



Universidade Federal de Sergipe

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

ALEXANDRE ALVES FEITOSA

ANÁLISE DO PERFIL INSTITUCIONAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
ARACAJU

SÃO CRISTÓVÃO – SERGIPE

2016



Universidade Federal de Sergipe

ALEXANDRE ALVES FEITOSA

ANÁLISE DO PERFIL INSTITUCIONAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Sergipe sob a forma de relatório técnico, como parte das exigências do Programa de Pós Graduação em Administração Pública, Mestrado Nacional em Administração Pública em Rede Nacional - PROFIAP, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profª Dra. Rozana Rivas de Araújo

F311a Feitosa, Alexandre Alves.

 Análise do Perfil Institucional do Conselho Municipal de
Saúde de Aracaju / Alexandre Alves Feitosa – São Cristóvão,
2016

84f. : il.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Rozana Rivas de Araújo

Dissertação (Mestrado Profissional em Administração
Pública - PROFIAP) – Universidade Federal de Sergipe, 2016.
Bibliografia

1. Conselhos de Saúde. 2. Democracia Participativa. 3.
Plano de Ação. I. Alexandre Alves Feitosa. II. Título

CDU – 614.39

CDD – 525. 546



Universidade Federal de Sergipe

ALEXANDRE ALVES FEITOSA

AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
ARACAJU

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Sergipe sob a forma de relatório técnico, como parte das exigências do Programa de Pós Graduação em Administração Pública, Mestrado Nacional em Administração Pública em Rede Nacional - PROFIAP, para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 11 de agosto de 2016.

Banca:

Profª Dra. Rozana Rivas de Araújo
Orientadora

Profª. Dra. Jussara Maria Moreno Jacintho
Membro

Profª Dra. Denise Leal Fontes Albano
Membro



Universidade Federal de Sergipe

Agradecimento

Agradeço a todos aqueles que modo direto ou indireto contribuíram para a realização desse trabalho, em especial à amiga, companheira e esposa Ingrid.

Aos meus pais, que mesmo carentes de instrução formal, nunca me negaram o acesso à educação.

A Núbia Santana Bispo, membro da mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde de Aracaju, que contribuiu decisivamente para esclarecimento de diversas dúvidas surgidas ao longo do estudo.

À professora Sabrina Fontoura Leme, colega de magistério da Faculdade Pio Décimo, que fez correções valiosas no texto.

À minha orientadora, pela

À professora Jussara, com sua verdade e transparência incompreendida por muitos.

À professora e colega Denise Leal, com sua simpatia, elegância e gentileza seja ao elogiar, seja ao apontar falhas, equívocos e carências.

RESUMO

Os Conselhos de Saúde são organismos institucionais inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de implementar os ideais de democracia participativa que moveram o movimento sanitário na busca pela democratização e universalização das políticas públicas de saúde no Brasil. Passadas mais de duas décadas desde de sua institucionalização, ainda não é possível afirmar a consolidação dos Conselhos de Saúde como organismos com atuação efetiva na formulação, fiscalização e controle das políticas públicas de saúde. Na presente pesquisa, buscou-se analisar o perfil institucional do Conselho Municipal de Saúde de Aracaju (CMS) e sua potencial capacidade de intervir positivamente nos destinos do SUS em âmbito local. Com base no estudo de quatro dimensões – representatividade, organização, planejamento do SUS e autonomia – construiu-se uma matriz de indicadores inspirados nas recomendações da Resolução CNS nº 453/2012, bem como em trabalhos anteriores que abordaram temas assemelhados. Cada indicador reflete um aspecto institucional do CMS e foi avaliado em termos objetivos – “atende” (1) ou “não atende” (0) – com base na análise de documentos públicos elaborados pelo órgão, a exemplo de seu regimento interno, atas de reunião e legislação de regência. Dispostos na matriz, os resultados individuais de cada indicador revelam que, no geral, o CMS apresenta bom desempenho, havendo, entretanto, a necessidade de se corrigirem algumas inconsistências, a fim de adequar a instituição aos cânones legais e regulamentares que a regem.

Palavras-chave: Conselho de Saúde. Democracia Participativa. Sistema Público de Saúde.



Universidade Federal de Sergipe

ABSTRACT

Health Councils are institutional bodies within the scope of the Unified Health System (SUS) in order to implement the ideals of participatory democracy that moved the health movement in the quest for democratization and universalization of public health policies in Brazil. After more than two decades since its institutionalization is still not possible to state the consolidation of the Health Councils as bodies activeness in the formulation, monitoring and control of public health policies. In this research, we attempted to analyze the institutional profile of Aracaju Municipal Health Council (CMS) and its potential ability to intervene positively in SUS destinations locally. Based on the study of four-dimensional - representation, organization, SUS planning and autonomy - constructed a matrix of indicators inspired by the recommendations of Resolution CNS No 453/2012 as well as in previous studies that have addressed the like themes. Each indicator reflects an institutional aspect of the CMS and has been evaluated in objective terms - "Answer" (1) or "does not meet" (0) - based on the analysis of public documents produced by the body, like its bylaws, minutes of meeting and current law. Arranged in the matrix, the individual results of each indicator shows that in general, the CMS performs well, with, however, the need to correct some inconsistencies in order to adapt the institution to the legal and regulatory canons that govern it.

Keywords: Health Council Participative Democracy. Health Public System.



Universidade Federal de Sergipe

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa da cidade de Aracaju com distribuição por bairros p. 39



Universidade Federal de Sergipe

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGU – Controladoria-Geral da União
CMS – Conselho Municipal de Saúde de Aracaju
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DOM – Diário Oficial do Município
LC – Lei Complementar Federal
LCM – Lei Complementar Municipal
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
LOM – Lei Ordinário Municipal
MPF – Ministério Público Federal
MPE – Ministério Público Estadual
MS – Ministério da Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PMA – Prefeitura Municipal de Aracaju
PMS – Plano Municipal de Saúde
PPA – Plano Plurianual
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju
TCU – Tribunal de Contas da União
TCE – Tribunal de Contas do Estado

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos indicadores de representatividade.....	p. 31
Quadro 2 - Descrição dos indicadores de organização	p. 33
Quadro 3 - Descrição dos indicadores de Planejamento do SUS.....	p. 34
Quadro 4 - Descrição dos indicadores de Autonomia	p. 36
Quadro 5 – Índices de Desempenho do CMS	p. 38
Quadro 6 – Matriz de indicadores	p. 39
Quadro 7 – Número de componentes do CMS	p. 45
Quadro 8 – Distribuição dos membros titulares do CMS por categoria	p. 45
Quadro 9 – Representantes dos usuários. LCM 73/2007 x Regimento Interno	p. 47
Quadro 10 – Comissões de Temáticas do CMS.....	p. 57
Quadro 11 - Avaliação dos Indicadores do CMS.....	p. 58
Quadro 12 - Desempenho institucional do CMS	p. 59
Quadro 13 - Detalhamento do Plano de Ação.....	p. 67



Universidade Federal de Sergipe

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Precariedade das instalações do CMS.....	p. 78
Anexo II - Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012.....	p. 79

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa	15
1.2 Objetivos	16
1.2.1 Gerais	16
1.2.2 Específicos.....	16
2.REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Da transição do Estado Liberal para o Estado Social: uma redefinição da participação nos processos democráticos	18
2.2. Os Conselhos de Saúde e a democracia participativa	22
2.3. Os conselhos de saúde e o ciclo da política pública	24
2.4. Referenciais Teórico- Metodológicos	27
3 METODOLOGIA	30
3.1 Diagnóstico Organizacional	43
3.1.1 Organização do SUS no Município de Aracaju.....	43
3.1.2. Representatividade.....	45
3.1.3. Organização	51
3.1.4. Sistema de Planejamento do SUS.....	53
3.1.5. Autonomia	55
3.1.6 Avaliação institucional	58
4 DESCRIÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	61
4.1 Quanto à representatividade	61
4.2 Quanto à Organização	62
4.3. Sistema de Planejamento do SUS	64
4.4. Quanto à Autonomia	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	73
ANEXOS	78

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 constitui marco divisório na concepção e redefinição de diversos institutos jurídicos, com reflexos nas mais diversas relações sociais, políticas e econômicas. No que se refere especificamente à disciplina das políticas públicas, uma das mais importantes inovações consiste na introdução de instrumentos de ampliação dos preceitos democráticos, objetivando ampliar participação social nos estágios em que se divide o ciclo político-administrativo das políticas públicas: definição da agenda, formulação de estratégias, tomada de decisão, implementação e avaliação (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013, p. 103-218).

Nesse sentido, a Carta Política é pródiga em dispositivos que consagram a participação popular¹, sendo relevantes para fins a que se propõe a presente dissertação as disposições do art. 198 da Constituição Federal, que ao disciplinar as ações e serviços de saúde destaca a “participação da comunidade” como uma de suas diretrizes.

A constitucionalização da participação popular na definição das políticas públicas de saúde representa a consagração de uma nova filosofia para o sistema público de saúde, preconizada pelo movimento sanitário, que no início da década de 1970, no auge da repressão promovida pelo regime militar que governava o Brasil, ousou defender ideias “revolucionárias” para a gestão dos serviços de saúde, questionando, por exemplo, o modelo institucional então vigente: hospitalocêntrico², com forte atuação do setor privado e gestão centralizada no ente nacional.

Evitando o confronto direto com o sistema, seus ideais – universalização dos serviços públicos de saúde, descentralização da gestão e participação popular – foram sendo paulatinamente introduzidos no cenário político-administrativo, aliando debate acadêmico,

¹ Assim, por exemplo, a participação dos usuários na administração pública direta e indireta (art. 37, XXII, § 3º); a participação na gestão da seguridade social (art. 194, VII); a participação da comunidade, como diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS (art. 198, III); a participação da população “na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis” na área de assistência social (art. 203, II) e a “democratização dos processos decisórios com participação e controle social” (art. 216-A, § 1º, X).

² O modelo hospitalocêntrico concentrava-se no aspecto curativo das ações saúde, por meio da contratação de serviços junto a fornecedores privados, com gestão centralizada no Ministério da Previdência Social, que limitava o atendimento aos segurados do INPS, vale dizer, os trabalhadores formais. Em que pese a ampliação da base de segurados da previdência social, tratava-se de um sistema restritivo, que não contemplava ações preventivas e não atingia a totalidade da população. (SOARES, 2010, p. 34)

inserção nos centros de decisão política do poder central e inclusão da população no debate, por meio de contato direto com as comunidades (DOWBOR, 2009, p. 193-195; ESCOREL, 1999, p. 181-183).

Consagrada na Constituição Federal, a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizada formalmente com a edição da Lei nº 8.142/90, que conferiu estatura legal às conferências de saúde e instituiu os conselhos de saúde, em todas as esferas de governo, cabendo a estes o papel de atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”.

Sob uma perspectiva meramente formal, não é difícil afirmar a centralidade dos conselhos de saúde na administração e planejamento do SUS, haja vista sua atribuição legal para atuar em todas as fases do ciclo político-administrativo das políticas públicas de saúde – desde a formulação, passando pelo controle, inclusive financeiro-orçamentário – como condição de validade dos atos praticados pelo respectivo Gestor. Sanções impostas aos gestores, em razão da não instrumentalização dos conselhos de saúde, bem como a obrigatoriedade de submissão de relatórios de gestão à análise conclusiva da entidade, sedimentam sua importância e necessidade de lhes serem asseguradas as condições estruturais, técnicas e orçamentárias para o desempenho de seu mister.

Conforme se verá adiante, vários são os estudos acerca das condições de atuação dos conselhos de saúde, sob as mais diversas perspectivas. No caso específico do Conselho Municipal de Saúde de Aracaju (CMS), objeto deste trabalho, Luciene Monteiro Glacino (2010), em trabalho intitulado “A efetividade deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde de Sergipe”, desenvolvido no âmbito do “Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais do Programa de Formação de Conselheiros Nacionais” da Universidade Federal de Minas Gerais, realiza interessante análise comparativa entre os assuntos discutidos e registrados nas atas de reunião do conselho e os relatórios de fiscalização da Controladoria-Geral da União (CGU), elaborados para o ano de 2006. Apesar do volume de informações coletadas, na análise dos resultados – talvez em razão da amplitude do projeto – não ficou muita clara a resposta ao problema investigado, exceto quanto à conclusão de que “o conselho volta suas ações para os informes das políticas do município, ainda possui poucas ações deliberativas, no entanto verifica-se um grande debate em suas

reuniões, com informes e discussões de vários assuntos relacionados à saúde” (GLACINO, 2010, p. 34).

No presente estudo realiza-se uma abordagem deferente daquela adotada por Glacino, apesar de haver coincidências quanto a alguns dos parâmetros utilizados em ambos os trabalhos. Essa coincidência, em verdade, é comum a vários estudos, que adotam parâmetros, indicadores ou variáveis para analisar as mais diversas relações sociais, jurídicas e políticas entabuladas no âmbito dos Conselhos de Saúde, citando-se, como exemplo, Avritzer (2009), ao pesquisar a efetividade deliberativa de 22 conselhos de saúde nos Estados de Pernambuco, Bahia e Ceará. O mesmo se verificando em Silveira (2013), que em dissertação de mestrado elaborou detalhado estudo acerca qualidade da participação no Conselho Municipal de Saúde de Imperatriz/MA. Vieira e Calvo (2011) também lançam mão de indicadores para avaliar as condições de funcionamento de 24 conselhos de saúde do Vale do Itajaí/SC, o mesmo acontecendo com Moreira e Escorel (2009), em um amplo estudo com mais de 5.400 conselhos municipais de saúde.

Com as devidas adaptações, os indicadores adotados inspiram-se nas diretrizes estabelecidas na Resolução CNS nº 453/2012, que, entre suas razões fundamentais se destacam:

- a) A necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento,
- b) Os objetivos de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS; e
- c) Os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam polos de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas esferas da ação do Estado.

Há, obviamente, uma impropriedade na resolução ao limitar a atuação dos conselhos de saúde ao “controle” social do SUS, na medida que, tomando-se tal expressão em seu sentido literal, pode-se reduzir sua importância e influência em todas as fases do ciclo da respectiva política pública, conforme será melhor detalhado em tópico específico.

1.1. Justificativa

A evolução das políticas públicas de saúde no Brasil culminou com a adoção de um modelo universal, descentralizado, integral e participativo, no qual o usuário do sistema assume importância capital. Regulamentando o preceito constitucional que assegura a participação da comunidade na gestão do SUS, o art. 1º, § 2º e art. 4º, da Lei nº 8.142/90 é traçada a moldura institucional dos conselhos de saúde, definindo-os como instituição deliberativa, fiscalizadora e controladora das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS, sem prejuízo de sua participação na formulação das respectivas estratégias de ação.

É inegável que uma entidade com essa conformação implica em sérias restrições à liberdade de atuação dos gestores públicos, o que pode levar ao surgimento de conflitos de interesse, haja vista o tradicional viés autoritário e a ausência de vocação para transparência, presentes na Administração Pública brasileira. Desse modo, a preocupação em tornar efetiva a participação popular se expressa no 4º, II, da Lei nº 8.142/90, o qual condiciona as transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos locais de saúde não só à implantação formal dos respectivos conselhos: exige-se, outrossim, a garantia de seu funcionamento e a observância da paridade entre os representantes dos usuários e dos demais segmentos que o integram.

A reconhecida tensão entre a atuação dos conselhos os gestores públicos, haja vista sua destacada posição como instituição crucial à estrutura do SUS, levam alguns estudiosos a questionar seu papel, havendo quem questione a efetividade no cumprimento de seus objetivos institucionais, especialmente em razão da dificuldade de se obter, sempre, a sintonia necessária entre o Poder Público e os agentes sociais encarregados de promover o controle de suas ações (DURÁN, 2013, p. 64), razão pela qual os conselhos de saúde não estariam aptos à concretização de suas atribuições, especialmente quanto a seu caráter deliberativo e participativo (COELHO, 2007, p. 79).

Mesmo com essa perspectiva pessimista, reconhece-se que não é possível estabelecer, *a priori*, a falência do modelo, na medida em que é possível apontar condições internas e externas aptas a favorecer uma postura mais ou menos proativa em relação à participação, à

definição, implementação, desenvolvimento e avaliação das políticas públicas de saúde (COELHO, 2007, p. 79).

Sob tais perspectivas, entende-se ser importante traçar o perfil institucional do CMS, a fim de avaliar se a instituição preenche alguns requisitos mínimos que permitam o desempenho de suas atribuições com autonomia, representatividade e eficácia em todas as fases do ciclo da política de saúde do Município de Aracaju.

A pesquisa está em sintonia com os objetivos do Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública – PROFIAP e será desenvolvida sob a forma de relatório técnico, no qual serão analisados alguns indicadores, que terão como referência informações referentes ao período de 2014/2015 e primeiro semestre de 2016.

1.2 Objetivos

1.2.1 Gerais

O objetivo geral do projeto é analisar as condições de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Aracaju e a fim de traçar seu perfil institucional, tendo como parâmetro a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 453/2012, conforme matriz de indicadores disposta no Quadro 6.

1.2.2 Específicos

Os objetivos específicos da pesquisa consistem em

- a) examinar se o conselho é deliberativo;
- b) avaliar se promove e favorece a participação social na formulação e controle das políticas públicas de saúde do Município de Aracaju, inclusive nos aspectos orçamentário-financeiro ou se constitui apenas um espaço institucional burocrático, com mera atuação formalística, sem impactar os rumos da política de saúde do município;
- c) esclarecer se o conselho possui a autonomia necessária para o desempenho de suas atividades.

A avaliação dos elementos de pesquisa conduzirá, se necessário, à elaboração de um plano de ação, o qual focará nas questões mais urgentes a serem enfrentadas.

No próximo capítulo traçar-se-á um panorama geral da literatura acerca do papel institucional dos conselhos de saúde no contexto das teorias democráticas e da transição do Estado Liberal para o Estado Social. A seguir, detalham-se os métodos aplicados à pesquisa, bem como a descrição dos elementos utilizados. Finalmente, na seção destinada à análise dos resultados, identificam-se e se discutem os principais achados da pesquisa, findando com as conclusões do estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Da Transição do Estado Liberal para o Estado Social: uma redefinição da participação nos processos democráticos

A formação do Estado moderno está intrinsecamente relacionada com as lutas travadas interna e externamente nas diversas classes sociais que compunham a Europa no período compreendido entre os séculos XIII e XVI (FLORENZANO, 2007, p. 36-37), período que coincide com o apogeu e, paradoxalmente, com o início da derrocada do absolutismo, corroído pelos ideais libertários de pensadores que lançaram as bases do liberalismo, movimento multifacetário de cunho político, econômico, filosófico e social, que tinha entre seus princípios a defesa da centralidade do indivíduo na formação da sociedade política e a consequente desconstrução do poder absoluto, arbitrário e de origem divina do soberano (BOBBIO; MATTEUCCI E PASQUINO, 1998, p. 690).

O pensamento liberal, sob a perspectiva do homem como centro do poder político, seguindo a tradição contratualista, redefine o papel do indivíduo na sociedade, o qual passa a ser a fonte primordial da legitimação do poder estatal, sendo este nada mais que um depositário de uma parcela da liberdade individual, renunciada em favor da segurança supostamente proporcionada por um ente dotado do monopólio do uso legítimo dos meios de coerção (O'DONNELL, 2010, p. 67).

O Estado é, portanto, uma “criação deliberada e consciente da vontade dos indivíduos”, “armadura de defesa e proteção da liberdade” (BONAVIDES, 2008, p. 41), cujas renúncias recíprocas a essa mesma liberdade (HÖFFE, 2006, p. 343-344) contribuiriam para assegurar a preservação de outros direitos igualmente relevantes e especialmente caros ao pensamento liberal, a exemplo da vida e da propriedade, constantemente ameaçados pela cobiça e violência dos meios privados de coerção.

A filosofia política liberal exigia, necessariamente, uma redefinição do modelo de dominação política até então existente, na medida em que o Estado absolutista, nada obstante essa denominação, possuía características próprias de uma aristocracia³, com o poder político

³ Recomenda-se a leitura dos verbetes “absolutismo” e “aristocracia”, em BOBBIO (1998, p. 1 e 57).

sendo exercido efetivamente pelo monarca, com o auxílio e suporte da nobreza e do clero, mesmo nas hipóteses em que a burguesia e as demais camadas sociais eram formalmente incluídas nos processos decisórios.

Nada obstante o caráter revolucionário e reformador do liberalismo, o desenho do Estado liberal não contemplava mudanças profundas na estrutura social, política e econômica. Em verdade, a principal modificação implementada com o fim do absolutismo foi a redefinição do papel do papel do Estado e a posição das elites econômicas, detentoras do poder econômico, mas alijadas das decisões políticas mais importantes. O realinhamento inicial de forças nessa nova ordem serviu, portanto, apenas para redefinir a posição política das classes economicamente hegemônicas, justificando-se, inclusive, a desigualdade política entre as classes, com a negativa de direitos políticos a pobres e trabalhadores (VÁRNAGY, 2006, p. 53; BONAVIDES, 2007, p. 42).

Nesse contexto, a sociedade política que se forma nos primórdios do liberalismo apresenta duas características marcantes: a concepção de um Estado mínimo, “que teria uma única função, a de proteger os direitos individuais contra toda e qualquer forma de violação” (BOBBIO, MATTEUCCI E PASQUINO, 1998, p. 283) e a limitação da participação política, inclusive com critérios de seleção baseados na renda. Assim, o Estado liberal burguês potencializava a concentração do poder político, social e econômico nas classes tradicionalmente favorecidas pelo sistema secular de dominação então vigente, ampliando ainda mais as desigualdades social e política (STUART MILL, 2006, p. 57), com o agravante de se institucionalizarem mecanismos jurídicos destinados a legitimar a exclusão (MOREIRA, 2012, p. 1-7)

A necessidade de se criarem mecanismos de exclusão ou limitação da participação política obrigou os teóricos liberais a redefinirem e esvaziarem o conceito e o conteúdo original da noção de democracia (FINLEY, 1988, p. 23-24; BONAVIDADES, 2007, p. 43), o que, aliás, não é novidade ao longo da história, haja vista suas implicações no alargamento dos mecanismos de distribuição e participação na formação do poder político (BOBBIO, MATTEUCCI E PASQUINO, 1998, p. 319-328). A democracia, conforme idealizada pelos gregos, é, com efeito, incompatível com os ideais da filosofia política liberal, fortemente influenciada pela cultura aristocrática (OLIVEIRA, 2011, p. 12-14), que sempre permeou o universo político.

Não é de estranhar, pois, que a concepção individualista do sucesso, em uma sociedade marcada por desigualdades materiais que limitam as oportunidades em razão da posição social ocupada pelo indivíduo, tenha exercido forte influência em sua disposição de participar ativamente dos processos democráticos, mesmo quando o ordenamento jurídico-político ampliou o direito ao sufrágio. A apatia política das camadas menos favorecidas da população, sem quaisquer considerações causais, serviu de base para a formulação e consolidação de teorias democráticas desenvolvidas sob medida para legitimar a exclusão política por meio de engenhosos mecanismos de limitação à participação do indivíduo nos negócios de Estado, merecendo destaque a idealização da forma representativa de governo, que a despeito de ter sido formatado em razão do reconhecimento acerca da impossibilidade material de, nas sociedades modernas, reunirem-se todos os cidadãos em assembleia (STUART MILL, 2006, 65), tornou-se a panaceia política da chamada “democracia liberal” ou “democracia representativa”, uma tentativa de equilíbrio entre concepções de governo aparentemente antagônicas: a aristocracia liberal e a democracia, ou, em outros termos, uma tentativa de tentar equilibrar formas de governo que privilegiavam mais a liberdade ou a igualdade, respectivamente (BONAVIDES, 2007, p. 50-55).

A tensão entre duas concepções conceitualmente tão diferentes redundou em inevitáveis questionamentos acerca de outras questões, a exemplo da forma de distribuição da riqueza, da partilha do poder político e do próprio papel do Estado na superação das desigualdades materiais existentes na sociedade. A concepção de um Estado social é fruto desses questionamentos e tensões e, contrariando a concepção liberal, notabiliza-se por atribuir ao Estado um papel intervencionista e paternalista (BONAVIDES, 2007, p. 203), ao reconhecer a necessidade de se assegurarem direitos que extrapolem o interesse do indivíduo, consagrados como direitos humanos de segunda dimensão, os direitos sociais – saúde, educação, trabalho, assistência social, etc – inerentes à fraternidade e à solidariedade que deve unir os membros de uma comunidade política. O Estado social assume, assim, um papel ativo, com a obrigação de promover a justiça social com adoção de políticas públicas de inclusão, provendo o acesso do indivíduo a bens e serviços, que não conseguiria obter por seus próprios meios. Em apertada síntese, passo o Estado a ter o papel de promover a redistribuição dos benefícios econômicos e sociais da nação (CANOTILHO, 2010, p. 18-21).

A conformação e os objetivos inclusivos do Estado social são, de certo modo, incompatíveis com as teorias políticas da democracia de concepção liberal, segundo as quais, a principal função do indivíduo, no processo político, é escolher seus representantes dentre um grupo de especialistas treinados especificamente para o exercício do poder político, por entenderem que o cidadão médio – mesmo quando possui expertise e habilidades excepcionais em outras searas – não estaria apto a lidar com as variadas questões e problemas políticos que envolvem o exercício do poder e o comando do Estado (SCHUMPETER, 1961, p. 313).

O desenvolvimento e consolidação do Estado social coincide com o surgimento do contraponto às teorias democráticas hegemônicas⁴, o qual se lastreia na crítica aos critérios de legitimação das decisões políticas, propondo como solução a ampliação da participação da sociedade nas discussões que as antecedem.

Essas teorias democráticas, rotuladas sob diferentes nomenclaturas – argumentativa, participativas ou deliberativas – e arcabouços normativos (AVRITZER, 2000, p. 37-45) rompem um dos pilares das teorias democráticas hegemônicas: a necessidade de exclusão do homem médio dos negócios de Estado em razão de sua falta de capacidade e preparo para lidar com temas políticos. Com efeito, a base teórica da democracia dita participativa ressalta o papel educativo da própria participação, a qual tornaria o indivíduo cada vez mais preparado para deliberar acerca dos diversos problemas que lhe fossem apresentados (PATEMAN, 1992, p. 60-61). Em outros termos, a experiência participativa levaria o indivíduo a se familiarizar com os processos deliberativos e argumentativos, suprindo eventuais deficiências de uma educação formal.

Importa ressaltar que se deve confundir a democracia participativa com as formas tradicionais de democracia direta, na medida em que, mesmo quando se amplia o conjunto de indivíduos legitimados a deliberarem sobre determinados assuntos, ainda assim não é possível reunir, em assembleia, todos os possíveis afetados pelas deliberações. A democracia participativa, em que pese ampliar os horizontes democráticos (BOBBIO, 1997, p. 54), não perde seu caráter representativo, o que é evidente na conformação dos conselhos de políticas públicas, nos quais a participação social se faz por representação.

⁴ Assim chamadas as teorias democráticas de cunho liberal, que dominaram os estudos até o início da segunda metade do século XX.

Os limites objetivos desse trabalho não permitem maiores digressões acerca das várias questões subjacentes às modernas teorias democráticas, inclusive no que respeita a suas contradições mútuas (FUNG e COHEN, 2007, p. 226-228). As referências ao tema, aqui desenvolvidas, merecem, a toda evidência, maior aprofundamento. Contudo, sua inserção no estudo tem o objetivo de demonstrar a existência de alternativas para a superação dos déficits de legitimidade inerentes à democracia representativa, conforme idealizada pelos teóricos liberais.

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988, adotando os preceitos das modernas teorias democráticas, incorporou diversos instrumentos jurídicos de ampliação da democracia a exemplo da previsão de mecanismos de participação dos usuários na administração pública direta e indireta (art. 37, XXII, § 3º); na gestão da seguridade social (art. 194, VII); como diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS (art. 198, III); “na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis” na área de assistência social (art. 203, II) e na “democratização dos processos decisórios com participação e controle social” (art. 216-A, § 1º, X).

2.2 Os Conselhos de Saúde e a Democracia Participativa

A previsão constitucional de instrumentos de democracia participativa em um Estado idealizado para ser governado sob os auspícios de um regime representativo-competitivo exige grande esforço dos atores sociais engajados em sua implementação, notadamente em razão das disputas de poder subjacentes ao compartilhamento da responsabilidade pelo sucesso ou fracasso das políticas públicas.

Conforme já exposto, no âmbito do SUS, a participação da comunidade encontra suas diretrizes traçadas pela Lei nº 8.142/1990, que ao instituir os conselhos e conferências de saúde, elevou-os à condição de instâncias deliberativas inseridas no ciclo político-administrativo das respectivas políticas públicas, com atuação desde a formulação das estratégias de saúde até o controle de sua execução, incluindo os aspectos financeiro e orçamentário.

O desenho institucional dos conselhos de saúde representa uma vitória dos ideais do movimento sanitário, que desde o início da década de 70 do século XX questionava a estratégia de centralização das ações de saúde, adotada à época (MERCADANTE, 2002, p. 246).

O movimento sanitário recebeu apoio de diversos segmentos da sociedade, em razão de

suas propostas de abertura do sistema, inclusão social e ampliação da cobertura dos serviços públicos de saúde, asserções estas que se identificavam com as ideais dos movimentos que lutavam pela redemocratização do país (BRAVO, 2006, p. 8). Considerando que para alguns analistas a atuação do movimento sanitário foi facilitada em razão de sua integração à estrutura administrativa do governo militar (DOWBOR, 2009, p. 186), pode-se deduzir que seus princípios se tornaram quase consenso.

O fato histórico e insofismável é que, desde a promulgação da Constituição Federal até os dias atuais, consolidou-se na literatura a concepção de que os conselhos de saúde são espaços institucionais vocacionados à promoção da democratização das ações de saúde, por meio da participação e controle social, conforme expressamente definido na Resolução CNS nº 453/20125.

A análise do desenho institucional dos conselhos de saúde demonstra que o órgão foi idealizado com a finalidade de permitir a hegemonia dos usuários – interessados diretos no sucesso, eficiência e eficácia das políticas de saúde –, privilegiando-os numericamente na composição da instituição por meio da regra da paridade em relação ao conjunto dos demais seguimentos integrantes do órgão – representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde. A operacionalização da regra foi definida nas Resoluções nº 33/92-CNS e nº 333/2003-CNS, formuladas com base nas recomendações das 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde e mantidas na Terceira Diretriz da Resolução CNS nº 453/2012, que assim dispõe:

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. [...]

⁵ Primeira Diretriz: [...]o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. [...] Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Desse modo, asseguram-se aos usuários o mínimo de 50% das vagas disponíveis em cada conselho; 25% para entidades representativas de trabalhadores na área de saúde e 25% para os representantes do governo e prestadores de serviço.

O potencial de promoção da democracia participativa, por meio dos Conselhos de Saúde é imenso. Segundo dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) referentes ao ano de 2013, são 5.553 municípios brasileiros possuem conselhos de saúde, o mesmo se repetindo em relação aos 26 Estados e ao Distrito Federal. Estima-se que existam no país cerca 72.000 conselheiros (LUCAS *et al.*, 2012, p. 3), o que representa um expressivo número de indivíduos debatendo e deliberando sobre o mesmo tema central, ainda que voltado às peculiaridades locais.

Não há dúvida, portanto, que sob o aspecto formal o desenho institucional dos conselhos de saúde concretiza os ideais das modernas teorias democráticas, fundadas na participação e na deliberação, permitindo a inclusão de atores excluídos do processo democrático tradicional, no qual o ápice de sua participação ocorre por meio do voto em eleições periódicas. Contrariando essa lógica tradicional, a inclusão promovida pela estrutura dos conselhos de saúde permite, ao menos em tese, que diversos atores possam deliberar livremente, elegendo problemas, apontando soluções e controlando sua execução.

O grande desafio dessa estrutura é aliar a proposta democrática dos conselhos de saúde às variadas realidades sociais e políticas existentes no país, especialmente em razão das distorções observadas em alguns estudos (e.g., LUCAS *et al.*, 2012, p. 7-9), a exemplo das limitações institucionais à participação dos usuários, que são representados por meio de entidades e não individualmente, fazendo com que grupos de interesses melhor organizados possam influenciar setorialmente as ações de saúde, através de uma representação voltada aos interesses de classe (BOBBIO, 1997, p. 46).

2.3 Os Conselhos de Saúde e o Ciclo da Política Pública

As políticas públicas são instrumentos de ação por meio dos quais o Estado se desincumbe de seus deveres sociais. São diversas as abordagens sobre o tema (SARAIVA,

2006, p. 21), tendo a literatura adotado, para fins analíticos, o critério segundo o qual a política pública encerra um processo (HOWLET; RAMESH e PERL, 2013, p. 12-15), ficando as divergências limitadas ao número de fases em cada que autor o divide.⁶

Apesar da aparente irrelevância do tema, algumas considerações são importantes a fim de não se tentar limitar a atuação dos conselhos de saúde. Saraiva (2006, p. 32) assevera, sem divergir de outros autores, que cada etapa/estágio do processamento da política pública envolve diferentes atores, disputas e ênfases. Nesse contexto, divide o processo em 7 (sete) fases, cada uma com enfoques e atores específicos.

Ocorre, entretanto que, a adoção acrítica dessa classificação poderá levar o intérprete do arcabouço normativo regulamentador da participação social no SUS a limitar a atuação dos conselhos de saúde. Isso porque, conforme expressa o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142/1990, ao definir suas atribuições, define-o como “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”.

Com efeito, Saraiva (2006, p. 33) entende que a fase de formulação seria aquela na qual, definidas e especificadas as soluções para o problema, caberia ao Poder Público expressar sua decisão, delineando os contornos jurídico-institucionais da política pública. Essa definição, conjugada com as disposições legais sobre a matéria, podem induzir aqueles que buscam limitar a influência dos conselhos de saúde a sustentar a tese segundo a qual seu papel, no ciclo da política pública, estaria restrito à deliberação acerca de problemas e soluções previamente definidos pelo gestor do SUS, nas fases de montagem da agenda e elaboração da política.

Não é sem razão que deve ser vista com preocupação a alteração promovida pela LCM nº 149/2015, que dando nova redação ao art. 1º da LCM 52/2002, assim dispõem:

Art. 1º. Fica instituído o Conselho Municipal de Saúde de Aracaju – CMS/AJU, como órgão permanente e de caráter deliberativo do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município de Aracaju, que *tem por atribuições principais aprovar, acompanhar e*

⁶ Howlett, Ramesh e Perl (op. cit. p. 15), por exemplo, apresenta seu ciclo da política pública com 5 (cinco) fases – montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão política, implementação da política, avaliação da política. Saraiva (op. cit. p. 32-34), por outro lado, identifica 7 (sete) fases – definição da agenda, elaboração, formulação, implementação, execução, acompanhamento, avaliação. As diferenças entre ambos os trabalhos são apenas metodológicas, na medida em que compreendem os mesmos conceitos. Howlett, Ramesh e Perl, por exemplo, unificam as fases de elaboração e formulação; Saraiva, a seu turno, as estuda em momentos distintos, identificando a formulação como a fase de tomada de decisão. O mesmo ocorre no que se refere à implementação, tratada como fase única, por Howlett, Ramesh e Perl e analisada por Saraiva em três fases.

avaliar a política municipal de saúde, cujas decisões devem ser homologadas pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, mediante Decreto, e publicadas no Diário Oficial do Município, sob pena de nulidade.

A norma busca, nitidamente, excluir o CMS das fases de elaboração e formulação das políticas públicas de saúde.

Tal interpretação, contudo, aviltaria o papel dos conselhos de saúde, reduzindo sua atuação a um papel secundário no processo, tornando-o um mero apêndice do gestor da saúde com a função de legitimar as decisões da Administração, já que retiraria da órbita do conselho discussões importantes, a exemplo da estratégia de enfrentamento dos diversos problemas vivenciados no cotidiano dos serviços de saúde.

Desse modo, o sentido do termo “formulação”, contido na norma, deve ser interpretado de maneira ampla, compreendendo todas as fases anteriores à implementação das estratégias e ações de saúde: a montagem da agenda – ou identificação dos problemas – e a elaboração/formulação da política – definição das alternativas para sua solução.

Preserva-se, assim, o ideal de participação das comunidades diretamente interessadas nos assuntos da saúde, princípio que foi acolhido entre as diretrizes do SUS⁷, preconizado pelo Movimento Sanitário, ainda na primeira metade dos anos 1970 (DOWBOR, 2009, p. 195-197).

Destarte, a inexistência de dúvidas acerca do papel central dos conselhos na fase de tomada de decisão é certa, não se podendo negar-lhes, por óbvio, o protagonismo nas fases seguintes, independentemente da metodologia utilizada para definir as etapas componentes do ciclo da política pública.

Quanto ao papel de controle assegurado por lei, garante-se a esses órgãos participação em diversos aspectos das fases de implantação, execução, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, na medida em que eventuais correções no rumo das ações implementadas pelo gestor da saúde deverão ser submetidas à deliberação do órgão, como condição de validade⁸.

A despeito das eventuais dissonâncias metodológicas, é consenso entre os autores que cada fase do processo político-administrativo da política pública demanda a participação de diversos e diferentes atores, grupos interesses, pressões ideológicas, entre outras, criando o

⁷ Ver art. 197 da Constituição Federal.

⁸ Ver quinta diretriz da Resolução CNS nº 453/2012

cenário propício às mais variadas disputas. Esse é precisamente o cenário no qual se inserem os conselhos de saúde, que em razão de sua moldura institucional, delineada pela Lei nº 8.142/1990, incluem em uma mesma arena os mais variados grupos de interesse na Política Pública de saúde – usuários, trabalhadores, prestadores de serviço e Poder Público.

É nessa perspectiva de disputa e busca de equilíbrio entre os vários interesses em disputa, que deve se guiar a atuação dos conselhos de saúde a fim de atingirem seus objetivos institucionais, o que lhes assegura o direito de participar de todas as etapas do processo de planejamento das ações de saúde, incluindo as discussões prévias à elaboração de seus principais instrumentos: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e o Plano Municipal de Saúde (PMS).

2.4 Referenciais Teórico-Metodológicos

A inspiração democrático-participativa que motivou a criação dos conselhos de saúde tem sido objeto de diversos estudos, com as mais variadas metodologias e enfoques, atraindo a atenção não apenas de pesquisadores nacionais⁹.

Sob o ponto de vista metodológico, os trabalhos que serviram de base para a presente pesquisa focaram, precipuamente, na configuração institucional dos Conselhos de Saúde. A escolha dos títulos guarda mais relação com os instrumentos metodológicos utilizados que com a quantidade de dados ou qualidade da análise.

Nesse contexto, tem-se, inicialmente, o trabalho de Avritzer (2009, p. 151), que conduziu um estudo junto a Conselhos Municipais de Saúde de 22 cidades com mais de 100.000 habitantes, nos Estados de Pernambuco, Bahia e Ceará, no qual se propôs a avaliar a “efetividade deliberativa” e “os efeitos das instituições participativas na gestão pública”.

Analisando 399 atas de reunião e os regimentos internos dos conselhos pesquisados, o autor concluiu que a efetividade democrática dos conselhos não pode ser dissociada de sua organização interna, a qual inclui, por exemplo, a existência de comissões temáticas, o respeito à paridade, critérios bem definidos para escolha dos segmentos representados nos Conselhos, a

⁹ Cite-se, por exemplo, KOHLER e MARTINEZ, 2015, p. 1-9.

forma de escolha do presidente e o segmento que ocupa o cargo; competência para elaboração da pauta das reuniões. Para se chegar às conclusões apresentadas, o autor definiu seis categorias de indicadores (AVRITZER, 2009, p. 152).

Silveira (2013, p. 26), em dissertação de mestrado, concentrou seu estudo no Conselho Municipal de Saúde de Imperatriz/MA, tendo como objetivo avaliar a qualidade da participação. Para atingir seus objetivos o autor elaborou um conjunto de indicadores baseado na “metodologia desenvolvida no Brasil pelo Programa de Estudo em Gestão Social (PEGS) da Escola Brasileira de Administração Pública e Empresas (EBAPE) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), que divide Cidadania Deliberativa num constructo com 6 categorias e 21 critérios de análise”.

Ao analisar a estrutura, a composição e o funcionamento do Conselho, contudo, o autor se utiliza dos mesmos critérios metodológicos adotados por Avritzer (2009, p. 152), em pesquisa qualitativa, na qual foram realizadas entrevistas e observação direta não participativa. O estudo aponta falhas na comunicação com a sociedade, desrespeito à antecedência mínima para envio da pauta das reuniões. Destaca, entretanto, a inexistência sub-representação entre os segmentos dos trabalhadores e usuários, o que é um dado positivo, haja vista o risco de cooptação desses grupos pelo Poder Público.

Vieira e Calvo (2011) procuram analisar o perfil da participação sob o enfoque da atuação e influência política de seus atores institucionais. Partem da premissa de que “clientelismo, rompimento da autonomia, condições inadequadas de funcionamento, mínima existência de comissões, elitização da representação, legitimidade comprometida/representatividade desarticulada da base, desequilíbrio entre estrutura e mobilização, pouca decisão no encaminhamento das deliberações, ingerência da gestão sobre a pauta” além de “problemas relacionados ao seu funcionamento, especialmente os referentes à legitimação e eficácia dessas arenas, pouca adesão dos governantes, e disseminação ainda capilar desses valores no seio da sociedade” (VIEIRA E CALVO, 2011., p. 2316) interferem na efetividade da atuação dos conselhos. A pesquisa avaliou as condições de funcionamento de 24 conselhos municipais de saúde do Vale do Itajaí/SC. O objetivo principal do trabalho foi definir um modelo geral de avaliação da atuação dos conselhos. A metodologia da pesquisa seguiu, com poucas variações, o modelo metodológico adotado por Avritzer (2009, p. 152) e Silveira (2013), agregando-se elementos de outros trabalhos (VIEIRA E CALVO, 2011, p.

2317), tendo o modelo desse trabalho servido de referência para a presente pesquisa.

Moreira e Escorel (2009), em um amplo estudo, no qual foram analisadas informações fornecidas por mais de 5.400 municípios, também se utilizam da técnica de agrupamento dos dados em indicadores e dimensões, que abrangem tanto aspectos estruturais quanto institucionais dos conselhos municipais de saúde, objetivando verificar, especialmente, se os conselhos atuam com autonomia e se os conselheiros exercem livremente suas atribuições, conferindo legitimidade às decisões da instituição.

Dentre as várias conclusões do estudo, destaca-se a importância da mobilização popular, aliada à vontade política dos gestores, como fator determinante para o adequado funcionamento dos conselhos. Tal avaliação se assemelha à de Avritzer (2009, p. 171), o qual ressalva, entretanto, que não se pode atribuir à sociedade civil um protagonismo *a priori* na avaliação da efetividade dos conselhos, já que, de acordo com as conclusões do estudo, a experiência associativa anterior parece exercer maior influência na qualidade da participação que a simples organização da sociedade. Nesse ponto, é impossível não recordar os referenciais teóricos normativos da democracia participativa, segundo os quais a participação é, em si, um processo educativo, o qual se aprimora com a experiência.

Todos esses estudos têm em comum o fato de se utilizarem de indicadores/variáveis previamente definidas para a análise institucional dos conselhos de saúde, método que tem se mostrado deveras eficaz, tanto que já foi utilizado em trabalhos mais antigos, a exemplo de estudo realizado por Caniello e Filho (2004, p. 6-7) no Estado da Paraíba, no qual se concluiu que o componente estrutural dos conselhos é fator decisivo para que esses entes cumpram adequadamente seus objetivos institucionais. Essa é uma conclusão comum entre os vários estudos, a exemplo do que se verifica em Vieira e Calvo (2011, p. 2322).

Na seção seguinte, detalha-se a metodologia utilizada nesta presente pesquisa, a qual é inspirada integralmente nos trabalhos citados, com as adaptações tidas por necessárias aos fins aqui pretendidos. Desse modo, não foram utilizados, por exemplos, indicadores que buscassem aferir a efetividade do CMS ou o grau de participação dos conselheiros. Também não se adotou nenhuma variável destinada à análise do perfil social, econômico ou cultural dos conselheiros.

3 METODOLOGIA

O objeto da pesquisa encontra-se situado, topologicamente, no âmbito das Ciências Sociais Aplicadas, o que lhe confere relativa complexidade, haja vista a dinâmica com que se desenvolvem as relações pessoais no seio das sociedades políticas. Nessa perspectiva, o conhecimento acerca do objeto de pesquisa não pode ser devidamente apreendido apenas com suporte em métodos de pesquisa próprios das ciências naturais.

Atendo-se a essa realidade insofismável, adotou-se no presente trabalho uma abordagem essencialmente qualitativa, uma vez que na análise do perfil institucional do CMS, sob a forma de relatório técnico, não se pretende traçar parâmetros gerais para todos os conselhos de saúde – ainda que, indiretamente, seja possível utilizar os resultados da pesquisa para subsidiar outros estudos – e sim identificar virtudes e eventuais problemas que afetem o exercício de suas competências institucionais (MANSANO, 2014, p. 120; GODOY, 1995, p. 58).

A avaliação do CMS seguirá o modelo metodológico já adotado em trabalhos semelhantes, alguns dos quais referidos no item 2.3, por se considerar que a atribuição de valores numéricos às variáveis/indicadores avaliados além de não desnaturar o caráter qualitativo da pesquisa, permite, por meio da definição prévia de índices de desempenho, tornar objetiva uma avaliação que por sua própria natureza pode ser fortemente influenciada pela subjetividade do pesquisador.

Considerando, pois, os objetivos do trabalho, utiliza-se a metodologia de pesquisa explicativa, a qual se mostra mais adequada à análise de uma instituição com o fito de apontar suas virtudes e fraquezas para, ao final, tentar indicar as possíveis soluções para os problemas encontrados.

Nesse sentido, foram definidas quatro dimensões de análise – representatividade, organização, planejamento do SUS e autonomia – cada uma com indicadores específicos, inspirados ou retirados das diretrizes constantes da Resolução CNS nº 453/2012, formando a matriz disposta no Quadro 5.

A dimensão “representatividade” avalia os mecanismos de seleção de conselheiros, a distribuição dos cargos de direção, a existência e composição das comissões, especialmente no que se refere à observância da paridade. Analisar-se-á, outrossim, se são permitidas manifestações de outros atores nos processos deliberativos do CMS. Essa análise é importante

na medida em que os membros dos conselhos de saúde são selecionados e representam entidades, não havendo, em tese, representações individuais. Não é possível, desse modo, a existência de candidaturas avulsas ao cargo de conselheiro, o que representa importante fator de limitação aos ideais básicos das teorias democráticas pautadas pela deliberação e pela participação dos membros das comunidades afetadas pelas decisões políticas.

Assim, a eventual possibilidade de participação de diferentes atores sociais no processo deliberativo dos conselhos de saúde – e não apenas conselheiros –, constitui condição indispensável para aumentar a legitimidade de suas deliberações. Os indicadores dessa categoria encontram-se descritos no Quadro 1, possuindo todos o mesmo peso relativo no conjunto da dimensão, uma vez que não foi possível estabelecer qualquer ordem de precedência entre eles. Desse modo, apenas para fins de coerência metodológica, atribuiu-se a todos o peso 4.

Quadro 1 – Descrição dos indicadores de representatividade

Indicador	Descrição
Observa a paridade	A regra da paridade, prevista no art. 1º, § 4º, da Lei nº 8.142/90 insere-se no contexto da democratização do SUS, conferindo aos usuários um papel de destaque nas decisões que os afetam diretamente, na medida em que lhes são assegurados 50% dos assentos nos Conselhos de Saúde, número que, em teoria, é suficiente para barrar eventuais propostas que lhes sejam prejudiciais.
Composição paritária da mesa diretora	A mesa diretora dos Conselhos de Saúde é responsável pela gestão do órgão, possuindo importante papel na definição da pauta e condução dos trabalhos nas reuniões. Assegurar a paridade na composição do Conselho, sem garanti-la na direção da entidade, implicaria em esvaziar o conceito.
Segmento do Presidente	Os Conselhos de Saúde são formados por representantes dos usuários, servidores, trabalhadores da Saúde, Poder Público e prestadores de serviços. A inspiração democrática que levou à institucionalização dos conselhos de saúde recomenda que a presidência do órgão seja exercida pelos três seguimentos, em forma de rodízio.
Eleição do Presidente	O critério de eleição ou escolha Presidente do Conselho de Saúde é importante para fins de aferição de seu caráter democrático e seu grau de autonomia frente ao Poder Público. A Terceira Diretriz da Portaria CNS nº 453/2012 recomenda a eleição do presidente, entre os membros do Conselho, em reunião plenária, assegurando a participação de todos os conselheiros no processo de escolha.
Reuniões abertas	Os Conselhos de Saúde podem ser descritos como uma importante experiência material das ideias subjacentes às teorias da democracia participativa e deliberativa. Nesse contexto, a possibilidade de ampla participação da sociedade no processo

	deliberativo é medida que se impõe, estando prevista, inclusive, no inciso V, Quarta Diretriz, da Portaria CNS nº 453/2012.
Direito a voz	Consectário do item anterior, o direito a voz é inerente a todo processo deliberativo, na medida em que a fala é o veículo de expressão das ideias nas reuniões plenárias. O direito a voz, portanto, deve ser extensivo a toda a comunidade e não restrito aos conselheiros;
Participação de diferentes atores	Sendo os conselhos de saúde órgãos paritários, é importante assegurar que a paridade seja mantida não apenas sob o aspecto formal. Nesse sentido, é imperioso avaliar se existe sobrerrepresentação de algum dos seguimentos, seja direta ou indiretamente, conforme preconiza, aliás, os incisos VI e VII, Terceira Diretriz, da Portaria CNS nº 453/2012.
Eleição para coordenações/comissões	As comissões ou coordenações temáticas são instâncias internas dos Conselhos de Saúde responsáveis por acompanhar mais detidamente os diversos ciclos da política pública de saúde, emitindo pareceres e relatórios para análise dos demais conselheiros. A importância dessa função exige que seus integrantes sejam selecionados pelo voto dos demais conselheiros, a fim de se evitar direcionamentos que impeçam o livre desempenho de suas atribuições.

Fonte: autor/2016

A dimensão “organização” diz respeito à forma como são conduzidos os trabalhos no âmbito do CMS, notadamente quanto à dinâmica das reuniões ordinárias, haja vista ser este o espaço de deliberação por excelência. A forma como se define e se divulga a pauta de reuniões; os mecanismos de convocação dos conselheiros e a comunicação ao público das decisões e deliberações são cruciais para se permitir a efetiva participação dos conselheiros e da sociedade nas discussões dos problemas e no acompanhamento da execução da política pública de saúde. As capacitações foram incluídas nessa dimensão por ser a educação¹⁰ um dos pilares da democracia participativa. Os indicadores da dimensão estão descritos no Quadro 2, aos quais foram atribuídos pesos relativos, conforme consta do Quadro 6, tendo sido estabelecida a ordem de precedência de 1 a 4, utilizando-se como critério a importância do indicador para a tornar mais transparentes as ações do CMS.

Quadro 2 - Descrição dos indicadores de organização

Indicador	Descrição
Periodicidade das reuniões	Conforme orientação contida no inciso IV, Quarta Diretriz, da Portaria CNS nº 453/2012, “o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando

¹⁰ Não necessariamente a educação formal e sim a educação para a participação, capacitando os conselheiros para o desempenho eficaz de suas atribuições, suprimindo eventuais déficits

	necessário, e terá como base o seu Regimento Interno”. A periodicidade é essencial para que os conselheiros e a comunidade possam acompanhar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, apontando eventuais falhas e deliberando acerca das medidas a serem adotadas.
Ampla divulgação das reuniões	A fim de fomentar a participação da comunidade e atrair o maior número de pessoas às reuniões, torna-se necessária a adoção de medidas que permitam o amplo conhecimento das datas das reuniões ordinárias e extraordinárias do órgão, conforme preconiza o inciso XXIV, Quarta Diretriz, da Portaria CNS nº 453/2012
Entrega prévia de pauta	“A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias”, conforme indicação do inciso IV, Quarta Diretriz, da Portaria CNS nº 453/2012. Trata-se de período necessário à preparação do conselheiro para os eventuais debates a serem travados na plenária, seja para esclarecimento de pontos obscuros, seja para contestar o resultado de eventuais conclusões das comissões temáticas, etc.
Entrega prévia de material de apoio	“A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias”, conforme indicação do inciso IV, Quarta Diretriz, da Portaria CNS nº 453/2012. Trata-se de período necessário à preparação do conselheiro para os eventuais debates a serem travados na plenária, seja para esclarecimento de pontos obscuros, seja para contestar o resultado de eventuais conclusões das comissões temáticas, etc.
Aprovação rotineira da ata da reunião anterior	Trata-se de critério voltado à transparência e legitimidade das deliberações tomadas nas reuniões dos Conselhos de Saúde. Aprovação da ata da reunião anterior na reunião subsequente é importante na medida em que o decurso do tempo é implacável com a memória. Nesse contexto, uma demora excessiva na aprovação da ata de reunião pode contribuir para manipulações no resultado das deliberações.
Elaboração da pauta de reunião	A elaboração da pauta de reuniões é fundamental para se definir a forma de atuação do Conselho de Saúde. A concentração de tal atribuição na figura do Presidente ou da mesa diretora pode comprometer a autonomia e a eficiência do papel institucional dos Conselhos. Nesse sentido, o indicador avalia se há previsão regimental de legitimidade ampla para propor temas para debate.
Existência de atos deliberativos	Nos termos do inciso XII, Quarta Diretriz, da Portaria CNS nº 453/2012, “o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.
Divulgação das deliberações	O inciso XXIV, Quarta Diretriz, da Portaria CNS nº 453/2012 sugere que os Conselhos de Saúde devem “estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências

	do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos”.
Convocação da Conferência Municipal de Saúde	Os Conselhos de Saúde devem “estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde”, nos exatos termos do inciso XX, Quinta Diretriz, da Portaria CNS nº 453/2012
Capacitação 2014	A educação é fundamental nos processos participativo-deliberativos, atuando como fator de redução das assimetrias decorrentes da situação social, econômica e cultural dos diversos atores que atuam na arena política do Conselho de Saúde.
Capacitação 2015	

Fonte: autor/2016

A dimensão “sistema de planejamento do SUS” busca avaliar a atuação do CMS no processo de planejamento da política pública de saúde, em todas as suas fases, ou seja, desde a formulação das estratégias de atuação, passando pela definição da previsão de recursos orçamentários, até a implementação e controle de sua execução. Seus indicadores são descritos no Quadro 3, não sendo possível estabelecer uma ordem de precedência entre eles, adotando-se, assim, o mesmo critério utilizado para a dimensão “representatividade”.

Quadro 3 - Descrição dos indicadores de Planejamento do SUS

Indicador	Descrição
Participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde	O PMS é o principal instrumento de planejamento da política pública de saúde, explicitando os compromissos governamentais para o setor e refletindo as necessidades de saúde da população. Influencia todas as fases da política pública de saúde, razão pela qual deve ter a participação do Conselho de Saúde desde a fase de formulação até sua conclusão.
Apreciação do Plano Municipal de Saúde	O PMS deve ser apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde, em reunião plenária, ainda que não tenha havido participação do órgão em sua elaboração.
Apreciação do Plano Plurianual	O PMS deve observar o PPA, conforme disposto no art. 3º, § 2º, da Portaria MS nº 2.135/2013. Nesse contexto, considerando que o PPA é um instrumento de planejamento global, deve o Conselho de Saúde, em sua área de atribuições, apreciar as disposições concernentes

	à política de saúde, a fim de exercer sua função legal de controle e fiscalização.
Apreciação do Relatório Anual de Gestão	O Relatório Anual de Gestão é instrumento “que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde”, devendo ser enviado ao Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira. – art. 3º, <i>caput</i> e § 3º, da Portaria MS nº 2.135/2013 e art. 36, § 3º, da LC nº 141/2012.
Apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias	A LDO compreende metas e prioridades da administração e orienta a elaboração da LOA, incluindo os projetos e ações na área de saúde, razão pela a participação do Conselho é medida que se impõe pelo art. 36, § 2º, da LC nº 141/2012, tendo como instrumento a PAS.
Fiscalização da execução da política pública de saúde	Função precípua dos Conselhos de Saúde é realizar a fiscalização e o controle da execução da política pública de saúde, utilizando como parâmetros os instrumentos de gestão – Plano de Saúde, LDO, PPA, PAS e LOA. A atuação prévia ou concomitante à execução dos programas, projetos ou ações permitem que o conselho possa antecipar eventuais problemas e apontar soluções que minimizem eventuais danos, talvez irreversíveis se somente forem detectados, <i>a posteriori</i> , no processo de fiscalização.

Fonte: autor/2016

A dimensão “autonomia” procura identificar o grau de dependência entre o CMS e a SMS, encarregada, por lei, de prover a estrutura administrativa necessária ao funcionamento da instituição. A existência de uma estrutura própria, condizente com as funções dos conselhos de saúde, é fundamental para o bom desempenho de suas atribuições institucionais, notadamente em razão de ser voluntária a função de conselheiro, o que impede os membros da instituição de devotarem tempo integral às respectivas atribuições. Logo, a precarização das estruturas de suporte e apoio aos trabalhos dos conselhos pode ser utilizada pelos gestores da saúde como mecanismo de contenção de sua atividade, algo que foi constatado em alguns estudos, a exemplo de Moreira e Escorel (2009, p. 799).

Aos indicadores de autonomia foram atribuídos diferentes pesos – vide Quadro 6 – na medida em que é possível constatar alguma precedência entre eles. A título de exemplo, nos dias atuais, a existência de linha telefônica própria já não é tão importante quanto o acesso à internet, uma vez que a comunicação via telefone celular se tornou mais popular.

Quadro 4 - Descrição dos indicadores de Autonomia

Indicadores	Descrição
Independência do mandato em relação ao Poder Executivo	Para fins de assegurar a autonomia do Conselho de Saúde uma das medidas necessária é assegurar que o mandato da mesa diretora não coincida com o mandato do Chefe do Poder Executivo.
Existência de Regimento interno	A existência de regimento interno assegura que ações do Conselho de Saúde serão pautadas com base no princípio da legalidade e da impessoalidade, evitando direcionamentos que possam comprometer a efetividade e eficiência da atuação do órgão.
Existência de comissões permanentes	As comissões permanentes exercem importante papel na estrutura interna dos Conselhos de Saúde em razão da especialização da atuação em áreas específicas de controle e planejamento do SUS. Seus relatórios e pareceres são essenciais para facilitar a compreensão dos temas pelos demais conselheiros, tornando-os aptos a deliberar com maior profundidade acerca dos temas levados às reuniões.
Apreciação, pelo Poder Executivo, de atos deliberativos do Conselho	A deliberações do Conselho de Saúde devem ser homologadas pelo Chefe do Poder Executivo, conforme estabelece o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142/90, “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 (inciso XII, Quarta Diretriz, Portaria CNS nº 453/2012).
Sede	Possuir sede própria garante segurança ao Conselho de Saúde, que não corre o risco de ter suas atividades suspensas em razão de possíveis retaliações do gestor, requisitando o local onde se localizada a entidade, mudando constante a sede ou disponibilizando prédios precários, mal localizados, etc, interferindo na condução regular dos trabalhos do órgão.
Linha telefônica	Dispensa maiores elucubrações, na medida em que se insere no âmbito dos instrumentos necessários a facilitar a comunicação entre o conselho, seus membros e a sociedade.
Equipamentos de informática	Computar, impressora e demais periféricos são indispensáveis à desempenho de qualquer órgão de natureza pública nos dias atuais. A ausência de tais equipamentos tornaria o Conselho de Saúde refém do

	gestor da saúde, sendo incompatível com sua autonomia funcional e administrativa.
Acesso à internet	O acesso à internet própria também se mostra fundamental para assegurar a autonomia do Conselho, permitindo o ingressar nas mais variadas fontes de informação e agilidade da comunicação entre o órgão, conselheiros e comunidade. Diversas ações podem ser desenvolvidas pelo Conselho utilizando-se a internet, a exemplo de programas de capacitação de conselheiros <i>on line</i> , via teleconferências em plataformas digitais.
Equipe de apoio	Para o desempenho de suas atividades cotidianas, o Conselho de Saúde necessita de servidores que auxiliem o trabalho da mesa diretora, especialmente porque a função de conselheiro não é remunerada, impedindo que seus membros se dediquem exclusivamente ao órgão.
Orçamento	Possuir orçamento próprio é consectário lógico da autonomia assegurada aos Conselhos de Saúde. A liberdade de executá-lo se insere nesse contexto, conforme preconiza a Quarta Diretriz da Resolução nº 453/2012
Meios de transporte	As atribuições do Conselho de Saúde exigem constante locomoção de seus membros, seja para a realização de fiscalizações, seja para participação em reuniões, audiências, etc. Dependendo do Gestor da Saúde para realizar tais deslocamentos limita consideravelmente a autonomia da entidade, que corre o risco de não poder realizar determinadas atividades que contrariem os interesses do Poder Executivo, com a simples negativa de acesso aos meios de transporte do município.
Secretaria Executiva	Conforme orienta o inciso II, Quarta Diretriz, da Resolução nº 453/2012 a “o Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão”.

Fonte: autor/2016

O critério de avaliação será simples e objetivo: os indicadores serão pontuados com os escores “0” ou “1”, sendo “0” utilizado na hipótese em que o indicador não estiver sendo observado pelo CMS e “1” na hipótese contrária. O índice de desempenho (α_{cat}) de cada categoria será obtido pela média ponderada dos escores de cada um dos respectivos indicadores, obedecendo à seguinte fórmula:

$$\alpha_{cat} = \frac{(i1.p)+(i2.p)+\dots+(in.p)}{\sum p}$$

onde: "α" é o índice de desempenho; "in" o indicador avaliado, "ni" o número de indicadores avaliados, "p" é o peso e "∑ p" é a somatória dos pesos.

Será obtido, outrossim, o índice de avaliação geral do CMS de acordo com a seguinte fórmula:

$$\alpha_{CMA} = \frac{\alpha_{cat1} + \alpha_{cat2} + \dots + \alpha_{catn}}{ncat}$$

onde: "αCMA" é o índice de avaliação geral do Conselho; "αcat" o índice de cada categoria individualmente considerada "ncat" o número de categorias avaliadas.

O desempenho geral e por categoria levará em consideração as correlações descritas no quadro 5.

Quadro 5 – Índices de Desempenho do CMS

Índice	Avaliação
0,76 a 1,00	Excelente
0,51 a 0,75	Bom
0,26 a 0,50	Ruim
0,00 a 0,25	Péssimo

Fonte: autor/2016

Importa destacar que a pesquisa não tem o objetivo de analisar as relações interpessoais e de poder estabelecidas no âmbito do CMS, nem se propõe a avaliar o comportamento dos conselheiros quanto a seu papel institucional. A análise se limita ao desenho institucional do órgão e seus reflexos sobre o desempenho de suas atribuições. Não foram realizadas, portanto, pesquisas envolvendo diretamente os membros da instituição. A observação realizada nas

reuniões limitou-se a aspectos relacionados à sua dinâmica e não ao comportamento individual e às qualificações pessoais de seus participantes.

Para a consecução dos objetivos propostos foram adotados procedimentos de análise documental, observação não participante de reuniões ordinárias e extraordinárias – 25/03/2016 (extraordinária) e 14/04/2016 –, e pesquisa bibliográfica. Como parte da pesquisa documental foram analisados o regimento interno do CMS; as informações constantes do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS e legislação correlata.

A pesquisa foi realizada durante a fase de transição entre gestões do CMS, haja vista a eleição da nova Mesa Diretora, ocorrida por ocasião da X Conferência Municipal de Saúde, realizada no período de 09 a 10/07/2015. Desse modo, é importante ressaltar que os dados analisados e as respectivas conclusões acerca do perfil institucional do conselho adotam o recorte temporal compreendido entre os anos de 2014/2015, sem prejuízo de eventuais análises decorrentes de observações realizadas no ano primeiro semestre de 2016.

As conclusões do trabalho foram parcialmente prejudicadas em razão da ausência física de documentos que poderiam melhorar a análise de alguns indicadores, a exemplo das atas de reunião dos anos de 2014/2015, das resoluções emitidas pelo CMS, no período, e dos relatórios emitidos pelas diversas comissões. Tais documentos não foram disponibilizados para a pesquisa uma vez que a atual gestão afirmou que não os localizou nos arquivos do conselho, seja em meio físico ou digital. Essa informação pode ser corroborada pela reunião extraordinária do dia 25/03/2016, a qual foi convocada exatamente para aprovação de atos do Poder Executivo que já haviam sido apreciados pelo CMS, no ano de 2015, mas que não possuíam qualquer registro documental.

Quadro 6 – Matriz de indicadores

Dimensão/Perspectiva	Indicador	Critério de avaliação/Descritor
	R1 – Observa a paridade	Avaliar se o Conselho observa o percentual de 50% de representantes dos usuários em sua composição, conforme preconiza o art. 1º, § 4º, da Lei nº 8.142/90 e o inciso I, Terceira Diretriz, da Portaria CNS nº 453/2012.
	R2 – Composição paritária da mesa diretora	Avaliar se a mesa diretora é composta por 50% de representantes dos usuários, nos termos do inciso VII, Quarta Diretriz, da Portaria CNS nº 453/2012.

Representatividade (todos os indicadores dessa dimensão possuem o mesmo peso)	R3 – Segmento do Presidente	Avaliar se o Secretário de Saúde pode ser candidato à Presidência do Conselho.
	R4 – Eleição do Presidente	Avaliar se a eleição do Presidente é direta.
	R5 – Reuniões abertas	Verificar se as reuniões do Conselho são abertas à população.
	R6 – Direito a voz	Verificar se o direito de voz é assegurado tanto aos conselheiros quanto à comunidade.
	R7 - Participação de diferentes atores	Verificar se existe sobre-representação dos segmentos Poder Público, Prestadores de Serviço e Trabalhadores.
	R8 – Eleição para coordenações/comissões	Verificar se a composição das comissões se faz por meio de indicação ou eleição, respeitando a paridade.
Organização Interna (indicadores com pesos diferentes)	O1 – Periodicidade das reuniões	Verificar se as reuniões ordinárias são realizadas, no mínimo, mensalmente. A esse critério atribui-se peso 4.
	O2 – Ampla divulgação das reuniões	Verificar se as datas de realização das reuniões são divulgadas em canais que facilitem o acesso da população. A esse critério atribui-se peso 4.
	O3 – Entrega prévia de pauta	Verificar se a pauta de reunião é divulgada com antecedência de 10 dias. A esse critério atribui-se peso 3
	O4 – Entrega prévia de material de apoio	Verificar se os conselheiros recebem antecipadamente informações detalhadas acerca dos temas tratados nas reuniões. A esse critério atribui-se peso 4.
	O5 – Aprovação rotineira da ata da reunião anterior	Verificar se as atas são aprovadas, regulamente, na reunião subsequente. A esse critério atribui-se peso 4.
	O6 – Elaboração da pauta de reunião	Verificar se a elaboração da pauta de reunião e compartilhada ou compete apenas à mesa diretora/presidente. A esse critério atribui-se peso 1.
	O7 – Existência de atos deliberativos	Verificar se o conselho emitiu atos deliberativos nos anos de 2014 e 2015. A esse critério atribui-se peso 4.
	O8 – Divulgação das deliberações	Verificar se as deliberações do conselho são amplamente divulgadas, além da

		publicação no Diário Oficial. A esse critério atribui-se peso 4
	O9 – Convocação da Conferência Municipal de Saúde	Verificar se o Conselho disciplina e participa ativamente da convocação para Conferência Municipal de Saúde. A esse critério atribui-se peso 4.
	O10 – Capacitação 2014	Verificar se foram realizados cursos de capacitação, palestras, etc, visando a qualificação dos conselheiros. A esse critério atribui-se peso 2.
	O11 – Capacitação 2015	Verificar se foram realizados cursos de capacitação, palestras, etc, visando a capacitação dos conselheiros. A esse critério atribui-se peso 2
Planejamento do SUS (todos os indicadores dessa dimensão possuem o mesmo peso)	S1 – Participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde	Verificar se o Conselho participou das discussões para a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-2017.
	S2 – Apreciação do Plano Municipal de Saúde	Verificar se o Conselho aprovou o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 em comissões ou plenárias, com prévia deliberação acerca de suas diretrizes
	S3 – Apreciação do Plano Plurianual	Verificar se o Conselho participou da elaboração do PPA 2014-2017, apresentando sugestões ou críticas ao projeto, em sua área de atuação.
	S4 – Apreciação do Relatório Anual de Gestão	Verificar se o Conselho aprecia, regularmente, o Relatório Anual de Gestão dos Recursos da Saúde.
	S5 – Apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias	Verificar se o Conselho participa da definição das diretrizes orçamentárias para a área saúde.
	S6 – Fiscalização da execução da política pública de saúde	Verificar se o Conselho realiza fiscalização da execução da política de saúde do Município, de acordo com as definições contidas no Plano de Saúde, na LDO e no PPA.
		A1 – Independência do mandato em relação ao Poder Executivo
	A2 – Existência de Regimento interno	Verificar se o Conselho possui regimento interno. A esse critério atribui-se peso 4.

Autonomia (indicadores com pesos diferentes)	A3 – Existência de comissões permanentes	Verificar se o Conselho possui comissões temáticas permanentes. A esse critério atribui-se peso 4.
	A4 – Apreciação, pelo Poder Executivo, de atos deliberativos do Conselho	Verificar se o Poder Executivo tem apreciado os atos deliberativos do Conselho, tornando-os obrigatórios, em até 30 dias. A esse critério atribui-se peso 4.
	A5 – Sede	Verificar se o Conselho funciona em imóvel próprio. A esse critério atribui-se peso 4.
	A6 – Linha telefônica	Verificar se o Conselho é dotado de linha telefônica própria. A esse critério atribui-se peso 2.
	A7 – Equipamentos de informática	Verificar se o Conselho possui equipamentos de informática – computador, impressora, etc. A esse critério atribui-se peso 3.
	A8 – Acesso à internet	Verificar se o Conselho possui acesso próprio à internet. A esse critério atribui-se peso 4.
	A9 – Equipe de apoio	Verificar se o Conselho possui equipe de apoio própria. A esse critério atribui-se peso 3.
	A10 – Orçamento	Verificar se o Conselho possui e executa seu próprio orçamento. A esse critério atribui-se peso 4.
	A11 – Meios de transporte	Verificar se o Conselho possui veículo próprio. A esse critério atribui-se peso 2
	A12 – Secretaria Executiva	Verificar se o Conselho possui servidor efetivo designado para função de Secretário Executivo. A esse critério atribui-se peso 4.

Fonte: autor/2016

Os dados que amparam a pesquisa são de domínio público e podem, em sua maioria, ser encontrados no RI do CMS, no SIACS, cujo acesso é público no endereço eletrônico http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html. Também são de domínio público as leis complementares e de ordem municipal e federal, bem além das resoluções do CNS e portarias do MS.

3.1 Diagnóstico Organizacional

3.1.1 Organização do SUS no Município de Aracaju

O Município de Aracaju é Gestor Pleno do SUS¹¹, possuindo, de acordo com o Relatório Final da X Conferência Municipal de Saúde de Aracaju (CMS, 2015, p. 4)

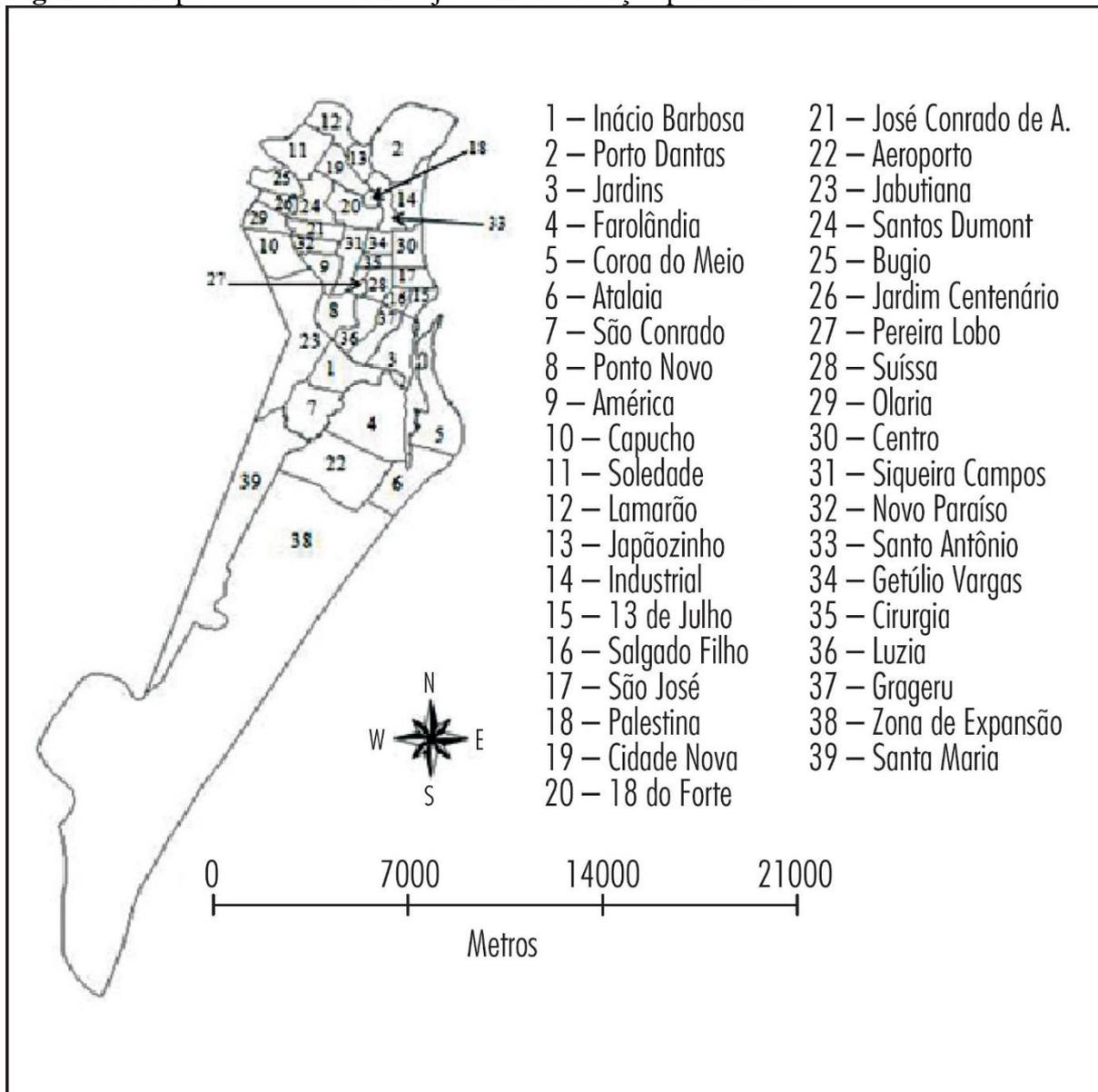
[...] 08 regiões de saúde e conta com 43 Unidades básicas de saúde, 01 Centro Especializado de Reabilitação (CER II), 02 centros de especialidades médicas (CEMAR Augusto Franco e Siqueira Campos), 01 serviço de especialidade médica infantil (CEMCA), 01 centro de Referência de saúde do trabalhador (CEREST), 06 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), 04 Residências Terapêuticas, 01 centro de controle de zoonoses (CCZ), 02 Hospitais de pequeno porte (Fernando Franco e Nestor Piva) e 09 Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Para garantir a integralidade da atenção ao usuário, o município dispõe ainda de uma ampla rede contratada e/ou conveniada ofertando serviços de me dia e alta complexidade, além de garantir a assistência hospitalar.

A área do Município é de aproximadamente 182 km², com uma população aproximada de 615 mil habitantes, conforme Resolução nº 10 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 28 de agosto de 2013 e densidade demográfica de 3.140,65 hab/Km². (CMS, 2015, p. 4)

A Figura 1 demonstra a distribuição espacial dos bairros e regiões de saúde, respectivamente.

¹¹ Os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde são responsáveis pela organização, manutenção e controle de todas as ações de saúde realizadas em seu território, inclusive vigilância sanitária e epidemiológica, de acordo os itens 15.1 e 15.2 da NOB SUS 1996, combinado com o disposto no item 53.1 da NOAS SUS 1/2002.

Figura 1 - Mapa da cidade de Aracaju com distribuição por bairros



Fonte: INAGAKI et al. (2014)

3.1.2 Representatividade

O Conselho Municipal de Saúde de Aracaju foi instituído pela LCM nº 13, de 30 de novembro de 1993. Sua composição original contava com 22 (vinte e dois) conselheiros, sendo 11 (onze) os representantes de entidades de usuários, o que assegurava o respeito à paridade. O número de total de conselheiros foi-se ampliando ao longo do tempo, conforme retrata o Quadro 7, sempre mantendo a paridade legalmente exigida e reforçada pelas Resoluções CNS nº 33/1992, nº 333/2003 e 453/2012.

Quadro 7 – Número de componentes do CMS

Ano	Quantidade	Paridade
1993	22	Sim
2002	32	Sim
2007	40	Sim

Fonte: LCM nº 13/1993, nº 52/2002 e nº 73/2007

O CMS é regido, atualmente, pela LCM nº 52, de 14 de janeiro de 2002, alterada pelas LCM nº 73, de 28 de dezembro de 2007 e LCM nº 149, de 30 de junho de 2015, estando os representantes de cada seguimento distribuídos conforme o quadro 8.

Quadro 8 – Distribuição dos membros titulares do CMS por categoria

Usuários	Trabalhadores da Saúde	Poder Público e Prestadores
02 Representantes de Central de Trabalhadores		
03 Representantes de Entidades de Movimento Populares – CMP		
04 Representantes de Federações das Entidades Comunitárias Legalmente Constituídas		06 Representantes do Gestor do Sistema de Saúde
01 Representante da Pastoral da Saúde	10 representantes	04 Representantes dos prestadores públicos e privados dos serviços de saúde
01 Representante dos Portadores de doenças crônico-degenerativas		

01 Representante dos Portadores de Necessidades Especiais		
08 Representantes das Regiões de Saúde		

Fonte: LCM nº 73/2007

Nada obstante a expressa definição legal acerca das entidades com assento no CMS, verifica-se que a versão atual de seu Regimento Interno apresenta uma ligeira discrepância quanto às entidades e o respectivo número de representantes do segmento dos usuários, contrariando o disposto no art. 3º da LCM nº 52/2002, alterado pelo art. 1º da LCM Nº 73/2007. Em verdade, o regimento interno inova ao incluir entre as entidades representativas dos usuários “ONG’s ligadas à área da saúde”; ao excluir os representantes de Centrais de Trabalhadores; ao substituir a representação da Pastoral da Saúde por “representante de entidades religiosas”; ao incluir na representação dos “portadores de doenças crônicas degenerativas” representantes de grupos vulneráveis e ao retirar uma vaga da representação das federações das Entidades Comunitárias e incluir representantes de “movimentos sem-teto”. O quadro 9 detalha as divergências entre a lei e o regimento interno do CMS.

Buscar a ampliação da representatividade no âmbito do CMS é uma importante medida para o fortalecimento dos ideais democráticos que inspiraram sua instituição. A prática disseminada de se definir previamente quais entidades podem indicar representantes para os conselhos de saúde atua como forte limitador à ampla participação social, privilegiando as entidades mais organizadas, com o risco de interferência na própria legitimidade das decisões do conselho de Saúde (LUCAS *et al.*, 2012, p. 7).

Quando a lei expressamente limita os grupos sociais que podem participar do conselho há um engessamento ainda maior, sem a garantia de que tais grupos atendem ao disposto no inciso III, Terceira Diretriz, da Resolução CNS nº 453/201212, que sugere a observância dos critérios de representatividade, abrangência e complementariedade “do conjunto da sociedade” na composição do conselho.

Nesse sentido, a substituição de entidade representante da “Pastoral da Saúde” por entidade representativa de “grupos religiosos”, por exemplo, constitui significação alteração na representatividade do CMS. Isso porque, sendo a Pastoral da Saúde entidade vinculada à Igreja

¹² A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementariedade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde.

Católica, além de limitar o número de eventuais interessados em participar do CMS, implica em uma incompreensível ascendência de um determinado grupo religioso sobre os demais. Essa simples alteração além de ampliar a representatividade do segmento, atende aos critérios de abrangência e complementaridade ao reconhecer o pluralismo religioso existente na sociedade.

Ocorre, entretanto, que mesmo sendo possível vislumbrar virtudes nas alterações do regimento interno que ampliam a representatividade, não se pode olvidar que a norma interna possui estatura inferior à da lei complementar municipal, a qual instituiu e regulamentou o CMS. Desse modo, ainda que o plenário do CMS tenha reconhecido a necessidade das alterações, excluindo entidades, incluindo novos grupos sociais e/ou alterando o quantitativo de algumas representações, sua implementação somente seria legalmente viável após a alteração da Lei Complementar nº 52/2002, sob pena de questionamentos acerca da própria validade das deliberações realizadas com base em uma composição ilegal.

Quadro 9 – Representantes dos usuários. Comparativo LCM 73/2007 x Regimento Interno

LCM ° 73/2007	Regimento Interno
02 Representantes de Central de Trabalhadores	02 Representantes de ONGs na área de Saúde
03 Representantes de Entidades de Movimentos Populares – CMP	03 Representantes dos Movimentos Populares – CMP
04 Representantes de Federações das Entidades Comunitárias Legalmente Constituídas	03 Representantes da CONAN/BR
	01 Representante do movimento dos sem teto
01 Representante dos Portadores de doenças crônico-degenerativas	01 Representante de entidade de pessoas com doenças crônicas degenerativas e vulneráveis
01 Representante dos Portadores de Necessidades Especiais	01 Representante de entidade de pessoas com deficiência e/ou transtorno mental
08 Representantes das Regiões de Saúde	08 Representantes das Regiões de Saúde
01 Representante da Pastoral da Saúde	01 Representante de entidades Religiosas

Fonte: autor/2016

O regimento interno dispõe que os conselheiros são eleitos para um mandato de 4 (quatro) anos, não coincidente com a eleição do Chefe do Executivo Municipal, não havendo regra reguladora da possibilidade ou não de reeleição. Quanto ao prazo do mandato dos conselheiros, constata-se, novamente, que a norma interna não está em sintonia com LCM

52/2002, que em seu art. 3º, § 4, estatui que o mandato será de 2 (dois) anos, não havendo, outrossim, regra que impeça expressamente a reeleição.

O Presidente do CMS é eleito entre seus pares, não havendo, no regimento interno qualquer regra que limite as candidaturas, exceto a exigência de que as chapas que concorrerem à mesa diretora observem a paridade entre os seguimentos representativos. Apesar de inexistir regra que contemple o rodízio na ocupação da presidência, um acordo extraoficial entre os representantes tem permitido a ocupação da presidência por todos segmentos. A efetividade desse arranjo depende, obviamente, da relação harmônica entre os diversos agentes e interesses em disputa no âmbito no CMS, notadamente em razão da superioridade numérica dos representantes dos usuários.¹³ De qualquer modo, a exigência regimental de paridade na composição da mesa diretora acaba inibindo eventuais manobras dos usuários para se perpetuarem no comando da instituição, na medida em que somente poderiam indicar o presidente, em todos os pleitos, se houvesse a concordância dos demais segmentos.

Uma falha nesse sistema é a possibilidade de o Secretário de Saúde vir a se tornar presidente da instituição. Apesar de não haver qualquer norma expressa na legislação acerca dessa vedação, é imperioso lembrar que o CMS atua como órgão de fiscalização e controle da política pública de saúde, cuja implementação é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Nesse contexto, apesar de não ser possível afirmar, *a priori*, que a eleição do Secretário de Saúde possa comprometer a autonomia e isenção do conselho, é inegável que suas decisões passam a ser analisadas com maior desconfiança, o que pode comprometer sua credibilidade institucional, situação gravíssima para um órgão que ainda não se afirmou perante a comunidade em geral e cuja importância é reconhecida apenas entre os segmentos voltados à defesa do SUS.

As reuniões do CMS são abertas à comunidade, que delas participa na condição de “observador”, possuindo direito a voz em todos os temas discutidos. O direito a voz e voto é exclusivo dos conselheiros titulares ou, em sua ausência, dos suplentes, mas a possibilidade de participação da comunidade nas discussões reforça o caráter democrático-participativo do

¹³ A regra regimental que exige a composição de chapas com representantes de todos os segmentos funciona como uma espécie de barreira a possíveis dissidências entre os usuários, conforme ocorrido na última eleição para a mesa diretora: segundo o acordo, a presidência rotativa caberia ao seguimento dos empregados da saúde. Contudo, um grupo de usuários quis romper o ciclo o que, em tese, seria facilmente obtido pelo critério numérico. A obrigatoriedade de formar uma chapa paritária frustrou os planos dos insurgentes, que não conseguiram o apoio de representantes de outros seguimentos.

conselho, aumentando a legitimidade de suas deliberações, uma vez que a ampla participação contribui para aprimorar o processo de tomada de decisões, especialmente por poder trazer ao debate a posição de pessoas não vinculadas aos interesses de nenhuma das entidades representadas na instituição.

Verifica-se que o regimento interno do CMS não contempla nenhum mecanismo formal destinado a prevenir a sobre-representação¹⁴ entre os segmentos, conforme recomendação constante dos incisos VI e VII, Terceira Diretriz, da Resolução CNS nº 453/2012¹⁵. Constatou-se que o controle desse importante indicador de representatividade é realizado de forma bastante rudimentar e com base em informações eventuais obtidas acerca das atividades desenvolvidas pelo candidato a conselheiro.

Trata-se de um modelo obviamente falho tanto em razão da informalidade quanto, no que se refere especificamente à relação dos conselheiros com a gestão do sistema, por considerar apenas os vínculos existentes com a SMS para fins de configuração da sobre-representação do Poder Público, o que pode levar a manipulações da representação dos usuários, seja por cooptação, oferecendo-se ao conselheiro desse segmento cargos ou funções de confiança em outras Secretarias Municipais; seja no próprio processo eleitoral, com a candidatura de servidores municipais de áreas não vinculadas diretamente à SMS, mas com inegável submissão ao Poder Público.

Uma possível solução para o problema seria a definição de regras claras, preferencialmente no regimento interno, acerca da vedação à sobre-representação, impedindo-se qualquer servidor público ocupante de cargos ou funções de confiança no Município de concorrer às vagas destinadas aos segmentos dos usuários e/ou trabalhadores.

De qualquer modo, sob o ponto de vista meramente formal, a prática adotada no CMS está em sintonia com as orientações contidas na Resolução CNS nº 453/2012. Há que ressaltar, entretanto, que a norma não veda a ampliação do rol de proibições, especialmente quando

¹⁴ A sobre-representação consiste na eleição de membros do conselho em um determinado segmento, mas com interesses precipuamente vinculados a outro setor, a exemplo de um representante do usuário que possui vínculos com a Administração Municipal.

¹⁵ VI - A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as).
VII - A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a).

fundamentadas na necessidade de se assegurar a legitimidade das deliberações do conselho, as quais passam pela garantia da paridade efetiva e não apenas formal.

A Lei Complementar nº 149/2015, que alterou os art. 3º, § 1º, da Lei Complementar nº 52/2002 determina que, à exceção dos conselheiros indicados pelo Poder Público, os representantes indicados pelas entidades devem ser eleitos em assembleia de delegados, a ser realizada no prazo de 30 (trinta) dias após a Conferência Municipal de Saúde.

Na prática, as diversas entidades vinculadas a uma das categorias definidas em lei indica, por critérios próprios, um conselheiro titular com o respectivo suplente. Na hipótese de as indicações ultrapassarem os quantitativos estipulados para cada categoria, cabe às respectivas entidades chegarem a um consenso acerca de quais serão os conselheiros efetivamente indicados. Não havendo acordo, a seleção se faz conforme regras previamente estabelecidas pela comissão eleitoral.

Não foi objeto do presente estudo a avaliação dos critérios adotados em cada entidade para a escolha de seus representantes, o que poderia indicar o grau de legitimidade dos conselheiros perante a respectiva comunidade. Observa-se, entretanto, que o CMS não possui qualquer ingerência nas escolhas, facultando, inclusive, a livre substituição de conselheiros pelas entidades.

Mesmo com as discrepâncias entre o Regimento Interno do CMS e a legislação de regência, a dimensão representatividade atendeu a todos os critérios de avaliação previamente definidos, obtendo o conceito “excelente”. O resultado aponta para a necessidade de alteração da metodologia ou dos indicadores a serem avaliados, em futuras pesquisas. Com efeito, podem ser exploradas outras vertentes relacionadas a essa dimensão, a exemplo dos mecanismos internos adotados por cada entidade, na seleção de seus representantes. A análise do perfil sócio-econômico-cultural dos conselheiros também pode render bons estudos, especialmente no que se refere à influência da experiência dos conselheiros na atuação institucional do CMS, especialmente para verificar se eventuais *déficits* na educação formal são compensados pela experiência participativa.

3.1.3 Organização

O CMS realiza reuniões ordinárias mensais, com calendário anual previamente definido. Conforme dispõe o regimento interno, as convocações para reuniões devem ocorrer com antecedência mínima de 7 (sete) dias, o que contraria as diretrizes da Resolução CNS nº 453/2012/16. A pauta é elaborada pela mesa diretora, podendo os conselheiros apresentar sugestões de temas com até 10 (dias) de antecedência. Não existe no regimento interno mecanismo que permita ao conselheiro questionar a não inclusão de determinado tema na pauta de reuniões, situação que permite uma excessiva concentração de poder na mesa diretora e no Presidente do CMS, incompatível com os ideais democráticos que orientaram a idealização dos conselhos de saúde.

As pautas são enviadas previamente; contudo, apesar da previsão regimental de entrega antecipada de material de apoio aos conselheiros – pareceres, relatórios, etc –, não se verificou tal prática, ao menos em relação às reuniões realizadas em 11/03/2016 e 14/04/2016. Relembre-se, contudo, que o recorte temporal da presente pesquisa se limita aos anos de 2014/2015, não tendo sido possível a análise das pautas de reunião do respectivo período, por não terem sido encontradas no CMS. Apesar da falha metodológica, tomou-se a rotina das reuniões acima referidas como padrão, reconhecendo-se, entretanto, a necessidade de se refazer a análise do respectivo indicador, em outro momento histórico.

As deliberações do CMS são convertidas em resoluções, encaminhadas ao Chefe do Poder Executivo, para aprovação. Na página destinada ao CMS no site do Município de Aracaju há indicação de que foram aprovadas ao menos 16 (dezesesseis) resoluções em 2014, havendo menção a apenas 4 (quatro), em 2015, o que provavelmente não corresponde à realidade. Tais documentos, entretanto, não foram localizados pela atual Mesa Diretora do CMS, até o fechamento da pesquisa, impedindo tanto a análise de seu conteúdo quanto a comprovação de

¹⁶ Quarta Diretriz: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

[...]

IV - 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. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

sua existência, razão pela qual considerou-se que o critério não foi preenchido, no período avaliado.

Tanto as reuniões quanto os atos deliberativos não são amplamente divulgados, apesar de terem sido encontradas algumas referências na área destinada ao CMS, na página do Município de Aracaju¹⁷, a exemplo de algumas resoluções e ofícios circulares convocando os conselheiros para reuniões. Observa-se, contudo, que as informações contidas na página não estão organizadas de modo sistemático e amigável. Muitos ofícios, resoluções e outras informações apesar de conterem *links* de acesso, não estavam disponíveis para consulta até a conclusão deste trabalho.

A importância do CMS e seu papel de mediador entre os interesses da população e o gestor do SUS é incompatível com o modelo de comunicação social atualmente adotado. A página do CMS necessita de uma urgente reformulação, a fim de tornar as ações do conselho mais acessíveis e transparentes, permitindo não só a divulgação de seus atos, mas, outrossim, a fiscalização da atuação pela sociedade.

Problema também grave é a ausência de cursos de capacitação para o exercício da função de conselheiro. Conforme informações lançadas no SIACS pelo próprio conselho, a ausência de cursos de capacitação decorre da “falta de disposição da gestão”, o que se mostra ainda mais grave, visto que, possuindo orçamento próprio, deveria o conselho contemplar a previsão de cursos de capacitação, sem qualquer dependência do Poder Público. Sendo a educação um dos pilares teóricos da democracia participativa (PATEMAN, 1992., p. 60-61), a capacitação destinada a qualificar a participação é essencial para que os conselheiros possam reduzir eventuais déficits educacionais e/ou técnicos em relação a seus pares e ao Poder Público, tornando-os aptos à compreensão e a vocalização de suas opiniões.

A importância do tema é reconhecida pelo próprio conselho, que instituiu em seu regimento interno a Comissão de Controle Social e Educação Permanente em Saúde, que tem entre seus objetivos “acompanhar o desenvolvimento das ações de manutenção, consolidação, ampliação e capacitação dos Conselhos/conselheiros locais e dos profissionais da saúde”.

Considerando as observações expostas, a dimensão organização obteve o índice de 0,55 (zero vírgula cinquenta e cinco) por não promover a ampla divulgação das reuniões, não

¹⁷ http://www.aracaju.se.gov.br/saude/?act=fixo&materia=conselho_municipal

entregar, prévia e regularmente, material de apoio para os conselheiros; não prever, expressamente, a possibilidade de questionamento da pauta por parte dos conselheiros; não divulgar amplamente suas deliberações e não ter promovido eventos para capacitação de conselheiros nos anos de 2014 e 2015. É possível verificar, no entanto, que se trata de problemas de fácil resolução, uma vez que dependem, basicamente, de alterações na forma de gestão do CMS.

3.1.4 Sistema de Planejamento do SUS

A pesquisa demonstrou que o CMS não tem participado ativamente dos processos de elaboração das políticas públicas de saúde. No sistema de planejamento do SUS, sua atuação tem sido restrita às ações de fiscalização da execução orçamentário-financeira, por meio da respectiva comissão temática. Observou-se, entretanto, que essa fiscalização não tem sido realizada com a profundidade necessária, haja vista as limitações técnicas e de recursos humanos do CMS. Por mais diligentes que sejam os membros da Comissão do Fundo Municipal de Saúde, encarregada de avaliar a execução orçamentário-financeira dos recursos do SUS, em âmbito municipal, torna-se impossível uma análise minuciosa da documentação submetida à análise pelos gestores do SUS.

Isso ficou evidente na reunião extraordinária ocorrida em 23/03/2016, cujo objetivo foi a aprovação dos Relatórios de Gestão de 2015 – quadrimestral e anual – e a programação anual de saúde - PAS de 2015 e 2016, na qual se percebeu uma grande preocupação com as possíveis sanções ao gestor municipal, por força do no art. 36, § 1º, da Lei Complementar nº 141/201218. Durante as deliberações, pode-se verificar que não houve qualquer envio prévio de material aos conselheiros, apelando-se à sua “sensibilidade” para o risco de bloqueio das contas do SUS municipal, caso o Relatório de Gestão de 2015 não fosse aprovado até o dia 30/03/2016.

¹⁸ Art. 36...

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Evidentemente, não é essa a atuação que se espera dos conselhos municipais de saúde. Ainda que tenha havido falha da entidade, ao não manter o registro das deliberações realizadas no ano anterior, o que obrigou a renovação do ato, o fato é que não se pode simplesmente apresentar aos conselheiros uma proposta de aprovação dos relatórios de gestão do SUS, sem uma ampla e profunda discussão, inclusive com a presença de técnicos especializados para opinarem sobre as ações da SMS, tanto no aspecto administrativo, quanto no operacional e financeiro.

É bem verdade que, diante dos questionamentos de alguns conselheiros, argumentou-se que toda a documentação relacionada ao tema estava à disposição de quem quisesse apreciá-la, uma vez que o processo era composto por vários volumes. A grave constatação, entretanto, é que na análise do relatório de gestão o conselho se ateve à verificação contábil da execução orçamentária, não tendo havido qualquer referência ou discussão acerca do cumprimento das metas previstas na PAS ou das diretrizes, metas e objetivos do PMS – Plano Municipal de Saúde, conforme preconiza a Portaria MS nº 2.135/201319.

Uma alternativa à carência técnica e de recursos humanos do CMS, que impossibilita uma análise devidamente qualificada dos documentos técnicos produzidos pela SMS seria a formalização de convênios ou parcerias com outras instituições, a exemplo dos Tribunais de Contas, CGU e Ministério Público, tanto para fins de capacitação de conselheiros integrantes das diversas comissões temáticas, quanto para, eventualmente, ceder técnicos para auxiliar na análise dos relatórios e pareceres que compõem os instrumentos de gestão do SUS.

Constatou-se, ainda, que o CMS não faz acompanhamento regular do cumprimento das metas, diretrizes e objetivos do PMS e da PAS, limitando sua atuação a ações de fiscalização casuísticas, normalmente motivadas por reclamações de usuários e constatações pessoais dos conselheiros em suas respectivas comunidades.

A ausência de ações de controle regular e sistemático da política pública de saúde do Município compromete significativamente a função institucional do CMS, tornando-o uma

¹⁹ Art. 6º O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens:

I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;

II - as metas da PAS previstas e executadas;

III - a análise da execução orçamentária; e

IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

instituição formal e burocrática. É inegável a necessidade de se estabelecer um cronograma de trabalho para as comissões setoriais, a fim de permitir-lhes o exercício regular de seu papel fiscalizador, independentemente da importância da atuação decorrente de denúncias ou reclamações.

O índice de avaliação dessa categoria foi o mais baixo – 0,33 (zero vírgula trinta e três) – demonstrando a necessidade de o CMS modificar, urgentemente, sua postura institucional quanto a esse aspecto. Não foi possível verificar os motivos que levaram o CMS, nos anos de 2014 e 2015 – período de abrangência da pesquisa – a não atuar em fase tão importante da política pública de saúde. Reverter esse quadro e melhorar a avaliação do CMS somente será possível se o órgão se impuser institucionalmente, exigindo do gestor municipal do SUS participação efetiva na formulação das estratégias para a saúde e não se limitando a aprovar os projetos previamente elaborados pela Administração, conforme sugestões apresentadas nas conclusões deste estudo.

3.1.5 Autonomia

A autonomia dos conselhos de saúde em relação ao Poder Executivo é condição necessária para que possa desenvolver com eficiência e eficácia suas atividades. Um conselho excessivamente dependente dos gestores da saúde pode ter sua atuação comprometida, especialmente quanto à sua função fiscalizadora, a qual exige não apenas a verificação de documentos na sede do órgão, sendo indispensável, em muitos casos, visitas às unidades de saúde, deslocamentos para reuniões em outros órgãos, estrutura física adequada ao recebimento da população, canais de comunicação, etc.

Nesse sentido, verificou-se que o CMS possui algumas deficiências. Sua sede encontra-se localizada em um prédio praticamente em ruínas, com dimensões reduzidíssimas, dificultando a circulação e permanência de mais de cinco pessoas, confortavelmente, no recinto. Nas duas primeiras visitas realizadas ao local foi possível constatar a ausência de métodos organizacionais, com documentos espalhados sobre as mesas, armários e prateleiras. Registre-se que o momento era de transição entre a gestão anterior e atual mesa diretora. Nas visitas seguintes, apesar da precariedade das instalações e dos móveis que guarnecem o ambiente, já foi possível observar uma significativa diferença na organização.

A mudança da sede do CMS foi objeto da pauta da reunião do dia 14/03/2016, quando ficou deliberado que se aguardaria, até a próxima reunião, uma definição do gestor municipal acerca de uma data para a mudança de endereço para um imóvel que já serve à SMS e que estaria vago em poucos dias. A reunião, agendada para o dia 12/05/2016 não ocorreu por falta de quórum.

A linha telefônica pertence à SMS e os equipamentos de informática limitam-se a um notebook. Não se verificou a existência de impressora ou outros periféricos. O conselho também não dispõe de veículo próprio, dependendo da disponibilidade de transporte por parte da SMS, o que limita sobremaneira sua liberdade de locomoção, o que, obviamente interfere na sua autonomia, visto que sempre dependerá da autorização da SMS para seus deslocamentos.

É importante ressaltar que, formalmente, o CMS possui orçamento próprio. Contudo, sua execução, no período pesquisado – 2014/2015 –, era controlada pela SMS, isso reduz ou praticamente anula qualquer possibilidade de planejamento. Deste modo, para o bom funcionamento do CMS, nessas circunstâncias, é necessário o estabelecimento de uma relação de “cortesia” entre a mesa diretora do CMS e a SMS, o que acaba por comprometer a independência da entidade.

O CMS, no período pesquisado, possuía, Secretário Executivo, mas este acumulava, outrossim, as funções administrativas e operacionais do órgão, comprometendo a eficiência na realização de suas tarefas.

O CMS possui regimento interno o que confere segurança jurídica à sua atuação, evitando ações e medidas casuísticas. A previsão de comissões com atribuições bem delimitadas é um ponto de destaque, por permitir o estabelecimento de indicadores de desempenho e fixação de metas claras para o planejamento das ações de fiscalização e controle. Há que se considerar, entretanto, as discrepâncias entre o regimento interno e a lei que institui o CMS, o que pode levar à nulidade de alguns de seus atos, especialmente quanto à eleição de conselheiros representantes de entidades que não estão contempladas na Lei Complementar nº 73/2007. A duração dos mandatos dos conselheiros também não está de acordo com o previsto em lei, porquanto o RI estabelece prazo de 4 (quatro) anos, ao passo que a legislação de regência o fixa em 2 (dois) anos.

O CMS possui sete comissões temáticas previstas em seu RI, conforme disposto no Quadro 10, as quais devem respeitar a paridade em sua composição. A escolha dos integrantes

é feita “por afinidade” com os respectivos temas. Não há previsão de eleição, cabendo aos representantes do respectivo segmento deliberarem acerca do indicado, na hipótese de haver interessados além do número de vagas.

Quadro 10 – Comissões de Temáticas do CMS

Comissão	Atribuições
Ações básicas de assistência à Saúde	Acompanhar indicadores; analisar a aplicação de recursos de convênios e contratos; analisar o cumprimento da agenda municipal de saúde
Média e alta complexidade	
Ações de vigilância à saúde	
Intersetorial de Saúde Mental	
Fundo Municipal de Saúde	Acompanhar a aplicação dos recursos do FNS; apreciar o balanço anual de gastos com a saúde; apreciar o relatório de gestão, avaliar habilitações e formas de gestão pactuadas na CIB e CIT
Controle social e educação permanente em saúde	Capacitação de conselheiros; coordenar processos eleitorais extemporâneos; apresentar ao plenário, para deliberação, questões não constantes do regimento interno; divulgar as ações dos conselhos locais
Cogestora	Integrar o conselho curador de entidades que mantenham contratos e convênios na área da saúde

Fonte: regimento interno/2016

O papel das comissões temáticas é importante em razão da especialização das atividades (VIEIRA e CALVO, 2011, p. 2319) e do suporte à decisão dos conselheiros nas reuniões plenárias, quando apresentados seus pareceres acerca dos temas que lhes são regimentalmente atribuídos para análise. (AVRITZER, 2009, p. 169). Sob o ponto de vista formal, portanto, o CMS atende ao requisito.

Constatou-se que, no período avaliado, o Chefe do Poder Executivo não vinha respeitando o prazo limite de 30 (trinta) dias para homologação e publicação das resoluções do CMS ou apresentação de sugestões de mudança. A reunião extraordinária ocorrida em março/2016, para aprovação de atos dos anos de 2014 e 2015, ilustra bem a situação.

A dimensão autonomia obteve o conceito bom, com índice de 0,58 (zero vírgula cinquenta e oito), considerando o período avaliado – 2014 e 2015. Contribuíram negativamente

para o desempenho os indicadores A4, A5, A9, A10 e A11. No que se refere ao orçamento – A10 – constatou-se que a atual mesa diretora já o executa diretamente. Também se verifica que os atos deliberativos aprovados em 2016 foram devidamente homologados e publicados, não havendo nenhuma medida imediata a ser adotada quanto a esses dois critérios de avaliação.

No que se refere aos meios de transporte – A11 – é importante que o CMS delibere acerca da conveniência de ter um veículo destinado exclusivamente às atividades do conselho, sendo a mudança de sede – A5 – a questão mais importante a ser resolvida, haja vista o risco à segurança de conselheiros, servidores e população que se dirige àquela entidade. Na atual gestão não se observa a falha referente ao indicador A9 – equipe de apoio – uma vez que além do Secretário Executivo, o conselho passou a contar com uma servidora para auxiliar seus trabalhos.

3.1.6 Avaliação institucional

O Quadro 11 apresenta o resultado da avaliação institucional, considerando um dos indicadores aferidos, indicando o índice de desempenho por categoria, bem como o índice de avaliação geral do CMS

Quadro 11 - Avaliação dos Indicadores do CMS

Dimensão	Indicadores de desempenho		Peso	Índice
Representatividade	R1 – Observa a paridade	1	4	1,00
	R2 – Composição paritária da mesa diretora	1	4	
	R3 – Segmento do Presidente	1	4	
	R4 – Eleição Presidente	1	4	
	R5 – Reuniões abertas	1	4	
	R6 – Direito a voz (conselheiros e comunidade)	1	4	
	R7 - Participação de diferentes atores	1	4	
	R8 – Eleição para coordenações/comissões	1	4	
Organização	O1 – Plenária com reunião mensal	1	4	0,55
	O2 – Ampla divulgação das reuniões	0	4	
	O3 – Entrega prévia de pauta	1	2	
	O4 – Entrega prévia de material de apoio	0	4	
	O5 – Aprovação rotineira da ata da reunião anterior	1	4	
	O6 – Elaboração da pauta de reunião	0	1	

	O7 – Existência de atos deliberativos	1	4	
	O8 – Ampla divulgação das deliberações	0	4	
	O9 – Convocação da Conferência Municipal de Saúde	1	4	
	O10 – Capacitação 2014	0	2	
	O11 – Capacitação 2015	0	2	
Sistema de planejamento do SUS	S1 – Participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde	0	4	0,33
	S2 – Apreciação do Plano Municipal de Saúde	1	4	
	S3 – Apreciação do Plano Plurianual	0	4	
	S4 – Apreciação do Relatório Anual de Gestão	1	4	
	S5 – Apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias	0	4	
	S6 – Fiscalização da execução da política de saúde do Município	0	4	
Autonomia	A1 – Independência do mandato em relação ao Poder Executivo	1	2	0,58
	A2 – Existência de Regimento interno	1	4	
	A3 – Existência de comissões permanentes	1	4	
	A4 – Apreciação, pelo Poder Executivo, de atos deliberativos do Conselho	0	4	
	A5 – Sede	0	4	
	A6 – Linha telefônica	1	2	
	A7 – Equipamentos de informática	1	3	
	A8 – Acesso à internet	1	4	
	A9 – Equipe de apoio	0	3	
	A10 – Orçamento próprio	0	4	
	A11 – Meios de transporte	0	2	
	A12 – Secretaria Executiva	1	4	
Índice Geral do Conselho				0,61

Fonte: autor/2016

O Quadro 12 consolida os resultados da avaliação.

Quadro 12 – Desempenho institucional do CMS

Dimensão	Fator de Desempenho	Avaliação
Representatividade	1,00	Excelente
Organização	0,55	Bom

Sistema de planejamento do SUS	0,33	Ruim
Autonomia	0,58	Bom
Índice Geral do Conselho	0,61	Bom

Fonte: autor/2016

Nota-se que o desempenho institucional do CMS, no geral, é bom. Contudo, o excelente desempenho na dimensão “representatividade” pode mascarar as deficiências, especialmente, nas dimensões “organização” e “sistema de planejamento do SUS”, as quais precisariam ser corrigidas a fim de adequar o CMS às orientações da Resolução CNS nº 453.

Ressalte-se que se fosse retirada da análise a dimensão “representatividade”, o índice geral de avaliação do CMS cairia para apenas 0,36 (zero vírgula trinta e seis), o que implicaria em avaliá-lo como “ruim”, demonstrando que não se pode avaliar a instituição apenas com base na frieza dos números.

Os principais problemas observados no processo de avaliação são detalhados no capítulo seguinte, quando se fará a descrição do plano de ação.

4 DESCRIÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Para a elaboração do plano de ação foram selecionados alguns problemas que merecerem maior atenção do conselho, no curto prazo.

4.1. Quanto à representatividade

Ainda que o CMS tenha obtido conceito excelente na dimensão “representatividade”, verificou-se que o Regimento Interno do órgão está dissociado da LCM nº 52/2002, com a redação atribuída pela LCM nº 73/2007, ao definir as entidades legitimadas a indicarem representantes para o colegiado, bem como em relação ao prazo de duração dos mandatos dos conselheiros. Ainda que se reconheça que o plenário do CMS pode deliberar sobre matéria, não é possível a modificação do quadro de entidades representativas apenas por decisão da assembleia, porquanto tal matéria encontra-se, atualmente, subsumida ao princípio da reserva legal, devendo a decisão ser submetida ao crivo do Poder Legislativo Municipal para fins de deliberação e possível alteração da legislação, o mesmo se aplicando à alteração do prazo de duração dos mandatos.

Dentre as possíveis e graves consequências decorrentes da inobservância das prescrições legais acerca das entidades legitimadas a indicar representantes, pode-se citar a possível alegação de nulidade da composição atual do conselho, caso se constate que alguma entidade com representação prevista em lei tenha sido preterida em função da nova regra estatuída no Regimento Interno do CMS. O eventual reconhecimento da nulidade da composição poderia acarretar, em consequência, a nulidade de todas as deliberações realizadas pelo conselho, com consequências imprevisíveis para a administração do SUS local. Em relação à duração dos mandatos, a atual mesa diretora somente teria legitimidade para atuar no biênio 2016/2017, sendo ilegais quais deliberações realizadas nos anos seguintes, sem que haja nova eleição.

Esse cenário impõe a imediata deliberação, pelo plenário do CMS, acerca do envio à Câmara Municipal de Aracaju de proposta de alteração da LCM 52/2002, contemplando as modificações já aprovadas e constantes do regimento interno ou, eventualmente, a rediscussão

de seus termos. Considerando que a matéria não está inserida entre aquelas consideradas de iniciativa privativa do Chefe do Poder Executivo, nos termos do art. 106 da Lei Orgânica do Município, poder-se-á solicitar o envio do projeto a qualquer vereador.

Tendo em vista a gravidade da situação, o prazo máximo para a conclusão das deliberações poderia ser a data da reunião ordinária do mês de julho/2016.

4.2 Quanto à Organização

Na dimensão “organização” foram constatados problemas relacionados à comunicação entre o CMS e a sociedade, especialmente no que se refere à divulgação das reuniões, das deliberações e demais documentos produzidos pelo órgão.

A comunicação das ações do CMS se insere no contexto mais amplo da transparência das ações de qualquer ente que atua na esfera pública. Não se pode esquecer, ademais, a importância do CMS no âmbito do SUS, a qual deve ser reconhecida, incentivada e apoiada pela sociedade, reforçando seu prestígio e posição institucional.

Algumas ações simples poderiam incrementar a comunicação entre o CMS e a sociedade seriam: I) a remodelagem da página institucional no site oficial do Município de Aracaju; II) a contratação de um serviço de hospedagem de uma página própria em servidor de internet, ou III) criação de um blog em sítios de hospedagem gratuita.

Pode-se, outrossim, utilizar-se de inserções em veículos de comunicação social – rádio, TV, jornais impressos –, os quais mantêm em seus programas jornalísticos quadros próprios para prestação de serviços de utilidade pública. A parceria com rádios comunitárias consta, inclusive, das propostas consolidadas no Eixo 3 dos temas debatidos na X Conferência Municipal de Saúde.

O prazo para início das comunicações, em página da internet, devidamente reformulada e amigável é 15/09/2016, 4 (quatro) meses após o início do projeto. A veiculação de informações via meios de comunicação social pode ser imediata, haja vista a dinâmica e agilidade dessas organizações.

Apurou-se, também, que os conselheiros não têm recebido regularmente material de apoio prévio à realização das reuniões, sejam relatórios, resumos ou informações específicas acerca dos temas que serão apreciados. Trata-se de um problema de fácil resolução, bastando

que cada comissão, conselheiro, membro da mesa diretora ou cidadão que tenha solicitado a inclusão de um tema em pauta, apresente um relatório, ainda que resumido, da questão, a fim de possibilitar a todos os conselheiros uma análise prévia do assunto, contribuindo para a qualificação do debate. Tal medida pode ser implementada imediatamente, uma vez que não exige custos financeiros nem demanda planejamento profundo.

Finalmente, quanto a essa dimensão, constata-se a total ausência de cursos de capacitação, nos anos de 2014 e 2015. A educação é condição fundamental para que os conselheiros possam exercer com eficiência suas importantes atribuições, na medida em que permite reduzir ou minimizar os efeitos das inevitáveis assimetrias existentes entre os representantes dos segmentos representados no conselho. Conforme amplamente asseverado ao longo da pesquisa, a democracia participativa tem na educação um de seus pilares mais importantes, considerada essencial para que os partícipes do diálogo institucional possam compreender a discussão e manifestar livre e conscientemente sua opinião.

A eventual falta de recursos para a formatação de programas de capacitação pode ser suprida por meio de parcerias com instituições de ensino e órgãos públicos. O Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública – PROFIAP/UFS pode ser um excelente veículo de parcerias com o CMS, o qual poderá formatar cursos específicos, de acordo com as necessidades da instituição, aproveitando a capacidade intelectual, profissional e produtiva dos alunos do curso, os quais possuem as mais variadas formações acadêmicas e, em sua maioria, experiência no serviço público.

Com isso, poder-se-ia reduzir custos, os quais ficariam limitados à locação de espaço para os eventos, caso não seja possível firmar outras parcerias para essa finalidade específica. Entes públicos como as Escolas do Ministério Público, da Magistratura, do Tribunal de Contas ou entes governamentais poderiam ser consultados para fins de celebração de acordos para capacitação em temas específicos, sem custo ou com custos reduzidos.

Um prazo razoável para a elaboração de um programa inicial de capacitação seria de 3 (três) meses, contados a partir de junho/2016, com início dos eventos a ser definido de acordo com as diversas variáveis envolvidas na preparação desse tipo de atividade.

4.3 Sistema de Planejamento do SUS

A dimensão “sistema de planejamento do SUS” foi a que apresentou o pior desempenho institucional. Com efeito, não ficou claro o papel do CMS na fase de formulação dos principais documentos de planejamento das ações de saúde: PPA, PAS, LDO e PMS.

Em verdade, de acordo com a investigação, o CMS tem atuado essencialmente como órgão fiscalizador, o que avilta sua importância no sistema. Com efeito, fiscalizar a implementação da política pública de saúde, em que pese sua relevância, implica em verificar, apenas, se as metas traçadas unilateralmente pela Administração foram cumpridas. Tais metas, entretanto, podem não representar, efetivamente, os anseios e necessidades da população.

Ainda que no curso da atividade fiscalizatória possa o CMS determinar a correção de rumos, de modo a adequar a execução do PMS às necessidades dos usuários, é inegável que os procedimentos burocráticos para a correção de um projeto ou programa demanda tempo, o qual nem sempre é aliado quando se trata de agravos à saúde.

Nesse contexto, é imprescindível que o CMS delibere acerca da obrigatoriedade de participação de seus membros na fase de elaboração do PPA, PAS, LDO e PMS, seja por meio de suas comissões temáticas, seja por meio de representantes escolhidos em assembleia, editando resolução com a recomendação ao Poder Executivo para que comunique previamente ao CMS as datas em que os técnicos dos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde, se reunirão para traçar as diretrizes de planejamento do SUS, em suas diversas modalidades, a fim de que representantes do órgão possam participar dos trabalhos.

Em razão dos prazos para elaboração, a deliberação acerca dessa matéria deve ocorrer até a reunião ordinária do dia 14/07/2016.

4.4 Quanto à Autonomia

Há consenso na literatura de que as condições materiais oferecidas aos conselhos de saúde têm significativo impacto em sua autonomia, razão pela qual o CMS, apesar de ter obtido o conceito “bom” nessa dimensão, precisa corrigir alguns problemas em caráter de urgência.

O CMS não possui sede própria, funcionando atualmente em um anexo de antigo prédio pertencente ao Município de Aracaju. A estrutura é precária, diminuta e encontra-se

praticamente em ruínas, com colunas de sustentação da varanda soltas, indicando um iminente risco de acidente. Os móveis que guarnecem o ambiente são antigos, com armários, mesas, cadeiras e prateleiras rotas, incompatíveis com a dignidade e importância do órgão.

A necessidade de mudança é urgente, tendo sido verificado na pesquisa que há anos o Município de Aracaju promete uma solução. Os atuais gestores da saúde indicaram um imóvel onde até recentemente funcionava outro órgão público e que poderá abrigar a nova sede o conselho. Apesar de ser um imóvel alugado, diante do quadro atual, trata-se da melhor alternativa a curto prazo, sendo certo, entretanto, que deve o CMS buscar uma sede permanente, que não o submeta aos favores da Administração, ainda que se trate de um prédio público.

Para a mudança de sede, preconiza-se um prazo máximo de 4 (quatro) meses, contados a partir de junho/2016, haja vista a situação de risco em que trabalham conselheiros e colaboradores.

Constatou-se que nos anos de 2014/2015 o CMS teve dificuldades de executar seu orçamento, na medida em que os valores respectivos foram retidos pela SMS. Trata-se de grave interferência do Poder Executivo na autonomia do CMS, na medida em que, privado dos recursos financeiros indispensáveis à sua manutenção, impede-se o exercício de suas funções institucionais, notadamente a fiscalizatória e de educação para a participação.

Para prevenir tais intervenções, pode-se deliberar que a SMS deverá repassar os recursos orçamentários do CMS em única parcela, no mês de janeiro ou fevereiro, ou, no máximo, em parcelas trimestrais, iniciando-se nos meses de janeiro ou fevereiro.

Prazo para deliberação até 13/10/2016, a fim de que possa ser incluída na proposta orçamentária de 2017.

Finalmente, o CMS não possui veículo próprio, utilizando-se dos préstimos da SMS. Ainda que seja cômodo, é inegável que a situação gera uma enorme dependência, potencialmente danosa à autonomia da entidade, que estará sempre à mercê do ânimo dos gestores da SMS para o cumprimento das funções institucionais que dependam de deslocamentos pelo Município.

Considerando que a aquisição de um veículo, com a necessária contratação de motorista pode aumentar significativamente os custos operacionais da entidade, poderia o CMS deliberar acerca da disponibilização permanente de um veículo, de frota própria ou locada da SMS, para

atender exclusivamente ao órgão, evitando-se possíveis manobras da Administração, destinadas a interferir indiretamente no exercício das funções institucionais da entidade.

O prazo final para deliberação pode ser a data da reunião ordinária agendada para o dia 10/11/2016.

O Quadro 13 sintetiza o Plano de Ação.

Quadro 13 - Detalhamento do Plano de Ação

Item	Planejamento				Execução		Verificação	
	O quê	Quem	Como	Previsão	Realização	Resultados / problemas	Proposições	
1	Alteração do Regimento Interno	Plenário do CMS	Deliberação	14/07/2016		Adequação do RI à Legislação ou proposta de alteração da LCM	Deliberar acerca da legislação de regência do CMS e sua adequação à realidade institucional	
2	Deliberação acerca do Planejamento do SUS	Plenário do CMS	Deliberação	14/07/2016		Definir os mecanismos de participação do CMS na elaboração do PPA, LDO, PMS	Deliberar acerca da efetiva participação do CMS no processo de planejamento do SUS, desde a formulação de estratégias e não apenas na fase de aprovação.	
3	Resoluções	Presidência	Envio ao Chefe do Poder Executivo	21/07/2016		Publicação D.O.M ou devolução para ajustes, no prazo de 30 dias		
4	Programa de Capacitação	Mesa Diretora e Comissão respectiva	Seleção de eventos e definição da logística	31/08/2016		Cronograma de atividades	Discutir com a comissão de educação as necessidades imediatas de capacitação; Buscar parcerias com universidades; OAB, Ministério Público, Tribunais de Contas para formatação dos eventos.	
5	Início de operação do site	Mesa Diretora e Comissão respectiva	Contração de serviços de terceiros ou modificação do layout do servidor do Município de Aracaju	30/09/2016		Acesso à página do CMS na internet	Redefinir o layout da página do CMS no sítio da PMA, alimentando e tornando mais acessíveis ao público os documentos e ações da instituição	
							Estabelecer prazo para que a Secretaria de Saúde promova a	

6	Mudança da sede	Município de Aracaju	Definição do novo local	31/10/2016		Transferência efetiva para as novas instalações	efetiva transferência para a nova sede, acionando o Poder Judiciário caso isso não ocorra.
7	Deliberação acerca do orçamento do CMS	Plenário do CMS	Definir o orçamento do CMS e o cronograma de desembolso por parte da SMS	13/10/2016		Definição das receitas e despesas e dos programas prioritários	A fim de assegurar a autonomia financeira do CMS, sugere-se a definição de um cronograma de desembolso dos recursos destinados à instituição, acionando-se o Poder Judiciário, na hipótese de descumprimento.
8	Resolução acerca do orçamento do CMS	Presidência	Envio ao Chefe do Poder Executivo	20/10/2016		Publicação D.O.M ou devolução para ajustes, no prazo de 30 dias	
9	Deliberação acerca da disponibilização de veículo exclusivo	Plenário do CMS	Definir se a SMS deve disponibilizar veículo para atender exclusivamente às necessidades institucionais do CMS	10/11/2016		Definir se é conveniente a destinação de um veículo para tender exclusivamente ao conselho definindo o modo de utilização	Sugere-se que o CMS tenha veículo disponibilizado pela Secretaria de Saúde, em caráter permanente, seja próprio ou locado.
10	Envio de resolução	Presidência	Envio ao Chefe do Poder Executivo	17/11/2016		Publicação D.O.M ou devolução para ajustes, no prazo de 30 dias	

Fonte: autor/2016

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conselhos de saúde constituem inegáveis instrumentos de materialização das modernas teorias democráticas, calcadas na ampliação da participação e na deliberação direta das comunidades interessadas, como forma de legitimação das decisões políticas que lhes afetam. No âmbito das políticas públicas de saúde, isso implica na atuação em todas as fases do ciclo político-administrativo, ou seja, desde a concepção à conclusão, passando pela fiscalização e eventual redefinição dos planos de ação municipais.

A configuração jurídico-positiva do sistema de controle popular no SUS potencializa a importância dos conselhos municipais de saúde no sistema de planejamento e controle das respectivas ações, haja vista as sanções aplicáveis aos gestores que deixam de submeter suas ações à sindicância da entidade. Sanção de cunho político-financeira deveras eloquente e dissuasiva encontra-se prevista no art. 4º, II e III, da Lei nº 8.142/1990, condicionando a transferência de recursos do FNS à efetiva instituição e manutenção dos Conselhos Municipais de Saúde, respeitando-se a paridade de sua composição. A LC 141/2013, por outro lado, determina em seu art. 36, § 1º, que os entes federativos devem comprovar, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, perante os Conselhos de Saúde, para fins de emissão de parecer conclusivo acerca do cumprimento das obrigações respectivas, a elaboração Relatório de Gestão dos recursos do SUS.

O objetivo central do trabalho foi analisar as condições de funcionamento do CMS a fim de traçar seu perfil institucional, tendo como parâmetro o arcabouço legal que regulamenta sua instituição, desde a previsão genérica contida na Lei nº 8.142/1990, passando pelas LCM que o instituíram, pela Resolução CNS nº 453/2012, pelas diretrizes contidas na Portaria MS nº 2.135/2013, regimento interno, entre outros documentos, avaliando-se, especificamente, se o conselho é deliberativo; se promove e favorece a participação social na formulação e controle das políticas públicas de saúde do Município de Aracaju, inclusive nos aspectos orçamentário-financeiro ou se constitui apenas um espaço institucional burocrático, com mera atuação formalística, sem impactar os rumos da política de saúde do município, verificando, ainda seu nível de autonomia, essencial necessária para o efetivo desempenho de suas atividades.

Considerados apenas os indicadores previamente selecionados, foi possível constatar que o CMS possui um excelente nível de representatividade, mas tem importantes deficiências em outras dimensões.

Apesar de não ser o foco da pesquisa estudar a administração do órgão, foi possível constatar a existência de um real interesse dos atuais membros da mesa diretora em alterar o quadro caótico observado nas áreas mais sensíveis, inclusive no que se refere à meta de tornar o CMS um modelo de gestão para o país. Para isso, contudo, será preciso corrigir, entre outros que não foram objeto de análise, os problemas já apontados nos capítulos anteriores, especialmente quanto à participação na fase de formulação das políticas públicas de saúde, uma vez que a atuação meramente fiscalizatória avilta o papel da instituição, não sendo suficiente para se considerarem plenamente atingidos os objetivos para os quais foi criado.

Quanto a esse ponto, apresentam-se sugestões:

- Deve-se deliberar acerca da obrigatoriedade da participação dos membros do CMS nas reuniões que antecedem a elaboração do PPA, da PAS, da LDO, do PMS e LOA, com a recomendação de que o conselho seja notificado previamente pelos gestores, a fim de que possa indicar representantes;
- Na hipótese de o Poder Executivo insistir em alijar o CMS do processo de planejamento do SUS, devem-se ser adotadas medidas judiciais e administrativas, levando-se o caso ao conhecimento dos demais órgãos de controle – Ministério Público Estadual, TCE, MPU, OAB – uma vez que a legitimidade e a legalidade das políticas públicas de saúde dependem, necessariamente, da efetiva participação do CMS saúde, em todas as suas fases.
 - É importante, outrossim, a deliberação acerca da eventual contratação de assessoria jurídica para auxiliar os trabalhos do CMS, caso haja limite orçamentário para tanto. Outra alternativa poderia ser a celebração de convênio com a Comissão de Saúde da OAB/SE, a fim de que a entidade pudesse prestar de assessoria em questões jurídicas específicas, inclusive ajuizando eventuais ações judiciais.

São relevantes, outrossim, a deficiência – quase ausência – na comunicação das ações desenvolvidas pelo CMS, as quais tem ficado restritas aos membros do conselho e a militantes

de entidades sociais que, historicamente, atuam na defesa do SUS. Desse modo, devem ser adotadas medidas para

- Tornar públicas as ações do CMS, suas deliberações, atas de reunião, resoluções, etc além de atender às diretrizes da Resolução CNS nº 453/2012, tem o potencial de fortalecer a posição institucional e a importância do órgão perante a sociedade.

As limitações óbvias do presente trabalho abrem espaços para inúmeras outras linhas de pesquisa. O extravio de documentos importantes, como atas de reunião e cópias das resoluções aprovadas, referentes ao período compreendido pela pesquisa, podem ter afetado a avaliação geral do CMS, o que sugere uma possível necessidade de se repetir a análise dos dados, caso os documentos venham a ser localizados no futuro.

Considerando que o objetivo do trabalho, conforme já devidamente esclarecido, não envolvia a análise das relações intersubjetivas travadas no âmbito do CMS, nem entre conselheiros, entidades representativas dos usuários e comunidade, tais relações não foram aqui abordadas, mas constituem importante campo de pesquisa, na medida em que a legitimidade interna, ou seja, as decisões e ações adotadas pelo CMS passam necessariamente pelo reconhecimento e confirmação da própria legitimidade do representante perante seus representados, porquanto o conselheiro não é, ao menos em tese, representante de seus interesses individuais.

A facilidade com que o Regimento Interno permite a substituição de conselheiros – basta uma simples solicitação da respectiva entidade – também justifica a pesquisa a fim de se buscar compreender como funcionamento interno da cada entidade influencia a escolha de determinada pessoa para ocupar a função de conselheiro.

Poder-se-á explorar, outrossim, a análise do perfil social dos conselheiros e seu reflexo no nível de participação nas discussões travadas nas reuniões plenárias, nas quais, em razão de seu caráter deliberativo, a fala é o principal instrumento de atuação do conselheiro. Nesse sentido, observou-se nas reuniões, sem qualquer cientificidade, que a maioria dos conselheiros é formada por pessoas de meia-idade e idosos, o que suscita questionamentos a respeito do ânimo dos jovens em desenvolverem ações participativas, especialmente no âmbito da saúde pública.

Outro dado que pode influenciar novas pesquisas diz respeito à proporção de conselheiros titulares homens - 57,5% - e mulheres - 42,5%. Com essa informação, pode-se analisar esta se repete, por exemplo, no nível de participação nas deliberações e/ou na apresentação de proposições, permitindo avaliar se o grau de participação tem alguma vinculação com questões de gênero. Para evitar possíveis alegações de sexismo, pode-se complementar a pesquisa com outras variáveis, exemplo da idade, renda, escolaridade e experiência participativa anterior, para fins de aferição do grau de participação.

Chegando à conclusão, é impossível não reconhecer que despeito de todo o conjunto normativo e de sua vocação para tornar mais democráticas as políticas públicas de saúde do SUS, os conselhos de saúde, pelas mais variadas razões, não têm cumprido a contento seu papel. Pelo que se pode constatar das reuniões, os conselheiros municipais de saúde de Aracaju, especialmente os representantes dos usuários e dos profissionais da saúde, estão realmente engajados na luta por um sistema público de saúde melhor e mais eficiente. Contudo, a vontade de contribuir não é suficiente para modificar um sistema secularmente calcado no autoritarismo e refratário às iniciativas populares, especialmente quando estas implicam em controle da atuação político-administrativa dos gestores públicos. É preciso, portanto, que o CMS se imponha institucionalmente, reconhecendo sua importância e exigindo dos gestores respeito às suas funções institucionais.

Atualmente, o CMS apresenta um perfil essencialmente fiscalizador, ou seja, atua principalmente na fase de execução das políticas públicas de saúde, o que limita seu protagonismo na apresentação de propostas e adoção de medidas que possam impactar a realidade dos serviços de saúde prestados pelo Município à população.

Reverter esse quadro é meta que se impõe a fim de que seu relevante papel no âmbito da política pública de saúde não fique relegado a uma atuação meramente formalista e manipulada pelos gestores. É imprescindível, outrossim, que a instituição sai das sombras e se mostre à população, a fim de obter apoio popular às suas ações. A educação para a participação, a divulgação de suas ações, a busca de parcerias com outros órgãos de controle e com a OAB, que possui uma comissão específica para saúde, são medidas relativamente simples, que podem tornar mais efetiva a atuação do CMS.

REFERÊNCIAS

AVRITZER, Leonardo. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova: Revista de cultura e política**, São Paulo, n. 50, p. 25-46, 2000. Disponível em: <http://www.plataformademocratica.org/publicacoes/12479_cached.pdf>. Acesso: 20 abr. 2016

AVRITZER, Leonardo. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. In: FLEURY, Sônia e LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 151-174.

ARACAJU. **Lei Orgânica do Município de Aracaju**. Promulgada em 05 abril de 1990

_____ **Lei Complementar Municipal nº 013, de 30 de Novembro de 1993**. Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.

_____ **Lei Complementar Municipal nº 18, de 18 de julho de 1995**. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 13, de 30 de novembro de 1993. Publicada no DOM de 21/07/1995.

_____ **Lei Complementar Municipal nº 52, de 14 de janeiro de 2002**. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde de Aracaju e dá outras providências.

_____ **Lei Complementar Municipal nº 73, de 28 de dezembro de 2007**. Altera a Lei Complementar nº 052, de 14 de janeiro de 2002, para ampliar o número de membros do Conselho Municipal de Saúde, e dá outras providências.

_____ **Lei Complementar Municipal nº 149, de 30 de junho 2015**. Altera o art. 1º e o § 1º do art. 3º da Lei Complementar n. 52, de 14 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde - CMS, e dá outras providências.

BOBBIO, Norberto. **O Futuro da Democracia. Uma Defesa das Regras do Jogo**. 6 ed. Editora Paz e Terra: Rio de Janeiro. 1997

BOBBIO, Norberto, MATTEUCCI, Nicola e PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 11 ed, vol 1. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

BONAVIDES, Paulo. **Do Estado Liberal ao Estado Social**. Malheiros Editores: São Paulo. 2007

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete, et. al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 88-110. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso: 19 mar 2015.

BRASIL. **Norma Operacional Básico do Sistema Único de Saúde – SUS**. Publicada no DOU de 06/11/1996

_____. **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. Publicada no D.O.U de 31/12/1990

_____. **Portaria MS nº 384, de 04 de abril de 2003.** Publicada no DOU de 7/04/2003. Altera o Capítulo III - Critérios de habilitação e desabilitação de Municípios e Estados, da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/2002, aprovada por meio da Portaria/GM/MS 373 de 27 de fevereiro de 2002.

_____. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf> Acesso em 10 abr. 2015

_____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Publicada no D.O.U de 14/01/2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012.** Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

_____. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

CANOTILHO, J.J. Gomes. O direito constitucional como ciência de direção- o núcleo essencial de prestações sociais ou a localização incerta da socialidade (contributo para a reabilitação da força normativa da "constituição social"). In: CANOTILHO et. al. **Direitos Fundamentais Sociais.** São Paulo: Saraiva, 2010. p. 11-31.

CANIELLO, Márcio e FILHO, José Justino. Eficiência e Eficácia nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba: um Estudo Comparativo. XX Congresso Brasileiro de Sociologia. **Anais.** Belo Horizonte, MG, 31 de maio - 03 de jun. 2005. Disponível em: <www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=334&Itemid=171> Acesso em 08 dez 2015

COELHO, Vera Schattan P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Rev. Novos Estudos,** São Paulo, n. 78. Jul. 2007, p. 77-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000200009 Acesso em 08 de abr. 2016.

DOWBOR, Monika. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. **Rev. Lua Nova**. São Paulo, n.78, 2009, p. 158-222. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ln/n78/a10n78.pdf>. Acesso em 13 mar 2015

DURÁN, Paulo Renato Flores. Dilemas da participação social nos Conselhos de Saúde: o papel político dos conselheiros no âmbito estadual do Rio de Janeiro. **Rev. de Ciências Sociais da PUC**. Rio de Janeiro.n. 12, jan./dez, 2013, p. 61-90. Disponível em:< <http://desigualdadediversidade.soc.puc-rio.br/media/08%20-%20artigo%204%20-%20Duran.pdf>>. Acesso em 13 mar 2015.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/qxhc3>>.

GLACINO, Luciene Monteiro. **A Efetividade Deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde de Sergipe**. Monografia. Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Disponível em: <<http://www.secretariadegoverno.gov.br/arquivos/monografias/Luciene%20Monteiro%20Clacino.pdf>> Acesso em 11 fev 2016.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, SP, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/download/12867>>. Acesso em: 11 mar 2015

GUEDES, Thiago de Almeida. **O Papel Deliberativo dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Análise do Conselho Municipal de Saúde de Lauro de Freitas do Desenvolvimento da Democracia Participativa Local**. Dissertação de Mestrado. 2008. 151 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em <http://www.adm.ufba.br/sites/default/files/publicacao/arquivo/dissertao_tiago1.pdf> Acesso em 07 dez 2015

FINLEY, Moses I. **Democracia antiga e moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FLORENZANO, Modesto. Sobre as origens e o desenvolvimento do estado moderno no ocidente. **Rev. Lua Nova**, São Paulo, n. 71, p. 11-39, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452007000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Mar. 2016.

FUNG, Archon; COHEN, Joshua. Democracia Radical. **Rev. Política & Sociedade**, Florianópolis, SC, n. 11, novembro de 2011. p. 221-237. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/1293>. Acesso em 15 abr. 2015.

HOFFE, Otfried. **Justiça Política**. São Paulo. Editora Martins Fontes. 2006

HOWLET, Michael; RAMESH, R.; PERL, Anthony. **Política Pública: seus Ciclos e**

Subsistemas. Uma abordagem Integral. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

INAGAKI, Ana Dorcas de Melo et al. Análise espacial da prevalência de toxoplasmose em gestantes de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 535-540, dez 2014. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n12/0100-7203-rbgo-36-12-0535.pdf> > Acesso em 04 Maio 2015.

KOHLER, Jillian Clare e MARTINEZ, Martha Gabriela. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? **International Journal for Equity in Health**, fev. 2015, p. 1-9. Disponível: <<http://download.springer.com/static/pdf/525/art%253A10.1186%252Fs12939-015-0151-5.pdf>.> Acesso em 04 Maio 2015.

LUCAS, Charlls da Fonseca, *et. al.* Democracia e Conselhos de Saúde no Brasil: tendências, dilemas e desafios. 8º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política. **Anais**, Gramado, RS, 01 a 04 de Agosto de 2012. Disponível em <http://www.cienciapolitica.org.br/wp-content/uploads/2014/04/1_8_2012_1_59_34.pdf. > Acesso em 11 abr. 2015.

MANSANO, Sonia Regina Vargas. O Método Qualitativo nos Estudos Sociais Aplicados: Dimensões Éticas e Políticas. **E&G - Revista Economia & Gestão – PUC**, Minas. Gerais, v. 14, n. 34, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/view/P.1984-6606.2014v14n34p119> >. Acesso: 15 fev. 2014.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde. In: FINKELMAN, J., (org.) **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 236-313. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848-05.pdf> >. Acesso em 05 fev. 2014.

MOREIRA, Gustavo. **Os Liberais e seu combate ao sufrágio universal**. 2012. Disponível em <<http://gustavoacmoreira.blogspot.com.br/2012/04/os-liberais-e-seu-combate-ao-sufragio.html>>. Acesso em 01 abr. 2015.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2009, vol.14, n.3, p. 795-806. ISSN 1678-4561. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300015. Acesso: 01 abr. 2015.

O'DONNELL, Guillermo. **Democracia, agência e estado. Teoria com intenção comparativa**. São Paulo: Ed. Paz e Terra. 2010.

OLIVEIRA, Vítor Castro de. Liberalismo Aristocrático: o papel dos corpos intermediários em Montesquieu e Tocqueville. **Revista Ágora**, Vitória, n.13, 2011, p. 1-18. Disponível em < <http://periodicos.ufes.br/agora/article/view/5043/3809> > Acesso em 27 maio 2016

PATEMAN, Carole. **Participação e Teoria Democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

SARAIVA, Enrique. **Introdução à Teoria da Política Pública.** In: Políticas Públicas. Coletânea. Volume 1. Org.: Enrique Saraiva e Elisabete Ferrarezi. Brasília: ENAP, 2006. p. 21-42

SCHUMPETER, Joseph A. **Capitalismo, Socialismo e Democracia.** Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura. 1961.

SILVEIRA, Thiago Souza. **Avaliação da Participação Cidadã no Conselho Municipal da Saúde de Imperatriz – MA.** Dissertação de Mestrado. Disponível em <<http://www.bibliotekevirtual.org/index.php/2013-02-07-03-02-35/2013-02-07-03-03-11/769-aos/v03n01/7549-a-participacao-no-conselho-municipal-de-saude-de-imperatriz-ma-na-perspectiva-da-gestao-social-e-da-cidadania-deliberativa.html>>. Acesso em 03 dez 2015

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social.** Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2010. Disponível em <<http://pct.capes.gov.br/teses/2010/25001019031P3/TES.PDF>> Acesso em 11 Maio 2016

STUART MILL, John. **O Governo Representativo.** São Paulo: Editora Scala. 2006

VÁRNAGY, Tomás. **O pensamento político de John Locke e o surgimento do liberalismo.** Em publicação: Filosofia política moderna. De Hobbes a Marx Boron, Atilio A. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; DCP-FFLCH, Departamento de Ciencias Políticas, Faculdade de Filosofia Letras e Ciencias Humanas, USP, Universidade de Sao Paulo. 2006. ISBN: 978-987-1183-47-0. Disponível em <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/filopolmpt/04_varnagy.pdf> Acesso em 09 maio 2015

VIEIRA, Mauro e CALVO, Maria Cristina Marino. **Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2011, vol.27, n.12, p. 2315-2326. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso: 12 maio 2016.

ANEXO I

Situação precária das instalações do SMS



Aviso afixado na varanda do SMS: “Favor não encostar. Coluna solta”

ANEXO II

Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012



Ministério da Saúde
Conselho Nacional de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de maio de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9a, 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o § 5º inciso II art. 1º da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS no 333/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando os objetivos de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam polos de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas esferas da ação do Estado; e

Considerando o que disciplina a Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde, resolve:

Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde:

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

Primeira Diretriz: o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

Parágrafo único. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

DA INSTITUIÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei no 8.142/90.

Parágrafo único. Na instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em consonância com a legislação.

A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

II - Mantendo o que propôs as Resoluções nos 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) associações de pessoas com patologias;
- b) associações de pessoas com deficiências;
- c) entidades indígenas;
- d) movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...);
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) entidades de aposentados e pensionistas;
- g) entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) entidades de defesa do consumidor;
- i) organizações de moradores;
- j) entidades ambientalistas;
- k) organizações religiosas;
- l) trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas;
- m) comunidade científica;
- n) entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;

p) entidades dos prestadores de serviço de saúde; e

q) governo.

IV - As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

V - Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

VI - A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as).

VII - A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a).

VIII - A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde.

IX - Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.

X - As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas.

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

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

I - cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;

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

III - o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;

IV - 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. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

V - as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;

VI - o Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei no 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;

VII - o Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;

VIII - 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;

- a) entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes;
- b) entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade de membros do Conselho;
- c) entende-se por maioria qualificada 2/3 (dois terços) do total de membros do Conselho;

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;

X - a cada três meses, deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei no 8.689/93 e com a Lei Complementar no 141/2012;

XI - os Conselhos de Saúde, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS; e

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

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.

Quinta Diretriz: aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

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

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

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

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

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

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

VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

VIII - proceder à revisão periódica dos planos de saúde;

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

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

- XI - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;
- XII - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;
- XIII - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;
- XIV - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;
- XV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;
- XVI - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;
- XVII - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;
- XVIII - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;
- XIX - examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;
- XX - estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;
- XXI - estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;
- XXII - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);
- XXIII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;
- XXIV - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;
- XXV - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;
- XXVI - incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;
- XXVII - acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;
- XXVIII - deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;
- XXIX - acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde;
- e
- XXX - atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Fica revogada a Resolução do CNS no 333, de 4 de novembro de 2003.



ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Presidente do Conselho Homologo a Resolução CNS no 453, de 10 de maio de 2012, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde