jogo em que a ferramenta mais utilizada é a voz, quem fala mais recebe mais destaque, só com isso, já se sobrepõe aos demais.

Muitas vezes, esses terceiros, a pretexto de atuarem em nome do governo em sessões com apresentação e discussão sobre prestação de contas do Executivo municipal, assumem o papel de relatores e desempenham, junto com membros do segmento do governo, uma função instrutória que ocupa, pela união desses dois tipos de sujeitos, grande parcela do espaço discursivo, formando um “fundo argumentativo comum” convergente ao interesse da gestão municipal.

No que diz respeito à Durabilidade, terceiro “D” que compõe esta análise, os resultados foram, de forma generalizada, negativos. Conforme apontado na análise teórica, existe algo próximo de um consenso acerca da necessidade de se estar presente para se participar, sendo a presença, inclusive, apontada como um estágio inicial da participação. Nesse sentido importa destacar que, mesmo que seja um indicador de análise menos complexa que a Diversidade, por exemplo, a Durabilidade revela uma faceta fundamental no estudo da efetividade participativa, pois aborda uma condição *sine qua non* para que exista participação: a reunião entre os conselheiros. E é este o critério básico que norteou a análise do quanto duráveis são esses CMS's: a quantidade de reuniões feitas e, em relação às que não ocorreram, foram traçadas inferências a respeito.

Neste ponto, chama a atenção o número de sessões ordinárias que, devendo ter ocorrido, não foram promovidas no âmbito desses conselhos. No caso, para todos os conselhos, considerando-se o período de 08 anos analisados, seria normativa e matematicamente esperado que fossem promovidas 96 sessões. Dos quatro, o resultado menos negativo que se verificou foi o de Icapuí, que deixou de se reunir em 24 ordinárias. Esse número, mesmo sendo o menor, ainda é expressivo, considerando que representa 25% dos encontros que são estabelecidos no regimento interno como obrigatórios, o que colocou esse Conselho na condição de Descontínuo.

Em situação extremamente mais difícil está o CMS de Fortim, que não realizou sequer metade das ordinárias que deveriam ter ocorrido no período. Ou seja, o Conselho fortinense fez em 08 anos o que deveria ter sido feito em menos de 04, de modo que, com

52,08% de suas ordinárias não efetuadas, foi considerado Muito Descontínuo. Esse, sem dúvidas, é um ponto muito crítico e se constitui num grande obstáculo à participação deliberativa efetiva investigada neste trabalho. Essa descontinuidade é uma barreira que, mesmo que não seja intransponível, constitui fator impeditivo determinante para que se passe às demais etapas do processo de participação; afinal, como se pode falar em vocalização e capacidade deliberativa em um conselho cujas portas estejam fechadas?

A propósito, é preciso esclarecer que essas reuniões que não foram promovidas não têm como causa principal a falta de quórum, que seria indicativo de que alguns membros faltassem a convocações e que houvesse ao menos uma iniciativa da Mesa Diretora em promover esses encontros. Tanto assim que se detectou o total de apenas 09 ordinárias não realizadas por falta de quórum para os 04 Conselhos durante os 08 anos analisados; isso, num total de 148 ordinárias não realizadas, representa apenas 6% de encontros não ocorridos por falta de quórum.

Esse dado ressalta a importância de haver no mínimo uma conscientização das Mesas Diretoras desses CMS's no sentido de melhor desempenharem suas atividades. Além de conscientizar, entende-se necessária uma mudança normativa, por mais que pareça clichê propor alterações na legislação, de forma que haja a penalização dos culpados por situações como essas, especialmente as de Fortim e Itaipaba, que tiveram seus Conselhos fechados durante praticamente a metade dos oito anos cobertos por esta pesquisa. Ademais, também deve tocar ao gestor da saúde municipal, como responsável em cumprir o ordenamento jurídico administrativo brasileiro como um todo, evitar casos de descontinuidade participativa como esses, indo além da exigida aprovação de Relatório Anual de Gestão, entre outras prestações de contas e dar o suporte necessário ao pleno funcionamento desses foros participativos.

Além disso, cruzando essa informação do número de ordinárias não promovidas com os períodos de mudanças nas gestões municipais e no corpo de membros desses Conselhos, foi possível confirmar que essa quantidade expressiva de reuniões que não aconteceram tem relação de causa e efeito com esses processos de mudança, a denotar descaso dos gestores municipais com o funcionamento dos CMS's. No caso do CMS de Aracati, por exemplo, teve-se 75% das ordinárias não realizadas durante esses períodos de transição. Isso corrobora concretamente os reclamos de alguns conselheiros quando disseram que o CMS

“às vezes é usado apenas para aprovar aquilo que interessa à gestão” (ARACATI, 2013, s/p.).⁴³

Outro ponto importante é que essas reuniões que deixaram de ocorrer tanto foram verificadas de forma sequencial, como não sequencial – como foi o caso do CMS de Fortim, que ficou 10 (dez) meses durante 12 meses compreendidos entre 2010-2011 sem ter reuniões ordinárias. Nesse sentido, também foi possível verificar que os Conselhos deixaram de funcionar por períodos consideráveis durante um intervalo descontínuo de tempo, a exemplo do CMS de Itaiçaba que, em 2015, deixou de promover $\frac{3}{4}$ das ordinárias.

Nota-se, portanto, uma solução de continuidade tão grave incidindo sobre os Conselhos de Saúde da 7ª CRES do Ceará que é possível falar na ocorrência de uma espécie de hibernação participativa, que tem na desorganização e na falta de independência institucional suas principais causas. Ora, como antedito, os gestores, em geral, quando entram no exercício de seus mandatos no Executivo municipal, parecem não priorizar a continuidade da atuação dos conselhos de saúde, de modo que existe um período de inércia até que se forme outro grupo de membros para mudança nos mandatos de conselheiros, por exemplo.

Uma proposta de solução que se entende possível seria começar com a separação desses Conselhos da estrutura orgânica da própria Secretária Municipal de Saúde e aumentar a duração dos mandatos dos conselheiros para 02 anos e meio ou mesmo 03 anos completos, a fim de que haja a menor coincidência possível entre as trocas de chefe do Executivo municipal e dos membros dos colegiados. Inclusive, no âmbito do CNS já é assim, os mandatos dos conselheiros nacionais de saúde duram 03 anos.

Paralelamente, como já dito, também poderia ser imposta alguma penalidade aos gestores municipais para casos tão graves de descontinuidade, tanto sanções de cunho administrativo como também disciplinar pessoal, como o pagamento de multa impostas por órgãos de controle. A propósito, não seria inédito ver gestores municipais recebendo punições, por exemplo, do TCU. A proposta é que houve a normatização disso, com clareza, com previsão das condutas e das penalidades.

Finalmente, cabe tecer algumas considerações a respeito da Capacidade Deliberativa, que é o quarto e último “D” teorizado por Avritzer *et al* (2010). Esse indicador, sem dúvidas, é o mais importante de todos, justamente por proporcionar o entendimento de quem

⁴³ Fala de conselheira do segmento profissional em sessão ordinária do CMS Aracati, em 20/03/2013.

discute e o quanto se discute sobre cada assunto nas sessões dos CMS estudados. Em resumo, essa discussão sobre a Capacidade Deliberativa passa pelo procedimentalismo típico dessas organizações participativas, com análise da formação e alteração das pautas, distribuição dos atos de fala por segmentos em categorias e tipos de assunto e, por fim, trabalha a capacidade de agenda desses CMS's.

Neste ponto, tem-se a persistência de uma desestruturação no funcionamento dos Conselhos, que promoveram várias reuniões sem a informação de pautas nos registros das atas. A única exceção ficou por conta do CMS de Aracati, que apresentou as pautas mais organizadas de todos, registrando todas nas respectivas atas de reuniões. Porém isso não quer dizer que o CMS aracatiense teve um processo de formação de pautas esmerado, para o que seria necessário perquirir se o prazo mínimo de 10 (dez) dias do envio da pauta aos conselheiros antes da data da reunião foi rigorosamente observado.

Por outro lado, chamou atenção o caso do CMS de Itaiçaba, cujas pautas em 76% das reuniões ordinárias e extraordinárias não foram registradas na ata. Essa realidade de desorganização massiva que atinge o conselho itaiçabense, ocorrendo também em Icapuí e Fortim em menor proporção, revela um processo divorciado da normatividade e principalmente da lógica deliberativa. Colocam-se os conselheiros na posição difícil de discutir às cegas ou, pior, de simplesmente ouvir a exposição de propostas, prestações de contas e projetos sem poder se manifestar sobre um assunto cuja discussão lhes pegou de sobressalto, seja pelo desconhecimento de aspectos técnicos que permeiam o assunto seja pela surpresa diante de temas naturalmente intrincados como a execução financeira e orçamentária.

Em suma, tolhe-se a capacidade discursiva pelo não atendimento de um pressuposto essencial ao debate: a informação minimamente horizontalizada sobre o que se discute. Essa desorganização na condução do processo deliberativo no âmbito desses Conselhos pode ser em parte atribuída à Mesa Diretora, que é a subestrutura orgânica a quem compete, sob a liderança da Presidência, dar fiel cumprimento às obrigações impostas pelo Regimento Interno e demais normas correlatas. Então aqui já se somam os problemas de formação e registro das pautas e a não realização de reuniões ordinárias como ponto negativo na atuação das Mesas Diretoras desses Conselhos.

O resultado final da conjugação dessa desinformação, da falta de transparência e da falha de inclusão no processo de formação da pauta interna de discussões dos Conselhos associada à baixa vocalização apresentada pelo segmento usuário tem o condão de

consolidar, pela fala substancialmente instrutória dos terceiros, o que se denominou aqui de “fundo argumentativo comum”. Assim, ao tempo em que sujeitos externos ao colegiado assumem o protagonismo nas discussões de pautas surpresas, aos conselheiros em geral e, especialmente aos representantes do segmento usuário, é legado o papel de, menos que chancelaria de prestações de contas e projetos previamente costurados pela gestão municipal, mera coadjuvância participativa.

Ou seja, àqueles que estão no espaço para legitimamente discutir é legado o papel de ouvinte geral e o debate passa a ser protagonizado por terceiros que fazem coro ao discurso pró-gestão, colocando em evidência a voz do ente fiscalizado ao invés do fiscalizador. De modo mais simples, considerando a quantidade de temas técnicos e relacionados a orçamento e finanças públicas, a discussão com “pautas surpresas” tolhe exponencialmente a capacidade deliberativa daqueles que, nem sendo da gestão municipal (segmento do governo) nem da área da saúde (segmento profissional), são surpreendidos com discussões que fogem à sua realidade de usuário dos serviços de saúde.

Noutro plano, a respeito do processo de votação, procedeu-se a uma análise considerando-se a normativa dos Regimentos Internos dos Conselhos e da verificação de como isso é registrado no livro de atas. Como já informado, também nessa busca documental, ficou evidenciado, mais uma vez, o problema de desorganização que acomete esses Conselhos, posto que o CMS de Fortim não conseguiu fornecer sequer uma cópia do regimento interno e, perguntado, o CESAU-CE também não logrou encontrar esse documento. Analogamente, um Conselho sem a posse ou sem saber onde está sem regimento assemelha-se a um navegante que veleja sem a bússola: não há norte, simplesmente.

Apesar disso, promoveu-se a análise em relação aos outros três Conselhos, de modo que ficou evidenciado o nível de divergência normativa sobre os quóruns de votação no âmbito de cada um desses colegiados. Alguns apresentaram uma regulamentação mais analítica, como é o caso do CMS Aracati, e outros, como Itaiçaba, com a descrição das situações de votação procedida de forma rasa, bem abaixo do que normalmente se faz em se tratando de processo decisório, especialmente considerando que este é, de tudo, o ponto culminante de um órgão deliberativo: a decisão. E como se chegar a uma decisão racional e legítima se não existir um caminho o mais claro e definido possível, sem brechas para o arbítrio e a manipulação, por exemplo?

Nesse aspecto, analisando a previsão de decisão por voto secreto no CMS itaiçabense para casos em que haja a nomeação de pessoas, ficou evidenciado que esse sigilo torna possível a burla do voto com responsabilidade e um controle de segunda ordem promovido no processo de retroalimentação do controle social. É uma faca de dois gumes, ao mesmo tempo em que blinda os conselheiros em decisões contra um gestor influente, por exemplo, pode mascarar um conluio nas votações. De todo modo, o voto secreto, por mais que se insista em praticá-lo em outras instâncias colegiadas, quando se trata de uma relação de representação de interesses coletivos nas mãos de quem decide, quebra a lógica democrática, em que a transparência é traço característico, notadamente numa entidade de controle social como é o caso dos CMS's em tela.

Em razão disso, tem-se a necessidade de solucionar o impasse, de modo que não se perca a indispensável independência para conselheiros em condição de vulnerabilidade política e socioeconômica, como os que possuem alguma concessão pública de caráter precário ou ocupem algum cargo de provimento *ad nutum* ou sejam contratados temporários (situação amplamente comum nos municípios estudados), por exemplo.

À vista disso, parece razoável a ideia de se proibir normativamente que agentes públicos que ocupem cargos com ampla possibilidade de demissão, com exceção dos secretários de saúde, sejam nomeados conselheiros. Essa resposta, além de se evitar votações desvirtuadas, aumenta o nível de independência institucional do Conselho pelo refreamento de situações que vulneram a livre manifestação do pensamento e do voto, como a votação aberta quanto a matérias de interesse do Executivo municipal ou de algum gestor específico.

Ainda a respeito dos quóruns para votações nesses CMS's, importa relembrar os repetidos casos de votações com atas assinadas por menos da metade dos membros no Conselho de Fortim. Essa quantidade de assinaturas ao final das atas, tão pouca que é, não permitiria sequer a instalação dessas sessões, quanto mais a votação de matérias importantes como aprovação de prestação de contas. Esse tipo de situação é seríssimo e não prejudica apenas a efetividade participativa desse foro participativo, mas lança sobre a instituição dúvida plausível sobre a legitimidade dos consensos votados.

Essa dúvida da legitimidade das votações cujas atas são assinadas por menos da metade dos membros é acentuada pelo fato de haver, entre uma ata e outra, espaços em branco, sugerindo a aposição posterior da assinatura pelos conselheiros, pelo que se impõe: assinarão somente os que votaram? Ou outros que sequer compareceram à reunião, vindo

depois, também assinariam? Esses fatos, associados à péssima qualidade da letra em algumas atas manuscritas, ao uso de corretivo ao invés de expressões retificadoras como “digo” seguida do registro correto, bem como a generalização e omissão de falas de conselheiros impõem a conclusão de que seria necessário que se contratassem profissionais com domínio de taquigrafia, por exemplo, para bem redigir as atas, atentando para o espelhamento no papel do que ocorreu na realidade.

Além disso, ainda sobre o registro de atas, verificou-se tanto no CMS de Icapuí quanto no de Aracati que está sendo utilizado um formato de ata digitada em computador impressa. O problema não é exatamente o uso de computador, que, sem dúvidas imprime maior rapidez no registro e evita perder alguma fala no tempo da digitação. O fato é que, após a impressão, os conselheiros estão assinando apenas a última folha de atas com várias páginas, deixando de rubricar as demais. Isso abre brecha para alteração do conteúdo das páginas não rubricadas (e isto é plenamente factível).

Outro ponto que também merece destaque é o não tratamento pelos regimentos internos, com exceção do CMS de Aracati, do quórum de votação para encaminhamento de denúncia/representação para o Ministério Público. Esse cochilo normativo, por mais que não impeça o ato de representação – que é possível a qualquer cidadão -, coloca no possível esquecimento esse recurso interinstitucional de que se pode valer o colegiado diante de situações que não podem ser resolvidas por ele. Ademais, no caso do CMS aracatiense, mesmo que disponha sobre a possibilidade, considera-se bastante alto o quórum de 2/3 para o encaminhamento de representações desse tipo, não por ser um caso simples, mas especialmente por criar obstáculo à apuração de fatos cuja investigação demande poderes dos quais o Conselho não disponha, como o de requisitar documentos e informações oficiais à disposição da estrutura ministerial.

A propósito, tendo sido oficiadas, as Promotorias de Justiça das Comarcas dos quatro municípios estudados responderam que, entre 17/05/2010 e 17/05/2018, os quatro CMS's da 7ª CRES não encaminharam nenhuma representação ou denúncia ao Ministério Público. Essa realidade demonstra uma espécie de apatia dos quatro colegiados face a problemas sérios, possivelmente objeto de eventuais denúncias, porquanto não oficie o MP, que detém prerrogativas institucionais e estrutura aptas a promover a apuração e responsabilização dos agentes envolvidos.

Lado outro, não se pode ignorar que esse “muro interinstitucional” tem do outro lado uma instituição estruturada e que também tem sua parcela de contribuição para esse

distanciamento com grande potencial colaborativo fiscalizatório. Entende-se, portanto, mesmo que não se precisando em que medida, também cabe ao Ministério Público se aproximar desses Conselhos para não só tomar ciência de fatos ou atos graves, mas também auxiliar naquilo que for possível/necessário no árduo processo de fortalecimento da independência institucional desses colegiados, como, por exemplo, a homologação e implementação das Resoluções do Plenário, conforme Resolução 453/2012/CNS (BRASIL, 2012).

Noutro giro, ainda no âmbito do indicador Capacidade Deliberativa, foram analisados e discutidos os atos de fala. Para isso, foram consideradas 04 (quatro) categorias de atos de fala (debate, contestação, demanda e denúncia) e 07 (sete) tipos de assuntos (controle financeiro, controle fiscalização, gestão de atendimentos e serviços, aprovação de projetos do Executivo, aprovação de contas do Executivo, organização interna e novos projetos).

Percebeu-se, nesse sentido, uma tendência geral nos quatro Conselhos de todos os atores que tomam parte no debate nesses colegiados se manifestarem majoritariamente por falas categorizadas como debate. Como visto, o debate é um tipo de manifestação que porta uma mensagem que, por mais que divirja do ponto de vista de outro interlocutor, é amena e não carrega uma contraposição diametral, rígida ou intransigente, abordando outro aspecto do ponto em discussão, mas mantendo uma linha mais consensual.

Essa predominância geral de falas classificadas como debate revela o caráter exponencialmente consensual/concordante da atuação dos conselheiros e dos terceiros que tomam a palavra nas deliberações. Essa tendência majoritariamente consensualista, a propósito, parece desbordar do que normalmente se espera do contexto deliberativo ínsito a uma organização participativa cujo desenho institucional é de partilha de poder (AVRITZER, 2008), em que o natural é que haja discussões intensas sobre um assunto tão disputado como a saúde pública.

Nessa esteira, impende destacar o fato de os atos de fala se encaixarem predominantemente na categoria debate está intimamente relacionado aos problemas identificados no processo deliberativo: falha de inclusão na formação da pauta, falta de informação da pauta aos conselheiros e quebra na continuidade/durabilidade pela não realização das reuniões ordinárias. Afinal, como poderá haver contra argumentação por parte de um conselheiro que, não sabendo sequer o ponto que será objeto da controvérsia, chega à reunião para, só então, tomar conhecimento do assunto sobre o qual irá deliberar? Da mesma

forma, a descontinuidade também tem sua parcela de contribuição por impossibilitar que os conselheiros criem e mantenham o costume de participar das discussões, favorecendo o esquecimento dos assuntos anteriormente discutidos e votados, bem como retirando-os da prática deliberativa.

Passando para os segmentos, observou-se que conselheiros do governo e terceiros externos aos conselhos manifestaram-se com percentuais expressivos, mantendo-se entre 69 e expressivos 90 por cento na categoria de debates. Essa postura sustenta a conclusão de que existem perfis de fala para cada segmento; pelo que, no caso dos conselheiros representantes do governo, a atuação assume a forma de uma relatoria natural das pautas indicadas ou do interesse da gestão municipal. Os terceiros, por sua vez, desempenham, pelo debate constante, um papel essencialmente instrutório, em tom de palestra, principalmente quando se tem aprovação de contas ou projetos do Executivo municipal.

Essa abertura massiva da fala para terceiros, além de refletir uma falta de protagonismo dos conselheiros que foram legitimamente constituídos para a deliberação, denota uma lacuna na capacidade deliberativa dos conselheiros, principalmente diante das discussões sobre orçamento e finanças públicas. Realmente, se já é bastante complexo o entendimento do funcionamento do processo de execução financeira e orçamentária na gestão municipal para servidores da área, avalie-se a compreensão desse campo para conselheiros com pouca instrução técnica, provindos da realidade de usuários dos serviços de saúde.

Ao mesmo tempo, essa predominância de terceiros e conselheiros representantes do governo nas falas da categoria debate reflete a pouca ou quase inexistente presença e atuação de pessoas comuns do povo nas sessões. Tendo já sido abordadas as causas dessa ausência, cabe destacar que esse fechamento dos Conselhos dentro de si mesmos e falta de diálogo com a população em geral resulta no engessamento do pensamento político e no esvaziamento da maior vantagem em se fazer participação popular em âmbito local, que é o fato de conselheiros e público usuário, vivenciando os problemas da saúde, poderem trazer isso à discussão.

Em resumo, diante desse quadro de distribuição dos atos de fala, tem-se um debate de segundo nível para aqueles que, não tendo conhecimento nem informação prévia do ponto em questão, tenham enfraquecida, inclusive, a capacidade de manifestar atos de fala em tom de demanda (que consiste, além de solicitações em atendimento e serviços de saúde, em perguntas sobre o objeto da discussão). Afinal, como se pode ter dúvidas sobre um

assunto até então ignorado? Nota-se, portanto, uma conjugação de barreiras de ordem procedimental que minam a capacidade deliberativa dos conselheiros em geral, seja de qual segmento for, cada um com suas peculiaridades, mas nenhum livre dos problemas que desafiam a efetividade participativa.

Sobre a capacidade de agenda dos 04 CMS's da 7ª CRES-Ceará, tem-se uma discussão por todos os segmentos dirigida majoritariamente para o controle fiscalização e a gestão de atendimento e serviços de saúde. Essa realidade superconcentrada denota a pouca variação dos assuntos discutidos e o predomínio de uma atuação que se amolda mais ao conceito de *ombudsman* que ao de participação popular deliberativa na gestão e controle das políticas de saúde.

Nesse sentido, nota-se uma ocupação do centro das discussões por assuntos relacionados ao dia a dia administrativo dos serviços de saúde pública, numa sede de controle fiscalização que, no final das contas, raramente implica em resolutividade, como se verificou pela análise do encaminhamento de Resoluções (decisões que vinculam o Executivo) ou mesmo de representações ao Ministério Público (sobre o que não se encontrou nenhum registro nas atas). A propósito, tendo sido oficiadas, as Promotorias de Justiça das Comarcas dos quatro municípios estudados responderam que, entre 17/05/2010 e 17/05/2018, os quatro CMS's da 7ª CRES não encaminharam nenhuma representação ou denúncia ao Ministério Público.

A consequência imediata disso é que a capacidade de agenda resta sobremaneira reduzida, conforme se verificou pelo percentual de atos de fala tratando de novos projetos. É que, assumindo um papel essencialmente fiscalizatório e ao mesmo tempo de aprovação de prestações de contas e de projetos já definidos pela gestão municipal, os Conselhos não se efetivam como um centro deliberativo de políticas públicas, mas como uma instância que por vezes verifica irregularidades sem efetivar resoluções e por outras aprova prestações de contas e projetos sem um nível razoável de compreensão, de conhecimento e de informação que lhes permita qualificar o debate para o processo decisório.

Outro fator que corrobora a baixa Capacidade Deliberativa nos Conselhos de Saúde da 7ª CRES é o teor das decisões tomadas em forma de Resolução. Como já apontado, as Resoluções possuem cunho vinculante em relação ao Executivo municipal e são naturalmente a ferramenta normativamente mais forte à disposição desses colegiados para se fazer respeitar em sua função social democrática.

Não obstante, verificou-se uma grande concentração da edição de Resoluções sobre aprovação de contas e projetos do Executivo, o que confirma a hipótese inicialmente levantada neste trabalho, no sentido de esses Conselhos de Saúde funcionarem especialmente como uma instância chancelatória, legitimatória de decisões e atos promanados da gestão municipal. Esse quadro é agravado pela edição tímida de Resoluções sobre novos projetos, que constituem um tipo de assunto que abrange projetos e políticas públicas cujo desenho pode ser influenciado pelos Conselhos. É justamente isto que se entende por razoável, por participação popular efetiva: que o colegiado possa não apenas dizer sim ou não, mas principalmente apontar e decidir alterações, supressões e acréscimos em quaisquer projetos ou políticas públicas que lhe sejam submetidas à apreciação.

À vista disso, é necessária a aproximação entre os Conselhos de Saúde e instâncias de controle interno (para casos mais simples) e externo (para situações antijurídicas ou antiéticas), nos termos propostos pela Resolução nº 453 do CNS. Assim, como muitos problemas tendem a se repetir ante a ausência de resolutividade por parte dos colegiados, com o apoio interinstitucional conferido por um maior acesso a órgãos de contas e ao próprio MP aos encaminhamentos dos CMS's, haveria uma provável redução da reincidência desses problemas com a responsabilização dos gestores culpados.

Esse movimento de ampliação do campo de ação dos CMS's em relação a irregularidades na gestão de atendimentos e serviços de saúde, além de fortalecer o respeito às decisões desses colegiados pela expectativa da responsabilização, poderá florescer o interesse da gestão municipal no aprimoramento de seu controle interno. Via de consequência, haverá menos necessidade de os conselheiros de saúde se ocuparem de assuntos objeto de controle interno e poderão, então, trabalhar efetivamente sua participação na gestão das políticas públicas para essa pasta.

Em relação à hipótese de pesquisa desposada neste trabalho, tem-se por confirmada, posto que foi verificada nos 04 CMS's da 7ª CRES, durante o período compreendido entre 17/05/2010 e 17/05/2018, uma participação popular não efetiva, minada por uma série de barreiras estruturais e procedimentais. Essa realidade deliberativa de segundo nível, como verificado, tem entre suas causas mais importantes: **1)** falhas na representatividade e na super vocalização de terceiros estranhos aos Conselhos contraposta a um silêncio que se aflinge sobre os conselheiros usuários; **2)** falta de recursos e insumos essenciais ao seu mister; **3)** estrutura organizacional bem dimensionada mas com muitas subestruturas (Comissões, Câmaras Temáticas e Grupos de Trabalho) inativas, não compostas ou

funcionando mal (as Mesas Diretoras, por exemplo); **4)** a intercorrência de vários e longos períodos de hibernação deliberativa face ao número expressivo de sessões ordinárias que não ocorreram; **5)** problemas no processo de formação e informação da pauta e o conseqüente tolhimento apriorístico da capacidade discursiva dos conselheiros; **6)** fragilidades na definição das hipóteses para cada tipo de quórum a ser observado nas decisões; **7)** distribuição desproporcional dos atos de fala e o conseqüente desequilíbrio na partilha do poder em desfavor principalmente do segmento usuário; **8)** atos de fala majoritariamente empreendidos numa perspectiva consensualista e concentrados na abordagem de assuntos de gestão de atendimentos e serviços públicos e controle fiscalização numa transfiguração para dos colegiados para o perfil de *ombudsman* mais que foro popular participativo; **9)** encaminhamento de Resoluções tratando predominantemente sobre aprovação de contas e projetos do Executivo municipal em detrimento da formulação de nenhuma política pública pelos CMS's; e o **10)** deslocamento da atuação dos colegiados para questões de rotina e controle administrativo em evidente prejuízo do fortalecimento da capacidade de agenda e da capacidade deliberativa.

À guisa de conclusão, em contraste à lista dos “problemas de efetividade” apontados acima, procede-se à apresentação de alguns encaminhamentos considerados necessários para iniciar uma mudança no processo participativo dos CMS's que compõem a 7ª CRES, em atenção à relação estreita entre gestão pública, democracia e participação.

Em relação à Densidade, sugere-se aos CMS's que: **1)** dialoguem e alinhem com outros Conselhos Gestores das várias áreas de atuação estatal, com outras entidades e instituições (Câmara de Vereadores, MP, etc.) e com a sociedade civil propósitos voltados à consolidação da institucionalização desses colegiados. Essa medida tem sua importância justificada em diante do fato de a vontade política aferida na criação normativa de um Conselho ser o primeiro passo na institucionalização desses foros participativos.

No tocante à Diversidade, recomenda-se aos CMS's e ao Executivo municipal: **2)** seja normativamente impedido de ser conselheiro pelos segmentos usuário e participativo o sujeito que possua vínculo funcional de natureza precária, em comissão (de confiança) ou contratação temporária por necessidade excepcional com a Administração Municipal. Os conselheiros representantes do governo, sendo essencialmente sujeitos com vinculação com a gestão municipal, ficariam fora dessa proibição. **3)** seja observada com rigor a Resolução 453/2012/CNS sobre a variação mínima de 30% das entidades que tomam assento nos CMS's e sejam criados critérios para a instituição de uma espécie de “rodízio” para

promover a inclusão das comunidades, bairros e segmentos da sociedade civil. **4)** No aspecto estrutural, seja promovida a separação orgânica e funcional dos CMS's em relação às Secretarias Municipais de Saúde, com a disponibilização efetiva de prédio/sala própria e orçamento específico com plano de aquisições e contratações para esses colegiados (como aquisição ou locação de veículos, por exemplo). **5)** Estabelecer regras rígidas sobre a intervenção de terceiros nas sessões dos CMS's, haja vista o potencial de reduzir a super ocupação do espaço de fala por terceiros vinculados ao governo.

Quanto à Durabilidade, propõe-se que: **6)** sejam normatizadas regras de responsabilização para conselheiros e gestores municipais responsáveis por longos períodos de descontinuidade no funcionamento dos CMS's; **7)** aumentar para 03 (três) anos a duração dos mandatos, alinhando-se ao padrão atualmente adotado pelo CNS com o fim de reduzir as coincidências entre mudanças no colegiado e mudanças dos Chefes do Executivo municipal.

Relativamente à Capacidade Deliberativa, entende-se razoável que: **8)** Seja promovida uma reforma nos Regimentos Internos dos CMS's para normatizar, dentre outras coisas, especialmente o processo deliberativo, especificando tipos de matérias, proposições, quóruns e o ordenamento dos trabalhos durante as sessões, de modo a diminuir a interferência de sujeitos não legitimados ao debate. **9)** Seja observado um processo dialógico de construção da pauta objeto das discussões nos colegiados, favorecendo questões centrais em relação a amenidades e pautas de gestão/gerência da Administração Pública municipal; **10)** Haja um processo de aprimoramento contínuo das competências dos conselheiros em geral; **11)** Haja um planejamento anual para o próprio Conselho de Saúde, de repente até com a inclusão de pautas de interesse microrregional (7ª CRES-CE), considerando a associação entre Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba via CPSMAR. **12)** Seja promovido um estreitamento das relações interinstitucionais dos CMS's com instâncias mais sólidas de controle administrativo interno e especialmente externo (Ouvidorias, MP, TCE's, TCU, etc.).

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Os barões da Federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1998.

ALMEIDA, M. L. P. **Como elaborar monografias**. 4. ed. Belém: Cejup, 1996.

ALMEIDA, D. C. R. **Metamorfose da representação política: lições práticas dos conselhos de saúde no Brasil**. In: AVRITZER, L. (Org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

ARACATI. **1º Regimento Interno, de 29 de dezembro de 2003**. Aracati: Câmara Municipal, [2003]. Disponível em: arquivo interno da Secretaria Executiva do CMS – Aracati. Acesso em: jan. de 2018.

_____. **Lei 314, de 05 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a ratificação da criação do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Aracati – CPSMAR. Aracati: Câmara Municipal, [2009]. Disponível em: arquivo interno da Secretaria Executiva do CMS – Aracati. Acesso em: 18 de jan. de 2018.

_____. **2º Regimento Interno, de 20 de fevereiro de 2013**. Aracati: Câmara Municipal, [2013]. Disponível em arquivo interno da Secretaria Executiva do CMS-Aracati. Acesso em: 18 de jan de 2018.

_____. **Lei 414, de 13 de dezembro de 2018**. Cria o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa LGTB no município do Aracati e dá outras providências. Aracati: Câmara Municipal, [2018]. Disponível em: <https://aracati.ce.gov.br/leis.php>. Acesso em 24 de jan. de 2019.

AVRITZER, Leonardo. **Teoria democrática, esfera pública e participação local**. Sociologias. Porto Alegre, ano 1, bº 2, jul/dez 1999, p. 18 - 41.

_____. **Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático - OPINIÃO PÚBLICA**, Campinas, vol. 14, nº 1, Junho, 2008 p.43-64.

AVRITZER, Leonardo (Org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

AVRITZER, Leonardo (Org.). **A participação social no Nordeste**. [Belo Horizonte]: Editora UFMG, 2007.

AVRITZER, Leonardo; SANTOS, Boaventura de Souza. **Para ampliar o cânone democrático**. In: SANTOS, Boaventura de Souza (Org.). **Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

BAIOCHI, Gianpaolo. **Participation, Activism, and Politics: The Porto Alegre Experiment and Deliberative Democratic Theory**. Politics & Society - 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/participacao/baiocchi.pdf>. Acesso em: março de 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **Temas de Direito Constitucional** - Tomo III - Editora Renovar, Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.** Interesse Público. Editora Fórum, 2007.

_____. **Direito Constitucional - Constituição, Democracia e Supremacia Judicial: Direito e Política no Brasil Contemporâneo.** Livraria Editora Renovar Ltda - Revista de Direito do Estado – RDE, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios do controle social na atualidade.** São Paulo: Serv. Soc. Soc., n. 109, p. 126-150, mar. 2012.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, H.; PASQUINHO, G. **Dicionário de política.** Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1991.

BORGES, Vânia Venzel. **Prática Deliberativa no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel-PR.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Sociais, do Centro de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, 2014.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 07 de fev. 2018.

_____. **Emenda Constitucional nº 95 (2017).** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 07 de mar. 2019.

_____. **Emenda Constitucional nº 19 (1998).** Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm. Acesso em: 07 de mar. 2019.

_____. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937.** Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 07 de fev. 2018.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 07 de fev. 2018.

_____. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 07 de fev. 2018.

_____. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005.** Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm. Acesso em: 26 de jan. 2019.

_____. **Decreto nº 34.347, de 8 de abril de 1954.** Aprova o Regimento do Conselho Nacional da Saúde. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-35347-8-abril-1954-324601-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 07 de fev. 2018.

_____. **Decreto nº 45.913, de 29 de abril de 1959.** Modifica o Regimento do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 35.347, de 8 de abril de 1954. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-45913-29-abril-1959-385052-republicacao-51621-pe.html>. Acesso em: 07 de fev. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 847, de 5 de abril de 1962.** Aprova o Regimento do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dou.vlex.com.br/vid/conselho-ministro-regimento-saude-34142891>. Acesso em: 07 de fev. 2018.

_____. **Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952.** Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L1711.htm. Acesso em: 07 de fev. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003.** Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em: 07 de fev. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008.** Aprova as seguintes diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS nº 453/2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso554.pdf>. Acesso em: 07 de fev. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – **Cidades, estimativa para 2017.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/aracati/panora>. Acessado em: 07 de fev. 2018.

_____. IDHM – **Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios.** Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/. Acessado em: 07 de fev. 2018.

CEARÁ. **Manual de Orientação sobre Consórcios Públicos em Saúde no Ceará.**

Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara/>. Acessado em 01 de março de 2019.

_____. Secretaria da Saúde. **Coordenadorias Regionais de Saúde.** Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>. Acessado em: 7 de fev. 2018.

_____. **Regimento Interno do CPSMAR.** Disponível em: <http://cpsmar.ce.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/CP2014.pdf>. Acessado em 26 de janeiro de 2019.

CLEMENTINO, Maria do Livramento M. **Finanças públicas no nível local de governo.** São Paulo: Cadernos Metrôpole, n. 4, p. 159-182, 2000.

COLE, G. D. H. **Labour in the Commonwealth**, Londres, Headley Bros, 1918. *In:* PATEMAN, Carole. Participação e Teoria Democrática. Editora Paz e Terra, 1992.

_____. **Social Theory. Londres: Methuen.** 1920a. *In:* PATEMAN, Carole. Participação e Teoria Democrática. Editora Paz e Terra, 1992.

_____. **Guild Socialism Restated.** Londres: Leonard Parsons, 1920b. *In:* PATEMAN, Carole. Participação e Teoria Democrática. Editora Paz e Terra, 1992.

CORTÊS, Soraya Vargas (Org.). **Participação e Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CUNHA, Eleonora Schettini M. **Efetividade deliberativa: estudo comparado de Conselhos Municipais de Assistência Social (1997-2006).** Tese (Doutorado) – Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. *In:* AVRITZER, L. (Org.). A dinâmica da participação local no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010. p. 93 a 128.

DAHL, Robert A. “**The Science of public Administration**”. *Public Administration Review*, v. 7, p. 1-11, 1947.

_____. **Poliarquia.** São Paulo: EDUSP, 1997.

_____. **Sobre a Democracia.** Brasília: Editora UnB, 2001.

_____. **Um Prefácio à Teoria Democrática.** Editora Jorge Zahar, 1989.

DOMBROWSKI, Osmir. **Os conselhos vistos por fora: um estudo sobre a institucionalização dos Conselhos Municipais.** [Cascavel]: Tempo da Ciência, (14) 27: 121-134, 1º semestre, 2007.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. **Participação Social.** *In:* GIOVANELLA, L. *et al.* (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 979-1010.

_____. **a Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade.** Participação e Democracia em Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 75

_____. **Dilemas da participação social em saúde:** reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde – Moreira e Escorel. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, v. 34, n. 84, p. 47-55, jan/mar. 2010.

ESTRADA, Adrain Alvarez. **Os Fundamentos da Teoria da Complexidade em Edgar Morin.** Uruarama: Akropolis, v. 17, n. 2, p. 85-90, abr./jun. 2009.

FARIA, Claudia Feres. **Sobre os determinantes das políticas participativas:** a estrutura normativa e o desenho institucional dos conselhos municipais da saúde e de direitos da criança e do adolescente. *In:* Avritzer, L. (Org.). A participação social no Nordeste. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

FORTIM, **Lei 357, de 22 de março de 2010.** Fortim: Câmara Municipal, [2010]. Dispõe sobre a ratificação da criação do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Aracati – CPSMAR. Disponível em arquivo interno da Secretaria Executiva do CMS-Aracati. Acesso em: jan. 2018.

FREITAS FILHO, Manuel. **A Aldeia do Areal:** história e memória de Ibicuitaba-Icapuí-CE. Fortaleza: Banco do Nordeste, 2003.

FUNGERIK, Archon; WRIGHT, Olin. **Experimentos em democracia deliberativa.** Sociologias, Porto Alegre, URFG, nº 2, p.100-143, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L. et al. orgs. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012 2nd. ed. rev. and enl. 1100 p. ISBN 978-85-7541-348-4.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e Democracia:** entre facticidade e validade. Rio de Janeiro - RJ, Editora Tempo Brasileiro, 1997.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança Estrutural da Esfera Pública:** investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 1984.

ICAPUÍ, **Lei 526, de 17 de maio de 2010.** Icapuí: Câmara Municipal, [2010]. Dispõe sobre a ratificação da criação do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Aracati – CPSMAR. Disponível em arquivo interno da Secretaria Executiva do CMS-Aracati. Acesso em: jan. 2018.

ITAIÇABA, **Lei 355, de 12 de novembro de 2009.** Itaiçaba: Câmara Municipal, [2009]. Dispõe sobre a ratificação da criação do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Aracati – CPSMAR. Disponível em arquivo interno da Secretaria Executiva do CMS-Aracati. Acesso em: jan. 2018.

JULIÃO, Karine Sousa. **Cooperação intergovernamental na saúde:** os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual. 2018. Dissertação (Mestrado em Análise de Políticas Públicas) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

LABRA, M. E. **Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios.** *In:* LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MANIN, Bernard. **Principes du Gouvernement Représentatif**. Champs Flammarion, 1995.

MILIVOJEVIC, D. **Representative Government**. Editora Everyman, 1910. *In*: PATEMAN, Carole. **Participação e Teoria Democrática**. Editora Paz e Terra, 1992.

MILLS, C. W. **The Unity of Work and Leisure in Horowitz**, I. L. (org), Power, Politics and People. Oxford University Press, 1963. *In*: PATEMAN, Carole. **Participação e Teoria Democrática**. Editora Paz e Terra, 1992.

PATEMAN, Carole. **Participação e Teoria Democrática**. Editora Paz e Terra, 1992.

PIRES, Roberto; TOMAS, M. C. **Instituições participativas e gestão municipal no Nordeste: uma análise comparativa dos efeitos da participação sobre as práticas de governo**. *In*: AVRITZER, Leonardo (Org.). **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2007.

PULIDO, Carlos Bernal. **O Caráter Fundamental dos Direitos Fundamentais**. Revista de Direito do Estado, ano 5, nºs 19 e 20, julho a dezembro de 2010.

REALE, Miguel. **Lições Preliminares de Direito**. Editora Saraiva, 27ª edição ajustada ao novo Código Civil, 4ª tiragem, 2004.

ROUSSEAU, J.J. **Do Contrato Social**. Tradução de Rolando Roque da Silva - Editora Ridendo Castigat Mores - 1922 - Edição Eletrônica.

SCHUMPETER, Joseph. **Capitalismo, Socialismo e Democracia**. Rio de Janeiro: Editora Fundo da Cultura, 1961.

SILVA, José Afonso. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**. Editora Malheiros, 8ª edição, 2ª tiragem, 2015.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2000.

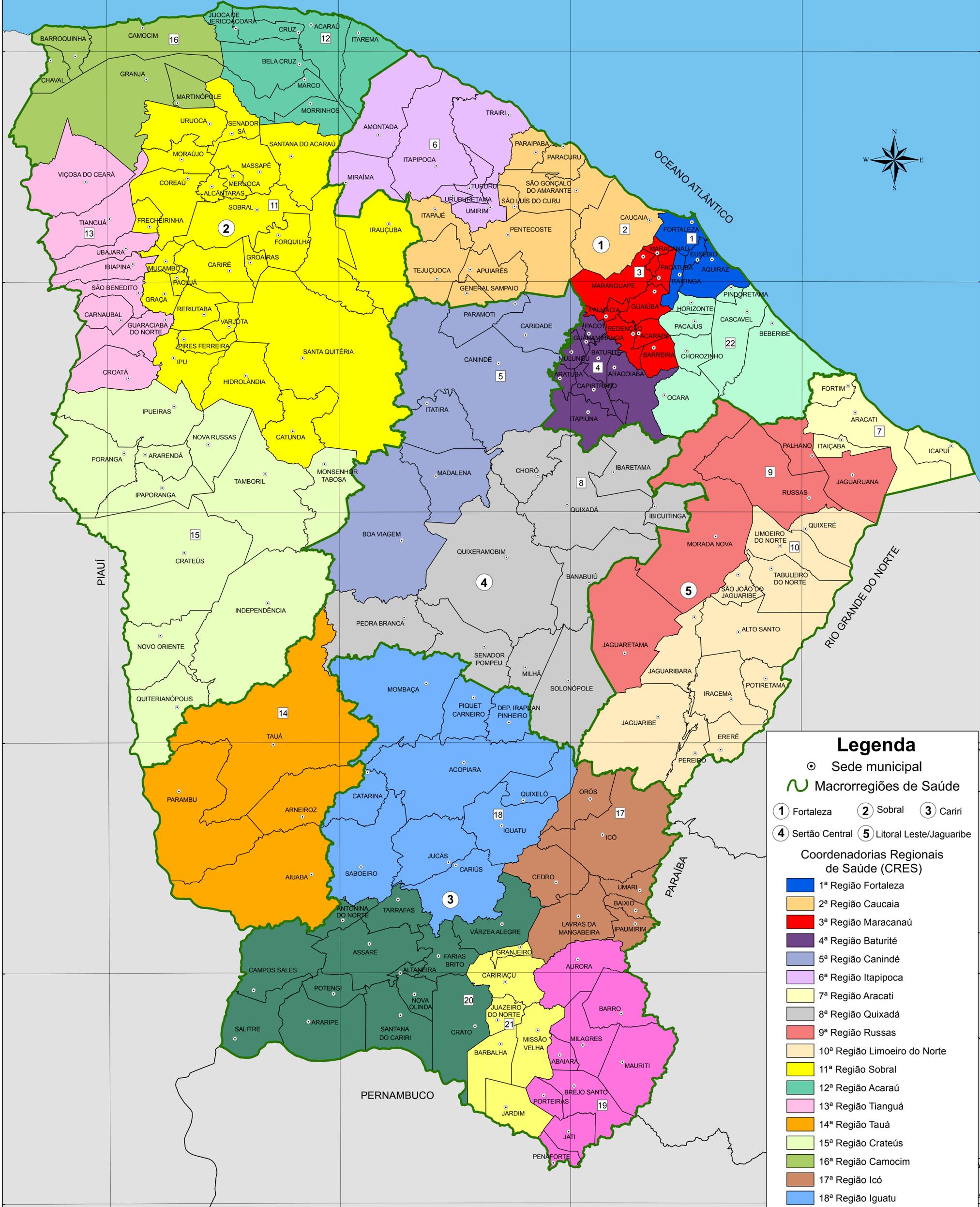
TENDLER, Judith. **Bom Governo nos Trópicos: Uma Visão Crítica**. Rio de Janeiro: Revan – ENAP, 1998.

URBINATI, Nadia. **Representation as advocacy: a study of democratic deliberation**. *Political Theory*, vol. 28, no. 6, Dec. 2000, pp. 758–786. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0090591700028006003#articleCitationDownloadContainer>. Acessado em 26 de jan. 2019.

VIANNA, Sabrina da Silva. **O conselho municipal de saúde como mecanismo de controle social da política de saúde mental e de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas: estudo de caso**. Salvador, 2015. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador). Disponível em: <http://ri.ucs.br:8080/jspui/handle/123456730/180>. Acesso em: março de 2019.

ANEXO I

MACRORREGIÕES DE SAÚDE E COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE (CRES)



Legenda

- ⊙ Sede municipal
- ~ Macrorregiões de Saúde

① Fortaleza ② Sobral ③ Cariri
 ④ Sertão Central ⑤ Litoral Leste/Jaguaribe

Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES)

- 1ª Região Fortaleza
- 2ª Região Caucaia
- 3ª Região Maracanaú
- 4ª Região Baturité
- 5ª Região Canindé
- 6ª Região Itapipoca
- 7ª Região Aracati
- 8ª Região Quixadá
- 9ª Região Russas
- 10ª Região Limoeiro do Norte
- 11ª Região Sobral
- 12ª Região Acaraú
- 13ª Região Tianguá
- 14ª Região Tauá
- 15ª Região Crateús
- 16ª Região Camocim
- 17ª Região Icó
- 18ª Região Iguatu
- 19ª Região Brejo Santo
- 20ª Região Crato
- 21ª Região Juazeiro do Norte
- 22ª Região Cascavel