

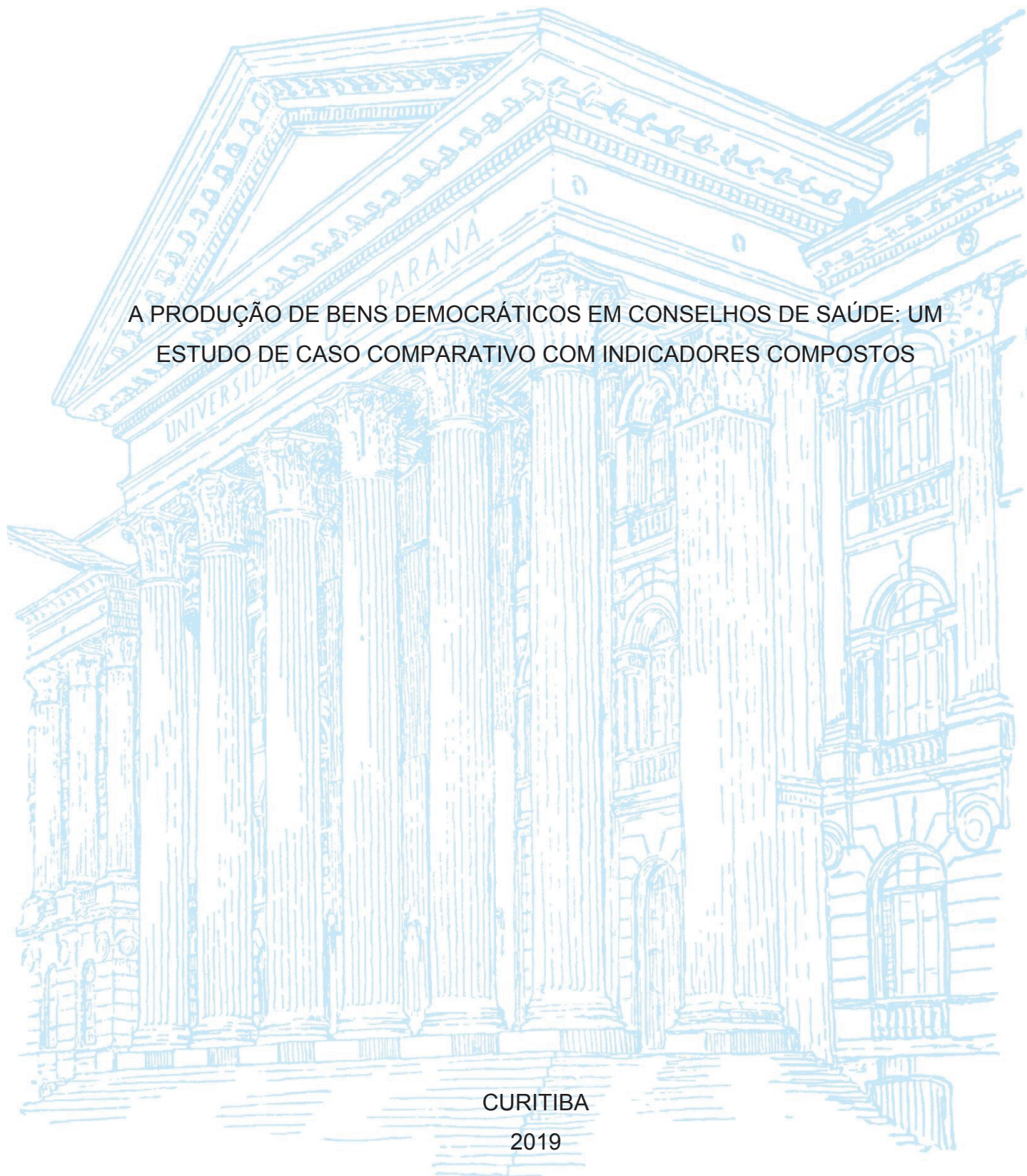
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CHRISTIANE LUIZA SANTOS

A PRODUÇÃO DE BENS DEMOCRÁTICOS EM CONSELHOS DE SAÚDE: UM
ESTUDO DE CASO COMPARATIVO COM INDICADORES COMPOSTOS

CURITIBA

2019



CHRISTIANE LUIZA SANTOS

A PRODUÇÃO DE BENS DEMOCRÁTICOS EM CONSELHOS DE SAÚDE: UM
ESTUDO DE CASO COMPARATIVO COM INDICADORES COMPOSTOS

Trabalho apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Políticas Públicas, no Curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Húascar Pessali

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS –
SIBI/UFPR COM DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário: Eduardo Silveira – CRB 9/1921

Santos, Christiane Luiza

A produção de bens democráticos em conselhos de saúde: um estudo de caso comparativo com indicadores compostos / Christiane Luiza Santos . - 2019.

197 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Orientador: Húascar Pessali.

Defesa: Curitiba, 2019.

1. Conselho de saúde – Controle social – Sistema Único de Saúde. 2. Democracia participativa. 3. Curitiba. 4. Porto Alegre. 5. Belo Horizonte. I. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. II. Pessali, Húascar. III. Título.

CDD 362.11



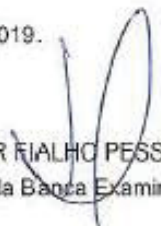
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS -
40001016076P0


TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **CHRISTIANE LUIZA SANTOS**, intitulada: **A PRODUÇÃO DE BENS DEMOCRÁTICOS EM CONSELHOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO COMPARATIVO COM INDICADORES COMPOSTOS**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

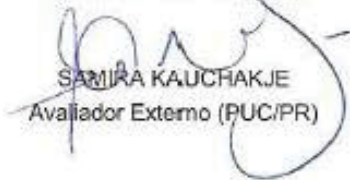
Curitiba, 04 de Abril de 2019.


HUASCAR FIALHO PESSALI
Presidente da Banca Examinadora

p/ 
DEBORA CRISTINA REZENDE DE ALMEIDA
Avaliador Externo (UFMG)

*participação por
videoconferência*


RAFAEL GOMES DITTERICH
Avaliador Interno (UFPR)


SAMIRA KAUCHAKJE
Avaliador Externo (PUC/PR)

Para Vitor, viajante das galáxias, que
alcançou e transformou meu coração.

AGRADECIMENTOS

Este foi um caminho de 34 anos, cultivado pela busca do desconhecido em todos os sentidos, até chegar à busca para uma resposta para além da saúde coletiva.

Nesta trajetória de vida, não há como não agradecer aos mestres que cruzaram meu caminho e que marcaram:

Primeiro a Deus, seu Filho e Maria, que sempre estiveram ao meu lado e, em alguns momentos, me fizeram segurar em suas mãos na escuridão como exercício de fé e resignação. Obrigada.

Aos meus pais, a quem honro e agradeço por permitirem a minha vinda a esta Terra. Obrigada por me permitirem voar e foi somente por meio de vocês que aprendi a voar. Meu muito obrigada.

Às minhas irmãs, que desde sempre foram cúmplices deste caminho. Obrigada por toda risada, devaneio acadêmico, noites de pesquisa conjunta e por me inspirarem.

Ao Marcos, que esteve nesta jornada incansável por respostas em todos os sentidos.

Ao Vítor, coração do meu coração, luz que chegou para me ensinar por meio do amor e abrir meu coração. Obrigada por me escolher e me fazer tão feliz.

Aos meus mestres, que desde o ensino fundamental vêm moldando o que eu sou hoje.

Aos professores da graduação que me inspiraram à saúde coletiva: Simone, Samuel e Sylvio. Aos da pós-graduação que me tornaram especialista e antes de mim sabiam qual era o meu caminho: José Vítor, Fabian e Renato. Aos professores que me ajudaram a encontrar um foco para adentrar no mundo acadêmico: Marilene e Maria Cristina. Aos professores que, durante estes seis anos no programa, me ajudaram a definir qual era o meu lugar nisto tudo: Noela, Víctor e Roberto. E aquele que virou um amigo querido: Rafael. Meu mais profundo respeito por vocês e sincero obrigada.

Por último, e mais especial, ao meu orientador Húascar, que não só me ajudou neste caminho, mas que me ensinou sobre amorosidade, respeito, humanidade e tesouras. Muito obrigada!

Agradeço, ainda, a todos os amigos e colegas que fiz nesta trajetória, pessoas que me inspiraram com suas histórias, me desafiaram com suas vertentes ideológicas e me apresentaram livros e pessoas incríveis. Aos colegas do Observatório dos Conselhos que me deram o insight para este trabalho, são tantos ao longo de seis anos que seria uma injustiça não nomear todos, então, sintam-se abraçados!

Gratidão pelas profundas transformações que ocorreram na minha vida neste período!
Não serei mais uma doutora, sou uma nova Chris.

*“Nada é tão poderoso no mundo como uma
ideia cuja oportunidade chegou.”*

Victor Hugo

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar a participação, por meio da análise da produção dos bens democráticos, em três conselhos municipais de saúde das cidades de Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre. Para isso, aferiu-se por meio da construção de um índice a produção dos bens democráticos da inclusão, controle popular, julgamento ponderado e transparência nos anos de 2016 e 2017. As informações foram coletadas em documentos nos portais web dos conselhos, via e-mail, telefone e Lei de Acesso à Informação. A análise dos documentos permitiu a mensuração de variáveis que foram computadas e somadas em planilhas específicas num máximo de 100 pontos a ser atingido. Os resultados encontrados apontam para fragilidades na produção dos bens democráticos, em especial o bem democrático da inclusão e transparência. O estudo demonstrou um desempenho mediano no controle popular e julgamento ponderado. Além disso, houve variação da produção dos bens de forma que comparando-se os dois anos, o conselho de Curitiba atingiu 60,3 pontos no ano de 2016 e 68,4 em 2017 e o conselho de Belo Horizonte obteve 51,2 pontos em 2016 e 48,8 em 2017. Verificou-se que, mesmo após 30 anos de SUS, a participação nos conselhos ainda apresenta lacunas, com dificuldades na publicização dos atos dos conselhos e, ainda, na garantia da voz e da presença dos potencialmente afetados.

Palavras-chave: Democracia participativa. Conselhos de saúde. Indicadores. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This work aims to analyze the participation, by analyzing the production of democratic goods in three municipal health councils in the cities of Belo Horizonte, Curitiba and Porto Alegre. In order to achieve this, the production of the democratic goods of inclusion, popular control, judged judgment and transparency in the years 2016 and 2017 was measured through the construction of an index. The information was collected in documents in the web portals of the councils, via e-mail, telephone and Law of Access to Information. The analysis of the documents allowed the measurement of variables that were computed and summed in specific worksheets in a maximum of 100 points to be reached. The results show weaknesses in the production of democratic goods, especially the democratic good of inclusion and transparency. The study demonstrated a median performance in popular control and weighted judgment. In addition, there was a change in the production of goods, so that when the two years were compared, Curitiba's board reached 60.3 points in 2016 and 68.4 in 2017, and Belo Horizonte's board obtained 51.2 points 2016 and 48.8 in 2017. It was verified that, even after 30 years of SUS, the participation in councils still presents gaps, with difficulties in publicizing council acts and also in guaranteeing the voice and the presence of those potentially affected.

Keywords: Participatory Democracy. Health Councils. Indicators. Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE INTEGRAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS E LEGISLAÇÃO VIGENTE.....	45
FIGURA 2 – REPRESENTAÇÃO DA TRADUÇÃO EMPÍRICA DE UM CONCEITO COMPLEXO.....	54
FIGURA 3 – DIMENSÕES DO ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	56
FIGURA 4 – DIAGRAMA DA SELEÇÃO DE ARTIGOS PARA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	58
FIGURA 5 – ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	77
FIGURA 6 – PESOS DAS DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES DE ANÁLISE.....	85
FIGURA 7 – FLUXO DE INFORMAÇÕES SEGUIDO NA PESQUISA.....	102
FIGURA 8 – REPRESENTAÇÃO DA ESTRUTURA DESCENTRALIZADA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE CURITIBA, PORTO ALEGRE E BELO HORIZONTE.....	109

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PUBLICIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE E INSTRUMENTOS DE GESTÃO NOS PORTAIS DAS CAPITAIS	105
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE NO ANO DE 2016.....	126
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE NO ANO DE 2017.....	127
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE NO ANO DE 2016. GESTÃO 2014-2016	128
GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE NO ANO DE 2016. GESTÃO 2016-2018	129
GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE NO ANO DE 2017	130
GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA NO ANO DE 2016.....	131
GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA NO ANO DE 2017.....	132

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS RESULTADOS DA PRODUÇÃO DE BENS DEMOCRÁTICOS PELOS CONSELHOS DE SAÚDE	62
QUADRO 2 – RESUMO DOS INDICADORES E VARIÁVEIS DA DIMENSÃO INCLUSÃO	69
QUADRO 3 – RESUMO DOS INDICADORES E VARIÁVEIS DA DIMENSÃO CONTROLE POPULAR	71
QUADRO 4 – RESUMO DOS INDICADORES E VARIÁVEIS DA DIMENSÃO JULGAMENTO PONDERADO	74
QUADRO 5 – RESUMO DOS INDICADORES E VARIÁVEIS DA DIMENSÃO TRANSPARÊNCIA ...	76
QUADRO 6 – INDICADOR E VARIÁVEIS DA SUBDIMENSÃO OUTCOMES	83
QUADRO 7 – QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DAS VARIÁVEIS E INDICADORES APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS	83
QUADRO 8 – URLS DOS PORTAIS DAS CAPITAIS	103

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – RESULTADOS DO ÍNDICE DE VERIFICAÇÃO DE CONTEÚDO DA CLAREZA DAS VARIÁVEIS.....	80
TABELA 2 – RESULTADOS DO ÍNDICE DE VERIFICAÇÃO DE CONTEÚDO DA PERTINÊNCIA DAS VARIÁVEIS	81
TABELA 3 – RESULTADOS DO ÍNDICE DE VERIFICAÇÃO DE CONTEÚDO DA RELEVÂNCIA DAS VARIÁVEIS.....	82
TABELA 4 – PESOS DA DIMENSÃO INCLUSÃO	86
TABELA 5 – PESOS DA DIMENSÃO CONTROLE POPULAR	86
TABELA 6 – PESOS DA DIMENSÃO JULGAMENTO PONDERADO	86
TABELA 7 – PESOS DA DIMENSÃO TRANSPARÊNCIA	87
TABELA 8 – CÁLCULO DA VARIÁVEL DO INDICADOR PRESENÇA DOS SEGMENTOS	88
TABELA 9 – CÁLCULO DA VARIÁVEL SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA	88
TABELA 10 – CÁLCULO DA VARIÁVEL ALTERNÂNCIA DE PODER DA PRESIDÊNCIA DOS CONSELHOS.....	89
TABELA 11 – CÁLCULO DA VARIÁVEL FORMAÇÃO DE AGENDA DE DEBATES.....	89
TABELA 12 – CÁLCULO DA VARIÁVEL DO INDICADOR DE PROPORÇÃO DE EXPRESSÃO DA VOZ	90
TABELA 13 – CÁLCULO DA VARIÁVEL A DO INDICADOR INSERÇÃO NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO.....	91
TABELA 14 – CÁLCULO DA VARIÁVEL B DO INDICADOR INSERÇÃO NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO.....	91
TABELA 15 – CÁLCULO DA VARIÁVEL A DO INDICADOR MONITORAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE EXECUÇÃO DA POLÍTICA.....	92
TABELA 16 – CÁLCULO DA VARIÁVEL B DO MONITORAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE EXECUÇÃO DA POLÍTICA.....	93
TABELA 17 – CÁLCULO DA VARIÁVEL A DO INDICADOR PRODUÇÃO DECISÓRIA DA INSTITUCIONALIDADE PARTICIPATIVA.....	93
TABELA 18 – CÁLCULO DA VARIÁVEL B DO INDICADOR PRODUÇÃO DECISÓRIA DA INSTITUCIONALIDADE PARTICIPATIVA.....	94
TABELA 19 – CÁLCULO DA VARIÁVEL C DO INDICADOR PRODUÇÃO DECISÓRIA DA INSTITUCIONALIDADE PARTICIPATIVA.....	94
TABELA 20 – CÁLCULO DA VARIÁVEL DO INDICADOR DE CAPACITAÇÕES PARA O DESEMPENHO DA FUNÇÃO.....	95
TABELA 21 – CÁLCULO DA VARIÁVEL DO INDICADOR PRESENÇA DE COMISSÕES TEMÁTICAS	95
TABELA 22 – CÁLCULO DA VARIÁVEL PRESENÇA DE TÉCNICOS NAS REUNIÕES DOS CONSELHOS.....	96
TABELA 23 – CÁLCULO DA VARIÁVEL DO INDICADOR DE GESTÃO DO CONSENSO.....	96

TABELA 24 – CÁLCULO DA VARIÁVEL A DO INDICADOR PUBLICAÇÕES EXTERNAS EM SITES OFICIAIS DA ESFERA CORRESPONDENTE	97
TABELA 25 – CÁLCULO DA VARIÁVEL B DO INDICADOR PUBLICAÇÕES EXTERNAS EM SITES OFICIAIS DA ESFERA CORRESPONDENTE	98
TABELA 26 – CÁLCULO DA VARIÁVEL PUBLICAÇÕES DOS ATOS ADMINISTRATIVOS PRESENTES NO SITE DO CONSELHO	98
TABELA 27 – CÁLCULO DA VARIÁVEL ACESSO AS INFORMAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DAS REUNIÕES	99
TABELA 28 – CÁLCULO DA VARIÁVEL ACESSO AS INFORMAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DO CONSELHO	100
TABELA 29 – DESEMPENHO POR DIMENSÃO NO ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS NO ANO DE 2016	112
TABELA 30 – DESEMPENHO POR DIMENSÃO NO ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS NO ANO DE 2017	112
TABELA 31 – DISTRIBUIÇÃO DOS DESEMPENHOS DOS CONSELHOS POR INDICADOR E ANO	114
TABELA 32 – A PRODUÇÃO DA INCLUSÃO PELOS CONSELHOS DE SAÚDE EM 2016	116
TABELA 33 – A PRODUÇÃO DA INCLUSÃO PELOS CONSELHOS DE SAÚDE EM 2017	116
TABELA 34 - RESUMO DO DESEMPENHO NO INDICADOR 1.1.1 POR CONSELHO, SEGMENTO E ANO	121
TABELA 35 – SÍNTESE DO NÚMERO DE ATAS ANALISADAS POR ANO QUE OBTIVERAM UM PERCENTUAL DE FALA DOS USUÁRIOS SUPERIOR A 35%	126

LISTA DE SIGLAS

ANS	– Agência Nacional de Saúde
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEB	– Comunidades Eclesiais de Base
CEBES	– Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CIB	– Comissão Intergestores Bipartite
CIT	– Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	– Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	– Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	– Conselho Nacional de Secretários de Saúde
IP	– Instituições Participativas
LOA	– Lei Orçamentária Anual
LDO	– Lei de Diretrizes Orçamentárias
OMS	– Organização Mundial de Saúde
OCDE	– Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico
PAS	– Programação Anual de Saúde
PS	– Plano de Saúde
PMS	– Plano Municipal de Saúde
PPA	– Plano Plurianual
RAG	– Relatório Anual de Gestão
SUS	– Sistema Único de Saúde
URL	– Uniform Resource Locator

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1.1 As origens históricas.....	22
2.1.2 A análise da participação	27
2.2 OS BENS DEMOCRÁTICOS	29
2.2.1 Inclusão.....	31
2.2.1.1 Presença.....	31
2.2.1.2 Voz.....	32
2.2.2. Controle popular	32
2.2.3 Julgamento ponderado	33
2.2.4 Transparência.....	35
2.3 OS CONSELHOS GESTORES	36
2.4 PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE E A GESTÃO COMPARTILHADA NO SUS	38
2.4.1 Uma perspectiva histórica.....	38
2.4.2 Os conselhos de saúde e a gestão compartilhada do SUS	42
3. PERCURSO METODOLÓGICO	51
3.1 A CONSTRUÇÃO DE UM ÍNDICE	52
3.1.1 Estrutura do índice	55
3.1.1.1. Dimensões	56
3.1.1.2 A revisão sistemática.....	57
3.1.1.2.1 Critérios de elegibilidade e fontes de informação	59
3.1.1.2.2 Estratégia de busca	59
3.1.1.2.3 Seleção dos estudos.....	60
3.1.1.2.4 Processo de extração dos dados	60
3.1.1.2.5 Redução de vieses.....	60
3.1.1.2.6 Resultados	61
3.1.1.2.7 Discussão	63
3.1.1.2.8 Conclusão	65
3.1.2.2 As subdimensões, os indicadores e as variáveis	65
3.1.3 A análise da pertinência temática do questionário com os especialistas.....	77
3.1.4 Ponderação	84
3.1.4.1 Cálculo das variáveis.....	87
3.1.4.1.1 Dimensão Inclusão.....	87

3.1.4.1.2 Dimensão Controle Popular	90
3.1.4.1.3 Dimensão Julgamento Ponderado	94
3.1.4.1.4. Dimensão Transparência	97
3.2 A SELEÇÃO DA AMOSTRA	100
3.3 APLICANDO O ÍNDICE	107
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	109
4.1 A PRODUÇÃO GERAL DE BENS DEMOCRÁTICOS	111
4.2 A PRODUÇÃO DA INCLUSÃO PELOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	116
4.3 A PRODUÇÃO DO CONTROLE POPULAR PELOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	138
4.4 A PRODUÇÃO DO JULGAMENTO PONDERADO PELOS CONSELHOS DE SAÚDE	147
4.5 A PRODUÇÃO DA TRANSPARÊNCIA PELOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	154
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
REFERÊNCIAS.....	163
APÊNCICE A – CARTA ENVIADA AOS ESPECIALISTAS.....	184
APÊNCICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	185
APÊNCICE C – QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS ESPECIALISTAS	186

1 INTRODUÇÃO

Os Estados democráticos têm buscado criar arranjos participativos com o intuito de promover uma aproximação com o cidadão comum e, assim, buscar o aprofundamento da democracia e a qualificação da gestão pública (LAVALLE, 2011a). Experiências brasileiras como o orçamento participativo, os conselhos gestores e conferências setoriais foram caracterizadas como inovações democráticas (AVRITZER; NAVARRO, 2003; WAMPLER, 2007; SMITH, 2009). Elas buscam fortalecer a democracia, ser uma alternativa para a crise da representatividade (SANTOS; AVRITZER, 2005) e, ainda, levar o cidadão para a esfera pública da tomada de decisão (HABERMAS, 1995, 2003; POGREBINSCHI; SANTOS, 2011), permitindo, desta forma, a sua incidência sobre a política para além do voto.

No Brasil mais especificamente, a diversidade de experiências participativas evocou uma vasta gama de estudos sobre participação nas últimas décadas, os quais têm buscado compreendê-la de distintas formas e com toda a polissemia de sentidos que esse termo pode ter (LAVALLE, 2011a; PAIVA STRALEN; COSTA, 2014; LAVALLE; VOIGHT; SERAFIM, 2016). Tais estudos ocorrem em paralelo ao desenvolvimento e amadurecimento desses arranjos participativos. Assim, inicialmente buscou-se compreender como eles estavam se organizando (SILVA, 2011), as suas dinâmicas deliberativas (FUKE; PERISSINOTTO, 2006; CUNHA, 2010; CUNHA *et al.* 2011), bem como a questão da representatividade (LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006; AVRITZER, 2007; LÜCHMANN, 2007). À medida que algumas instituições aprofundam seus processos em razão do seu tempo de existência (LAVALLE; VOIGHT; SERAFIM, 2016), novas questões emergem para essas institucionalidades, tais como quais têm sido seus efeitos na política e como comparar seus resultados, por exemplo.

Algumas institucionalidades, como os conselhos gestores e determinadas conferências setoriais, possuem um alto grau de institucionalização e por isso têm sido estudadas há mais tempo (CORTES, 2011). Dentre estas, os conselhos de saúde são considerados a experiência mais abrangente (ESCOREL; MOREIRA, 2012) com 5.569 conselhos de saúde em atividade no país, envolvendo quase 80 mil cidadãos (COELHO, 2011; BRASIL, 2018). E ainda para Almeida, Cyres e Tatagiba (2015), os conselhos de saúde são um modelo a ser seguido por outras áreas como sistema de participação e com isso, tem sido amplamente estudada.

Os conselhos de saúde são os arranjos participativos escolhidos para a realização de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a participação da sociedade. Presentes nas três esferas administrativas desde o início da década de 1990, com caráter deliberativo e permanente, eles representam um locus de diálogo importante entre Estado e sociedade que busca, nas ações de proposição e controle social, efetivar o princípio constitucional da participação da sociedade na política de saúde.

Os conselhos de saúde são compostos por quatro segmentos: sociedade civil organizada, profissionais de saúde, gestores públicos e provedores de serviços de saúde. Os representantes da sociedade estão em paridade com os demais segmentos. Sendo altamente institucionalizados e abrangentes, após quase 30 anos de regulamentação, os conselhos de saúde atuantes na co-gestão do SUS têm sido estudados pela literatura sob vários aspectos. Os estudos relatam a dificuldade dos conselhos se tornarem uma institucionalidade que permita o exercício da participação da sociedade na política de saúde como se havia almejado na Constituição e no Movimento Sanitarista (TATAGIBA, 2002; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; ESCOREL, MOREIRA, 2009; ZAMBON; OGATA, 2013; KOHLER; MARTINEZ, 2015).

Vários autores (COTTA *et al.*, 2009; BATISTA; MOREIRA, 2016; BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015; MONTEIRO; FLEURY, 2006) convergem para um ponto em relação aos conselhos de saúde: que vencida (ou não) a etapa da inclusão da sociedade, os conselhos de saúde (mais especificamente os municipais) precisam superar importantes problemas para que possam influir de maneira efetiva no processo decisório da política municipal de saúde (MOREIRA, 2016).

Apesar dos conselhos de saúde estarem apoiados por aspectos legais e normativos, Moreira e Escorel (2009) ao realizarem um estudo censitário observaram que eles não conseguiram, após 20 anos de criação, consolidar-se como instituições pertencentes ao processo decisório das políticas municipais de saúde. Trazem ainda que 90% dos conselhos municipais de saúde do país tinham ao menos uma de suas últimas cinco deliberações não reconhecidas pelo poder executivo. Diante disso faz-se necessário investigar como os conselhos têm efetivado a participação nos seus espaços e que efeitos estão sendo produzidos.

A participação em si continua a ser um conceito complexo e de múltiplos propósitos, significados, níveis e métodos. Apesar de numerosas tipologias e estruturas conceituais que remontam à famosa "escada de participação", de Sherri

Arnstein, na década de 1960, muitos estudos de participação pública carecem de precisão sobre o propósito, as características e as dimensões da participação (ABELSON; GAUVIN, 2006). Mas este é, muitas vezes, um debate sobre fins e meios, pois, assumindo a complexidade e multidimensionalidade do que é participação, entende-se que ainda não há um consenso sobre sua definição e sobre quais seriam os seus efeitos desejáveis; portanto, sua mensuração não é trivial (LAVALLE, 2011a).

A busca pela mensuração da participação nos arranjos participativos traz em si desafios analíticos e metodológicos, seja pela adoção de unidades de observação e de agregação (PIRES; VAZ, 2010), seja por assumir que a participação a um só tempo implica tanto um elemento valorativo quanto um elemento político (LAVALLE, 2011a).

Ao analisar a participação da população dentro das inovações democráticas, Smith (2009) coloca que muito do debate sobre os efeitos da participação ou das institucionalidades ocorre num alto grau de abstração, formando um hiato entre as teorias normativas e explicativas. Isso muitas vezes impossibilita avaliar o potencial dos diferentes tipos de inovações democráticas. Diante disso, o autor elabora um quadro analítico que tenta equacionar tanto a perspectiva dedutiva como o comprometimento com uma teoria democrática por meio da análise do desenho institucional destas experiências democráticas. Seu propósito é analisar a extensão em que estas produzem atributos essenciais à qualquer institucionalidade democrática – os bens democráticos. São considerados por Smith (2009) bens democráticos essenciais às inovações democráticas a inclusão, o controle popular, o julgamento considerado e a transparência.

A partir do entendimento da multidimensionalidade de sentidos que a participação assume e da dificuldade de sua mensuração nos arranjos participativos, este trabalho tem como objetivo analisar a participação nos conselhos de saúde a partir da mensuração da produção dos quatro bens democráticos essenciais. Isto será feito por meio da construção de um índice que permita aferir a capacidade dos conselhos de saúde selecionados em produzir estes atributos essenciais à democracia participativa (SMITH, 2009; FARIA; RIBEIRO, 2011; LAVALLE, 2011a). Com isso, se espera comparar a produção de bens democráticos entre os conselhos de saúde e ainda, a variação anual dentro de um mesmo conselho.

O trabalho começa abordando as inovações democráticas, suas origens históricas, conceituação e como elas têm sido analisadas. São ali apresentados os quatros

produtos essenciais esperados de qualquer institucionalidade democrática a partir do referencial teórico de Smith (2009). A seguir, a inovação democrática representada pelos conselhos gestores de saúde é explorada enquanto origem e papel na política de saúde. Em seguida, discorre-se sobre o percurso metodológico assumido na construção do índice e dos seus indicadores. Depois, são apresentados os resultados encontrados na aplicação dos indicadores e a sua discussão. Seguem as considerações finais.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 INOVAÇÕES DEMOCRÁTICAS

Definir, atualmente, o que é democracia, tanto por uma perspectiva teórica como na prática, se constitui um desafio diante de várias visões desenvolvidas e que, muitas vezes, contrastam a teoria normativa com a prática política (CINI, 2011).

Na medida em que a democracia se estabelece como forma de organização política da maioria dos países e há a aquiescência da democracia representativa como principal modelo democrático, surgem questionamentos de como tam ocorrido a participação do povo (demos) no Estado Democrático e quais têm sido os efeitos não só políticos, mas também nas políticas públicas.

Mesmo que o ideal democrático seja uma constante nas sociedades modernas, a sua prática parece não responder às distintas necessidades de cada grupo e de cada ser humano. Com isso, surgiu recentemente uma gama de perspectivas teóricas e modelos práticos que buscam o aumento da participação do cidadão no processo de tomada de decisão (Smith, 2009) – as inovações democráticas.

2.1.1 As origens históricas

Indivíduos participando¹ de um debate em uma esfera pública² e deliberando acerca de questões coletivas que dizem respeito às suas vidas sempre foi um dos elementos essenciais da democracia e da política (SANTOS, 2015). Além dos princípios de igualdade e liberdade, a democracia pressupõe ação, participação, corresponsabilidade e interação entre diferentes (BRASIL, 2010).

O conceito de participação não é consenso, possui uma polissemia de sentidos práticos, teóricos e institucionais (LAVALLE, 2011a). Localizada histórica e socialmente, a participação constitui-se em uma relação de interação com o outro e, por menor que seja, envolve a tomada de decisão (BISPO JR., 2015).

Neste trabalho, a participação será considerada sob a lógica da democracia participativa abrangendo as ideias forças de autores clássicos como Rousseau, que é, de acordo com Pateman (1992, p. 35), o “teórico por excelência da participação”³. Para Rousseau (2003), a participação, como forma de garantir a democracia do Estado, acontece na tomada de decisão. Já os participacionistas contemporâneos trazem um conceito de participação ampliada para além da arena política com a presença “de atores sociais de diversos tipos em um processo de tomada de decisão” (SANTOS; AVRITZER, 2005, p. 59). Além disso, assume-se que a participação possui efeitos de socialização e psicológicos (PATEMAN, 1992; LAVALLE, 2011b)). Além disso, assume-se que a participação possui efeitos de socialização e psicológicos (PATEMAN, 1992; LAVALLE, 2011b), servindo como escola de cidadania com potencial de transformação sobre as pessoas que participam do processo, garantindo uma “inter-relação contínua entre o funcionamento das instituições e as qualidades e atitudes psicológicas dos indivíduos que interagem dentro delas” (PATEMAN, 1992, p. 35). A participação é, portanto, uma prática fundamental para o estabelecimento e a manutenção do Estado democrático.

¹ Para Lavalle (2011a), o valor da participação para a democracia está na superposição de certos valores a ela atribuídos e dois princípios fundamentais da democracia: a autodeterminação e a igualdade política. Essa superposição se dá pelo reconhecimento do direito da *demos* de decidir sobre a organização e destino da *polity*, garantindo igual tratamento à expressão dos interesses de seus membros (igualdade) e de se submeter às consequências dessas decisões (autodeterminação).

² A definição de esfera pública não é um consenso (LOSEKANN, 2009). O próprio Habermas inicialmente só considerava as esferas públicas formais e instituídas, mas, diante da necessidade de adaptar o conceito aos dias atuais, as esferas públicas informais passaram a ser consideradas. Habermas considera que esfera pública política teria a função fundamental de, por meio da opinião pública, intermediar as relações entre o Estado e as necessidades da sociedade

³ Distinção colocada como controversa por Lavalle (2011a) e Garsten (2009).

Dentre os modelos de democracia, a democracia representativa é o modelo amplamente difundido e aceito que incorpora sistemas políticos em que os cidadãos são portadores de direitos políticos, dentre eles os de expressão, associação e sufrágio, e manifestam seus interesses e preferências por meio do voto em seus representantes nas eleições regulares. As eleições constituem-se em espaços competitivos organizados por partidos políticos rivais e a vitória eleitoral significa o controle do governo, o que dá aos candidatos vencedores a autoridade para moldar as políticas públicas por meio da legislação e do controle que exercem sobre a administração (SANTOS, 2015).

Assim, a participação na democracia representativa está ancorada em uma concepção de participação e de política que transfere a decisão da política e dos processos decisórios para os representantes eleitos por meio do sufrágio eleitoral (LUCHMANN, 2006). Desse modo, a expressão das preferências dos cidadãos é medida pelo assentimento a pessoas ou a programas, e quantificada pelo número de votos recebidos (HABERMAS, 1995).

A sociedade contemporânea está diante de uma nova gramática social em que as relações entre Estado e sociedade mudaram significativamente após metade do século XX e a democracia representativa passou a ser questionada enquanto método e capacidades (BISPO JR., 2015). O seu caráter instrumental, individualista e competitivo tem sido alvo de inúmeras críticas, especialmente por ela supostamente ter sido incapaz de solucionar o problema do acesso dos diversos atores sociais ao debate público (SANTOS; AVRITZER, 2005; MONTEIRO; MOURA; LACERDA, 2015) e, mais ainda, não ter sido capaz de dar alternativas ao problema da exclusão e da desigualdade social (MONTEIRO; MOURA; LACERDA, 2015).

O cerne desse debate, ainda que abrigue divergências e ênfases analíticas variadas, é que “a legitimidade democrática nas sociedades contemporâneas, nas quais vigoram amplos dissensos e/ou fortes desigualdades, não pode ser satisfeita restritamente pela técnica de decisão aritmética das urnas” (ALMEIDA; TATABIBA, 2012, p. 70).

Diante dessas críticas e da crise da representatividade (SANTOS; AVRITZER, 2005), emergem experiências democráticas com a promessa de produzir institucionalidades capazes de amparar debates públicos que resultem em decisões pactuadas (ALMEIDA; TATABIBA, 2012) e uma maior participação dos cidadãos nos

assuntos de interesse da coletividade (LÜCHMANN, 2006) – as inovações democráticas.

Para Smith (2009, p. 1) as inovações democráticas são “instituições que foram especificamente concebidas para aumentar e aprofundar a participação dos cidadãos no processo de decisão política”. Essas experiências não se opõem ao procedimentalismo da democracia representativa, mas trazem na sua concepção o reconhecimento da pluralidade humana e a dimensão sócio-histórica da democracia (SANTOS; AVRITZER, 2005).

É no interior das concepções contra-hegemônicas (SANTOS; AVRITZER, 2005) ou radical-democráticas (COHEN; FUNG, 2007) que o procedimentalismo passa a ser pensado como prática social, e não só como método, pois passa a configurar uma forma de exercício coletivo de poder político (COHEN, 1997) com “uma participação ampliada de atores sociais de diversos tipos em um processo de tomada de decisão” (SANTOS; AVRITZER, 2005, p. 59).

A partir do sentido etimológico da palavra grega *democracia*, em que (*kratos*) designa o poder e (*demos*) do povo – poder do povo –, e, ainda, resgatando as noções de bem comum, vontade coletiva, soberania popular e igualdade, de autores clássicos como Rousseau (2003) e Tocqueville (2010) os defensores desses novos modelos de democracia buscaram, a partir da década de 1960 e 1970, desmistificar a noção de que o cidadão é incapaz ou desinteressado nos processos políticos (MONTEIRO; MOURA; LACERDA, 2015). Sendo assim, incorpora-se nessas concepções o papel dos movimentos sociais que buscam um aumento da cidadania e a inserção de atores socialmente excluídos e, ainda, a tensão entre representação e a diversidade cultural e social, que se reflete, em alguma medida, na crise da representatividade (SANTOS, 2015).

Essas novas concepções democráticas/inovações democráticas (SMITH, 2009; PIRES; VAZ, 2010; FARIA, RIBEIRO, 2011) estão vinculadas em alguma medida a duas linhas do pensamento democrático: a democracia participativa direta e a democracia deliberativa. Primeiramente, a democracia direta, defendida por Rousseau (2003), propõe que os cidadãos devem ter uma atuação direta mais importante nas escolhas públicas ou, ao menos, engajar-se mais profundamente nas questões políticas substantivas, tendo a garantia de que suas preocupações e opiniões serão efetivamente ouvidas e atendidas por parte dos administradores públicos (PATEMAN, 1992; MACPHERSON, 1978; SANTOS; AVRITZER, 2005;

COHEN; FUNG, 2007). Em segundo lugar, a democracia deliberativa (RAWLS, 1980, 1996; HABERMAS, 1984, 1992) enfatiza a deliberação e o “ideal de justificação do exercício do poder político de caráter coletivo a partir da discussão pública entre indivíduos livres e iguais” (LÜCHMANN, 2007, p. 22). Desse modo, ambas enfatizam

[...] o caráter de autodeterminação da cidadania, por um lado, e o caráter pedagógico e transformador da participação política, por outro. [...] pressupon[do] não apenas o aumento do senso de eficácia política como o desenvolvimento humano através dos processos participativos (LÜCHMANN, 2007, p. 21).

Não se trata de pensar num formato de ruptura com o modelo de representação político-eleitoral tradicional. Não é a passagem de um modelo representativo para o participativo (BOBBIO, 2007), mas a extensão do poder ascendente (de baixo para cima) do campo da sociedade política para o da sociedade civil. É aprofundar a democracia (SANTOS; AVRITZER, 2005).

A partir dessa premissa, vários mecanismos de participação foram criados com distintos desenhos e formatos: minipúblicos, assembleias populares, conselhos gestores, experiências de democracia eletrônica, conferências, orçamento participativo, entre outros tantos. E isto, para Smith (2009), permitiria uma política democrática próspera, pois, segundo o autor, é na variedade de maneiras de se envolver o cidadão, desde canais formais e institucionalizados até informais, que a democracia ocorre.

O Brasil é referência nessas inovações democráticas a partir da abertura constitucional de 1988 para a organização de mecanismos de participação da sociedade na gestão da coisa pública. Assim, o país tem experimentado um crescimento constante de institucionalidades que apontam na direção de formas ampliadas de participação na democracia brasileira (AVRITZER, 2009, 2011).

Desta forma, a democracia brasileira concebeu espaços que permitiu a participação da sociedade nos processos decisórios, na presunção de que os atores sociais possuem capacidade de propor soluções para demandas e problemas e, ainda, influenciar positivamente a gestão pública, numa expectativa clara de um aumento do potencial democrático para além do voto (FARIA; RIBEIRO, 2011; SANTOS; GUGLIANO, 2015).

2.1.2 A análise da participação

A emergência das instituições participativas (IPs) (AVRITZER, 2009) produziu uma vasta gama de estudos sobre participação nas últimas décadas. Tais estudos estão ocorrendo em paralelo ao desenvolvimento e amadurecimento desses arranjos de forma que se pode delinear três momentos nos estudos da participação (SILVA, 2011). Inicialmente buscou-se compreender como as inovações democráticas estavam se organizando no intuito de “defendê-las” e construir um objeto “científico legítimo” (SILVA, 2011, p. 233). No segundo momento, o acúmulo de conhecimento acerca das dinâmicas deliberativas (FUKS; PERISSINOTTO, 2006; CUNHA, 2010; ALMEIDA; CUNHA 2011), da questão da representatividade (LAVALLE, HOUTZAGER; CASTELLO, 2006; AVRITZER, 2007; LÜCHMANN, 2007) e o desenho institucional (FUNG; WRIGHT, 2003; ALMEIDA; RIBEIRO, 2011) promoveram análises que traziam alguns “descompassos existentes entre os objetivos político-normativos democratizantes que alimentavam o ideário participacionista” (SILVA, 2011, p. 233).

Para Pogrenbinschi e Ventura (2017) o tema da consolidação da democracia cedeu lugar à preocupação com a sua qualidade. Há um esforço sistemático para aperfeiçoar índices e medidas, de modo a avaliar a qualidade democrática ao redor do globo, o que inclui as inovações democráticas.

No Brasil com a consolidação dessas institucionalidades e o reconhecimento delas como parte integrante da arquitetura institucional brasileira, o debate se deslocou da sua implementação para a análise da qualidade e os efeitos produzidos em termos de aprofundamento democrático e qualificação da gestão pública (SILVA, 2011; VAZ, 2011), a questão da efetividade.

Faria e Ribeiro (2011) tencionam a análise do efeito desses arranjos já que

[...] passadas mais de duas décadas, estas “inovações” vêm se revelando um grande desafio prático e teórico na medida em que as expectativas geradas em torno destas inovações nem sempre se tornaram realidade (TATAGIBA, 2002; COELHO *et al.*, 2010). Diante dos fatos, a literatura especializada tem realizado estudos e discussões críticas acerca das práticas participativa e deliberativa no interior dessas instituições, do impacto destas práticas na gestão e no controle das políticas públicas, bem como das possíveis variáveis que explicam a diferença de desempenho entre as instituições em tela. (p. 125-126).

Além disso, no balanço dos estudos sobre conselhos de políticas públicas – uma destas inovações democráticas - Almeida, Cayres e Tatagiba (2015) apontam para a tendência de

[...] uma nova fase dos estudos caracterizada pela sofisticação dos métodos de análise, pelo esforço comparativo, por um olhar para além das instâncias de participação, buscando localizá-las no entorno mais amplo, pela busca por generalização dos resultados consoante a um maior investimento teórico e um enfoque mais “realista”, ou seja, menos “laudatório” e “normativo” (p. 269).

Além disso, Lavallo, Serafim e Voight (2016), colocam que os estudos precisam avançar para abordagens comparativas mais abrangentes e definir unidades de observação precisas e equivalentes entre experiências democráticas.

No entanto, a partir da análise dos estudos sobre os conselhos de saúde, Almeida, Cayres e Tatagiba (2015) descrevem o quão diverso têm sido os modos e os campos de análise dos conselhos (e das inovações) e da participação, com uma concentração marcada em quatro grandes áreas disciplinares: campo das ciências sociais, da educação, do serviço social e da saúde. Essa diversidade, muitas vezes, gera um debate sobre fins e meios, pois, assumindo a complexidade do que é participação, entende-se que ainda não há um consenso sobre sua definição, nem sobre quais seriam os seus efeitos desejáveis; portanto, sua mensuração não é trivial (LAVALLE, 2011a).

Para o Lavallo (2011b), no Brasil a participação assumiu uma categoria prática da democracia, “isto é, uma categoria mobilizada para conferir sentido à ação coletiva de atores populares (p. 14)”, e isto permitiu a institucionalização de várias IPs na estrutura administrativa brasileira, em especial os conselhos gestores. Por sua vez, como categoria da teoria democrática, a trajetória e os sentidos da participação são outros e têm suas próprias raízes, e estas duas categorias se cruzam no Estado pós-constituente quando “a produção acadêmica procurou caminhos para avaliar criticamente tanto a qualidade da nova democracia quanto as inovações institucionais participativas” (LAVALLE, 2011b, p. 37), o que reforça o desafio ao se operacionalizar uma análise da participação.

Ao analisar a participação dos cidadãos dentro das inovações democráticas, Smith (2009) constata que o debate sobre os efeitos da participação ou das próprias institucionalidades ocorre num alto grau de abstração, formando um hiato entre as

teorias normativas e explicativas, o que, muitas vezes, impossibilita avaliar o potencial dos diferentes tipos de inovações democráticas.

Para teóricos como Fung e Wright (2003), ao se analisar a participação nestas institucionalidades é importante analisar o desenho institucional, pois ela está diretamente relacionada com os objetivos dessas inovações democráticas. Se a intenção da inovação é aprofundar a democratização dos processos de tomada de decisão ou receber reações, sugestões e propostas sobre a prestação dos serviços públicos, isso vai gerar diferentes tipos de participação e mecanismos (EVANS, 2012); se, por outro lado, visa informar e consultar o cidadão sobre alguma questão pública relevante ou desenvolver um processo colaborativo de decisão ou de cogestão de uma política, certos mecanismos são mais apropriados do que outros (SANTOS, 2015).

No entanto, as discussões sobre a participação e seus efeitos têm se mantido dentro de uma perspectiva dedutiva e ainda tendem a se situar nos debates entre concorrentes teorias democráticas, ou “modelos”, sejam elas deliberativa, direta, cosmopolita, liberal ou outra. Na tentativa de equalizar essas tensões, Smith (2009) observa que, para se analisarem os efeitos esperados de uma institucionalidade democrática (LAVALLE, 2011a), deve-se considerar a intenção com a qual ela foi criada (EVANS, 2012). Desse modo, Smith (2009) apresenta um quadro analítico que permite avaliar distintas institucionalidades democráticas a partir da perspectiva do desenho institucional na busca por homogeneizar ou ao menos estabelecer um nível de comparabilidade entre as inovações democráticas e quais os efeitos por elas gerados. O quadro se propõe a analisar como distintos arranjos democráticos produzem quatro efeitos essenciais, os quais o autor denomina de “*bens democráticos*”.

2.2 OS BENS DEMOCRÁTICOS

Para Smith (2009), qualquer inovação democrática, independentemente da teoria democrática na qual ela se fundamenta, deve produzir minimamente os seguintes bens ou efeitos: a) *inclusão* – que se refere a como a institucionalidade promove a presença e a expressão de demandas dos seus participantes, especialmente dos potencialmente afetados; b) *controle popular* – que fala da influência dos participantes tanto no processo de tomada de decisão da

institucionalidade como nos efeitos decorrentes na política; c) *juízo ponderado* – que discorre sobre a compreensão dos participantes dentro de um processo deliberativo, como se dá o processo deliberativo e que elementos os participantes utilizam para a tomada de decisão; e d) *transparência* – que descreve a franqueza do processo institucional tanto para os seus participantes como para o público em geral.

Segundo Smith (2009, p. 12), os quatro bens democráticos essenciais

[...] são fundamentais para qualquer descrição teórica da legitimidade democrática das instituições. Como já sugerimos, os relatos de legitimidade em uma determinada teoria democrática podem muito bem interpretar e ponderar esses bens de maneiras diferentes. Assim, por exemplo, as teorias da democracia direta tendem a atribuir um significado particular a interpretações específicas da inclusão e do controle popular, enquanto as teorias da democracia deliberativa privilegiam uma combinação diferente de inclusão, juízo ponderado e transparência. Mas, por mais que sejam interpretados e ponderados, é difícil conceber uma explicação razoável das instituições democráticas que não consideraram esses bens. Em outras palavras, uma teoria democrática que negligencie qualquer um desses bens provavelmente seria considerada gravemente deficiente” (grifo nosso).

Além desses quatro bens, considerados pelo autor como essenciais, há outros dois efeitos esperados pelas institucionalidades participativas: *eficiência*, que se refere à distribuição dos custos da participação para cidadãos e autoridades públicas de forma equilibrada, e *transferibilidade*, que indica a possibilidade de o arranjo funcionar em diferentes contextos e realidades.

Portanto, esse modelo teórico-analítico, de certa forma, sintetiza algumas dimensões e sentidos que a participação pode assumir- mesmo que desconsidere a miríade de outros elementos que podem influir no processo participativo como o tipo de partido político e/ou coalizão da gestão (WAMPLER, AVRITZER, 2004) e o próprio o perfil associativo ou sua densidade associativa dos municípios (AVRITZER, 2002; PUTNAM, 2002)

Em seu livro “Inovações Democráticas”, Smith (2009) analisa vários arranjos participativos refletindo até que pontos estas inovações produzem a inclusão, o controle popular, o juízo ponderado e a transparência e o autor conclui que cada um dos desenhos institucionais apresenta, em diferentes graus, a capacidade de promoção desses bens democráticos (SMITH, 2009).

Assim, analisar como as inovações democráticas produzem a inclusão, o controle popular, o juízo ponderado e a transparência pode ser uma forma de congregar múltiplos aspectos sobre os quais se pode examinar a participação.

A seguir se discorrerá sobre cada bem democrático isoladamente na visão de Graham Smith (2009).

2.2.1 Inclusão

Se a participação desigual é uma preocupação persistente em vários modos de participação política, então a inclusão é claramente um bem significativo das instituições democráticas (SMITH, 2009). Assim, a dimensão da inclusão analisa a construção da “*demos*” da institucionalidade participativa.

Para Goodin (2007), o problema de “constituir a *demos*” tem sido em alguns momentos negligenciado na teoria democrática e os estudos de participação evidenciam que poucos cidadãos realmente se envolvem regularmente na ação política, e uma maior participação, geralmente, está condicionada a renda, riqueza e educação (PATTIE; SEYD; WHITELEY, 2005; VERBA; NORMAN; KIM, 1978).

Esse é o dilema da participação desigual (LIJPHART, 1997), visto que, se for mantida uma condição de autoseleção, as instituições podem simplesmente replicar as desigualdades existentes. Portanto, para alguns autores há a necessidade de promover a inclusão de grupos sociais tradicionalmente marginalizados dos processos políticos, apontando para a importância de atenção a segmentos carentes, pouco mobilizados e não organizados (CORNWALL, 2008; GAVENTA, 2006).

Smith (2009), ao considerar o bem democrático da inclusão, foi sensível à forma como dois aspectos da inclusão são realizados: presença e voz. A presença gira em torno principalmente do modo de seleção dos cidadãos e a voz se dá na medida em que os cidadãos podem contribuir para os procedimentos.

2.2.1.1 Presença

A presença pode ser representada pelo processo por meio do qual se dá a seleção dos participantes e em que medida esse processo permite a inclusão de todos os segmentos da sociedade, especialmente dos potencialmente afetados, grupos vulneráveis ou minorias (GOODIN, 2007). Isso porque diferentes teóricos salientam que a presença pode ter um impacto significativo na natureza das decisões: se os

excluídos politicamente não estão presentes, é improvável que as decisões respondam plenamente às suas preocupações (PHILLIPS, 1995).

Vários autores defendem a importância de se investigar a forma como ocorrem o acesso e a participação dentro das instituições participativas (AVRITZER, 2009) como meio de se analisar e avaliar um dos aspectos concernentes aos efeitos da participação (DAHL, 2001; YOUNG, 2000; FUNG; WRIGHT, 2003; CORNWALL; COELHO, 2007; ALMEIDA, 2011; COELHO, 2011; SILVA, 2011).

2.2.1.2 Voz

A simples presença, de acordo com Smith (2009), não se traduz em participação efetiva, há a necessidade de a instituição dar oportunidade aos participantes de expressarem suas demandas, de estas serem ouvidas, bem como de se perceberem as chances de essas demandas afetarem o output da instância participativa.

A presença em si muitas vezes não alcança “a capacidade das instituições [e sociedade] influenciarem, controlarem ou decidirem sobre determinada política” (CUNHA, 2010, p. 98) ou sobre output desta. Isso se aplica tanto aos momentos de discussão/deliberação quanto ao produto dos processos decisórios e políticos sob o ponto de vista de resultados (AVRITZER, 2011). Para Cremonese (2012, p. 82), “participar significa tornar-se parte, sentir-se incluído, é exercer o direito à cidadania (ter vez e voz)”. Esta associação — ter vez e voz — é muito importante na análise do potencial inclusivo das demandas da sociedade nos espaços decisórios (SMITH, 2009).

2.2.2. Controle popular

Para Smith (2009) as definições de democracia acentuam o direito igual dos cidadãos a participar de decisões coletivas, mas o autor destaca que, mais do que estar presente e ter voz, deve-se analisar até que ponto os participantes podem influenciar diferentes aspectos do processo de tomada de decisão e os resultados da política.

Um aspecto importante da legitimidade democrática é os cidadãos terem chance de influenciar os resultados do processo de tomada de decisão sobre

questões que afetam suas próprias vidas (SCHMITTER; TRECHSEL, 2004). Presume-se, assim, que a ação da participação da sociedade aumente a probabilidade de os recursos e o tempo de trabalho dos funcionários públicos serem utilizados efetivamente no desenho de políticas e de normativas (CUNHA *et al.*, 2011) como uma resposta aos anseios da sociedade, numa perspectiva da responsividade democrática (POWELL, 2004).

Inúmeros autores percebem que há uma lacuna a ser investigada em relação ao resultado da participação nas instituições participativas (AVRITZER; NAVARRO, 2003, FUNG; WRIGHT, 2003; ROWE; FREWER, 2004; ABELSON; GAUVIN, 2006; SMITH, 2009; AVRITZER, 2007, 2011; CUNHA *et al.*, 2011; SILVA, 2011, WAMPLER, 2011, LAVALLE; VOIGHT; SERAFIM, 2016), enquanto outros estudos ressaltam que, mesmo que haja espaço para a participação, nem sempre os resultados ecoam nos ouvidos dos *policymakers* e afetam as futuras decisões políticas (NEWMAN *et al.*, 2004, BEIERLE; CAYFORD, 2002; LOWNDES; WILSON, 2001).

Fazer essa análise nem sempre é fácil e pode exigir anos de seguimento ou reduzir um efeito político (em especial de uma política pública), que é evento multifatorial, a uma escala unidirecional de causalidade (CUNHA *et al.*, 2011). Porém, Abelson e Gauvin (2006), ao trabalharem o impacto da participação pública nas institucionalidades, encontraram um grau notável de convergência na literatura sobre a necessidade de um estudo mais rigoroso acerca do papel que o contexto desempenha no processo de participação pública.

Para além dos efeitos da participação nas políticas, Cunha *et al.* (2011) salientam, ainda, a importância para se atentar para seus efeitos nas instituições participativas em termos da qualidade do processo de tomada de decisão – legitimidade interna (*input legitimacy*) –, mas colocam a necessidade de se desenvolverem técnicas que possam dar conta do “produto do processo”, ou seja, da legitimidade externa (*output legitimacy*), no que se refere aos impactos da representação dos atores da sociedade civil no sistema político (CASTIGLIONE; WARREN, 2006).

2.2.3 Julgamento ponderado

Smith (2009) discorre que, embora as definições de democracia tendam a enfatizar os bens da inclusão e controle popular, a legitimidade da participação cidadã

na tomada de decisões, sem dúvida, também depende da capacidade dos cidadãos de fazer julgamentos reflexivos e ponderados. Dessa forma, pode-se dizer que julgamento ponderado implica permitir o entendimento dos cidadãos sobre os detalhes técnicos da questão em análise e as perspectivas de outros cidadãos no momento deliberativo.

Assim, supõe-se que o papel dos cidadãos no processo de tomada de decisão política deve ser aprimorado, de forma que seus julgamentos não se baseiem em interesses privados estreitos e conhecimentos e preconceitos preexistentes, mas, em vez disso, em uma avaliação informada e reflexiva do assunto em questão (WARREN, 1996).

A teoria democrática deliberativa refere-se inicialmente às tradições filosóficas anglo-americanas e europeias, com base nas obras de Rawls (1980, 1996) e Habermas (1984, 1992). Tanto Rawls quanto Habermas expressam que a escolha política, para ser legítima, resulta de deliberação entre agentes livres, iguais e racionais (ELSTER, 1998, p. 5). Isto implica que a democracia deliberativa “assenta na argumentação, não só no sentido de que ela passa por argumento, mas também no sentido de que deve ser justificada pelo argumento” (ELSTER, 1998, p. 9).

Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) e Fonseca (2011) ressaltam que a falta de domínio da linguagem técnica e dos conhecimentos especializados necessários para a deliberação em políticas públicas pode gerar desigualdade de poder e enfraquecer a participação.

A partir da teoria deliberacionista, outro elemento acerca do momento deliberativo é a capacidade de se chegar a decisões consensuais. Para Melville, Willingham e Dedrick (2005), a visão dos partícipes não muda, mas é alterada pela deliberação, pois, embora os participantes tenham valores e opiniões diferenciados, estes possuem um quadro compartilhado de referência ou senso de direção. Hannah Arendt refere-se a isso como “mentalidade alargada”, uma vez que permite aos participantes se colocarem na posição dos outros, distanciando-os das circunstâncias privadas que limitam e inibem o exercício do julgamento (ARENDR, 1982).

Para Bohman (2000), o objetivo do momento deliberativo não é que os atores abram mão de seus interesses, mas que consigam operar em conjunto com outros, respeitando-os, na medida em que os consideram interlocutores válidos e respondam a eles. Portanto, existe uma mudança na concepção de maioria e de forma de decisão,

não envolvendo mais aferição de vontades, e sim uma discussão entre iguais fazendo uso de suas razões (AVRITZER, 2000).

Dessa forma, o consenso é obtido por meio da institucionalização de procedimentos que garantam interação face a face (AVRITZER, 2002; SANTOS; AVRITZER, 2005). Assim, deve-se observar se as discussões são deliberativas, se ocorrem negociações com frequência, se o ambiente é de diálogo ou de confrontação e se as decisões são tomadas mediante votações ou acordos consensuais (COELHO, 2011).

2.2.4 Transparência

A possibilidade de os cidadãos examinarem as atividades das instituições é crucial a qualquer sistema democrático é fundamental para criar confiança no processo político (WARREN, 1999).

Smith (2009) ressalta que a transparência das institucionalidades se torna crucial em pelo menos dois sentidos. Primeiro, em relação aos cidadãos que participam do processo, visto que a transparência exige que os participantes tenham uma compreensão clara sobre as condições em que participam, quais são as “regras do jogo”, por exemplo, como o tema em questão foi selecionado, quem está organizando o processo, como as saídas do processo afetarão as decisões políticas e divulgações de pautas de reuniões e resultados. Segundo, em relação à sociedade, sendo a transparência muitas vezes referida como “publicidade”, resumida como a transmissão de informações sobre a instituição e suas decisões para o público em geral. A realização da publicidade é crucial para o público julgar as instituições e seus resultados legítimos e confiáveis (SMITH, 2009).

O desenvolvimento da tecnologia da informação permitiu uma transparência maior das rotinas, da estrutura e do fluxo de recursos sob a responsabilidade dos municípios (BARRETO, 2011). Esse desenvolvimento vai ao encontro do princípio da publicidade (transparência externa) como elemento necessário para uma efetiva participação da sociedade. De forma que a publicidade é compreendida como

[...] a condição aberta e pública dos procedimentos, do debate, das disputas e da definição coletiva do interesse público e da razão que informa esse interesse, qualidade que se expressa na transparência, na visibilidade, no controle público e no conteúdo dos temas deliberados. Esse princípio visa assegurar o caráter público dos debates e decisões, seja quanto à

transparência, seja quanto ao tipo de questões levadas à deliberação (ALMEIDA; CUNHA, 2011, p. 112)

Além disso, o acesso à informação é um direito difuso, que pertence à coletividade, e no contexto público pode resultar em ganhos para a comunidade de forma geral. Ou seja,

[...] conhecer as informações em poder do Estado [ou de uma institucionalidade] permite o monitoramento da tomada de decisões pelos governantes – que afetam a vida em sociedade. O controle social mais atento dificulta o abuso de poder e a implementação de políticas baseadas em motivações privadas (CANELA; NASCIMENTO, 2009, p. 12).

Dessa forma a informação, além de promover escolhas mais qualificadas, permite, numa perspectiva individual, a realização de um conjunto de direitos. Nesse sentido, pode-se assumir que “o acesso à informação é um direito que antecede todos os outros” e dá condições para que estes sejam reivindicados (CANELA; NASCIMENTO, 2009) sendo, portanto, condição *sine qua non* para a democracia, para a redistribuição de recursos de poder e para a democratização do Estado (CANELA; NASCIMENTO, 2009; SANTOS, 2014).

No Brasil, mais especificamente, a transparência como publicidade é um dos princípios constitucionais da Administração Pública que versa no art. 37, § 3º, II sobre a necessidade de se informar os atos do governo. (BRASIL, 1988)

Ao se analisar a produção destes quatro produtos em uma inovação democrática pode-se ponderar como participação tem ocorrido ali e que efeitos estão sendo alcançados.

2.3 OS CONSELHOS GESTORES

Dentre as inovações democráticas, os conselhos gestores se configuram como uma das experiências mais abrangentes no território nacional, superando hoje a marca de 43 mil conselhos (IBGE, 2010a). Em razão de os conselhos gestores estarem presentes como institucionalidades incorporadas a determinadas políticas sociais (saúde, educação, assistência social, criança e adolescência etc.), todo município brasileiro tem ao menos um ou mais destes conselhos em seus territórios.

A trajetória histórica dos conselhos no Brasil é controversa (BRAGA, 2015), com a sua origem datada no império (TEIXEIRA, 1996) até os conselhos populares

no final dos anos 1970 e meados de 1980 (GOHN, 2012). No entanto, a ideia da formação de conselhos gestores de políticas públicas no Brasil ganhou força no final da década de 1980 (BRAGA, 2015).

Ainda nesse mesmo período, quando a Constituição de 1988 estabelece, em seu artigo primeiro, como cláusula pétrea, que “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente” (BRASIL, 1988), instaura uma nova ordem jurídica e política no país com base em dois pilares: a *democracia representativa* e a *democracia participativa*. Instituem-se, assim, a democracia representativa, por meio de eleições, partidos políticos e o voto nos representantes, e a democracia participativa direta, a partir do plebiscito e do referendo, e indireta, por meio da criação de espaços públicos de diálogo entre Estado e sociedade, e de controle social, espaços estes que têm entre seus representantes os conselhos gestores (SANTOS, 2015).

A criação dos conselhos foi uma resposta ao anseio por um deslocamento do centro de decisão do interior da estrutura governamental para lócus compartilhados entre a administração e a sociedade civil (PEREIRA *et al.*, 2016). Dessa forma, os conselhos gestores podem ser caracterizados como canais de participação que articulam representantes da população, membros do poder público estatal [e outros setores] em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos (BRAGA, 2015).

Segundo Tatagiba (2002), os conselhos gestores possuem três características inovadoras: são espaços de composição plural e paritária, são públicos e dialógicos, e possuem capacidade deliberativa. Desse modo, esses instrumentos foram criados para fortalecer o projeto constitucional da democracia participativa e permitir a vocalização de demandas pela sociedade civil, ainda que os participantes não se apresentem em situações “ideais de fala” (MAIA, 2009, p. 99).

No entanto, nem todo conselho gestor é paritário ou deliberativo. Braga (2015, p. 52) classifica os conselhos gestores a partir da sua forma de intervenção:

- (i) os consultivos – têm a responsabilidade emitir opiniões e apreciar determinados assuntos que são apresentados aconselhamentos;
- (ii) normativos – reinterpretem as normas vigentes como também as criam;
- (iii) fiscalizatório – têm como característica fiscalizar projetos, programas de governo, bem como contas públicas e emitir parecer ou análise sobre o conteúdo;
- (iv) deliberativos – a eles compete o caráter decisório e têm maior poder de exigência do cumprimento das resoluções emitidas.

A autora acrescenta, ainda, que é comum os conselhos exercerem uma combinação de formas de intervenção, e as distinções de suas competências são previstas em leis específicas e regimentos internos (BRAGA, 2015). Dessa forma, cada conselho necessita ser analisado em face da proposta com a qual foi criado.

Dentre os conselhos gestores, destacam-se os conselhos de saúde, que foram os mecanismos – juntamente com as conferências de saúde – instituídos como locus de participação da sociedade da política de saúde para cumprir o preceito constitucional de participação da sociedade (BRASIL, 1988). Com a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90, e, em especial, a lei n. 8.142/90, os conselhos de saúde consagram-se em importantes espaços de cogestão entre Estado e sociedade.

Atualmente todos os municípios brasileiros possuem seu conselho de saúde e a sua existência pré-requisito para o repasse de verbas da União; todavia, como os conselhos têm fortalecido o projeto constitucional de participação da sociedade na política de saúde em 28 anos de existência, ainda se configuram em tema de debate e pesquisa.

Segundo o levantamento realizado por Almeida, Cyres e Tatagiba (2015), em que avaliaram as pesquisas realizadas em torno dos conselhos gestores, os conselhos de saúde têm sido vastamente estudados no campo das ciências da saúde, em especial da saúde coletiva. Para as autoras, o Sistema Único de Saúde (SUS) “[...] tornou-se o modelo a ser seguido por outras áreas no que diz respeito à construção de um sistema propriamente dito de participação e controle social, orientado pelo princípio da descentralização e com presença em todos os níveis federativos.” (ALMEIDA; CYRES; TATAGIBA, 2015, p. 280).

2.4 PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE E A GESTÃO COMPARTILHADA NO SUS

2.4.1 Uma perspectiva histórica

A participação da sociedade nas ações, serviços e políticas de saúde não começou com o SUS. É uma construção histórica que está atrelada aos movimentos internacionais, por meio da participação da comunidade nas ações de saúde, em especial na América Latina, e, no contexto brasileiro, ao surgimento dos novos movimentos sociais (ROCHA, 2008) e na conformação do movimento sanitário e da própria Reforma Sanitária brasileira.

No âmbito internacional, na década de 1970, o termo participação comunitária surgiu como um elemento a ser incorporado nos programas de extensão da cobertura de saúde que eram preconizados pelas agências internacionais de saúde para a América Latina. A intenção em relação a esta participação era aproveitar o trabalho não qualificado das populações em ações de saúde e, ainda, colocar a comunidade como organização capaz de conseguir melhorias sociais (CARVALHO, 1995; ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Posteriormente a isso, a categoria “comunidade” foi substituída por “povo”, de forma que aquela parcela historicamente excluída do acesso a bens e serviços de saúde foi convidada a fazer parte da saúde e ter voz. Então o *lócus* de participação deixou de ser o serviço de saúde para ser a relação entre Estado e sociedade (OMS, 1978; CARVALHO, 1995; ESCOREL; MOREIRA, 2012).

No Brasil essa mudança foi delineada com o surgimento do movimento sanitarista, um movimento plural e suprapartidário que pode ser considerado a primeira e mais forte “comunidade de política” que o Brasil já teve (TEIXEIRA, 2013). Esse movimento conseguiu agregar vários atores orgânicos da área de saúde (academia, movimentos estudantis, associações de representação de profissionais de saúde, centrais sindicais, comunidades eclesiais de base (CEBs), movimentos populares pela saúde, além de membros do Legislativo e do Executivo e tecnocratas do governo vigente). Desse modo, essa comunidade se caracterizava pela atuação de

[...] pessoas com militância múltipla, que transitavam nos diferentes ambientes (partidários, de movimentos de base, da academia) e que iam transformando os lugares por onde passavam, e misturavam de forma “ecclética” elementos dos ideários participativos da época (TEIXEIRA, 2013, p. 60).

Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) – uma importante associação à qual estavam vinculados os mais importantes representantes da academia do movimento sanitário, entre outros atores do movimento – publica um documento no qual sistematiza as propostas para a Reforma Sanitária brasileira: *A questão democrática na área da Saúde* (CEBES, 1980). Esse documento, além das questões próprias da área da saúde, traz à tona a necessidade de uma participação autêntica da população organizada, “[...] em todos os níveis e etapas na política de saúde [...]”, transformando “[...] os beneficiários em voz e voto em todas as instâncias

[...]” (LABRA, 2009, p. 183), ou seja, dentro do aparato estatal e de forma descentralizada⁴.

Mas, além do discurso participativo, o ideário do movimento sanitário traz, ainda, em seu cerne um posicionamento que rompe a concepção maniqueísta da relação Estado-sociedade. O movimento sanitário reconhece o Estado como lócus de conflito de interesses contraditórios (BRASIL, 2006) e propõem o diálogo entre sociedade e Estado, de modo que o “[...] Estado teria [um] forte papel, mas incluiria a voz e o voto da população” (TEIXEIRA, 2013, p. 59) nas suas decisões. Assim,

O órgão [o SUS] deve ter poder normativo e executivo, inclusive sobre o setor privado e empresarial, sendo controlado permanentemente pela população por meio de suas organizações representativas, via mecanismos claramente estabelecidos e institucionalizados (CEBES, 1980, p. 13).

Então, na 8^a Conferência Nacional de Saúde⁵, em 1986, ficou consubstanciada a proposta do movimento sanitário de Reforma da Política de Saúde, propondo o Sistema Único de Saúde (SUS). Para garantir a participação da sociedade, esse evento preconizou a criação, em nível municipal e estadual, de conselhos de saúde compostos por membros eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) que permitissem a participação da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. A conferência propunha, ainda, a reformulação do Conselho Nacional de Saúde (SCOREL, MOREIRA, 2012).

No Relatório Final da 8^a Conferência Nacional de Saúde, os conselhos passam a se configurar como a instância participativa do novo sistema de saúde que se criava. Com isso, o movimento sanitário desenvolveu uma intensa articulação social, política e partidária para que, na Constituição Federal de 1988, a saúde fosse reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado. E, ainda, regida pela descentralização, integralidade e participação da comunidade (SCOREL; MOREIRA, 2012).

⁴ “A origem da interação e do Estado na gestão de políticas públicas pode ser identificada já em 1981, quando se realizou a primeira experiência de gestão compartilhada, por meio do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), composto por participantes da sociedade civil e Estado” (VILELA, 2005, p. 4).

⁵ A oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi a grande inflexão dentro das Conferências Nacionais de Saúde, visto que passou a contar com a participação da sociedade (Na 8^a foram quase cinco mil participantes). E, ainda, foi a grande matriz do Sistema Único de Saúde. Seu Relatório Final teve um impacto significativo no texto constitucional de 1988. (SCOREL; MOREIRA, 2012; SANTOS, 2015).

Dessa forma, pode-se afirmar que a participação social sempre esteve presente como elemento estruturante do sistema nacional de saúde desde o início da Reforma Sanitária, que, desde a década de 1970, “[...] compreendia como indissociáveis as lutas contra a ditadura militar, pela democratização do poder público e pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado” (SCOREL; MOREIRA, 2012, p. 868).

A regulamentação do SUS ficou a cargo da lei n. 8080/90, mas os artigos que tratavam do financiamento e da participação da sociedade foram vetados pelo então presidente Fernando Collor. Em decorrência desses vetos, a Lei n. 8.142/90 foi sancionada visando recuperar alguns dos vetos na lei anterior e instituir o controle social na saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Dessa forma, a Lei n. 8.080/90 e a Lei n. 8142/90 são consideradas as Leis Orgânicas da Saúde.

A lei n. 8.142/90 determina que a participação da sociedade no SUS se dará por meio de duas instâncias colegiadas: os conselhos de saúde e as conferências de saúde. O texto legal discorre que

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990b).

Dentre os segmentos que estão nos conselhos, há uma paridade instituída em que 50% dos conselheiros são representantes do segmento usuário (sociedade civil organizada), 25% trabalhadores de saúde, 12,5% gestores e 12,5% prestadores de serviços. Para representar o segmento usuário o cidadão deve representar uma entidade ou associação de organização civil organizada e não pertencer a nenhum dos outros segmentos.

Atualmente existem 5.633 conselhos de saúde no Brasil (5.570 municipais, 26 estaduais, um do Distrito Federal e 36 conselhos distritais) (BRASIL, 2018), o que os tornam a mais abrangente rede de instâncias participativas do país (SCOREL; MOREIRA, 2012).

Dessa forma, a política de saúde foi pioneira, dentre as políticas sociais, ao estruturar o princípio democrático participativo por meio dos conselhos de saúde. Seu desenho instituído foi referência para outras políticas como assistência social, da criança e adolescente e do idoso.

Os conselhos de saúde apresentam avanços importantes no que tange à possibilidade de os cidadãos participarem da gestão da saúde, mas alguns dilemas e muitas dificuldades ainda incidem sobre essas institucionalidades (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; MOREIRA; ESCOREL, 2009; GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010; KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015). Dessa forma, torna-se importante buscar compreender como os conselhos estão inseridos na gestão da política de saúde e quais são as competências que se espera deles, para que se possa, então, analisar como esses espaços vêm desenvolvendo a democracia participativa.

2.4.2 Os conselhos de saúde e a gestão compartilhada do SUS

A Constituição de 1988 declarou a saúde como direito e dever do Estado e ainda instituiu a participação da comunidade como umas das suas diretrizes centrais (BRASIL, 1988).

Entre as competências a serem executadas pelos conselhos, a lei 8.142/90 define que estes devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e que suas deliberações devem ser homologadas pelo chefe do Executivo da esfera correspondente (BRASIL, 1990b).

As competências a serem exercidas pelos conselhos e conselheiros ainda são relatadas em alguns estudos como não bem compreendidas pelos seus participantes, bem como pela sociedade em geral (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; MOREIRA; ESCOREL, 2009; GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010; KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

Atualmente a Resolução n. 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em sua quinta diretriz, resume quais são as atribuições dos conselhos de saúde, num total de 29.⁶ Almeida e Tatagiba (2012) discorrem sobre como determinados conselhos, em

⁶ Competências atribuídas aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal: [...]; 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

especial os que versam sobre políticas sociais, possuem uma agenda sobrecarregada e burocrática, “[...] atuando reativamente em resposta às demandas provenientes do Executivo, enquanto decisões importantes continuam correndo por fora, nas tramas desconexas que conformam a rede de produção da política pública” (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012, p. 86).

Como salientam as autoras, a Rede de Produção da Política Pública Democrática da Saúde também é composta pelas Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites, que são mecanismos de gestão colegiada⁷, além das ouvidorias, audiências e consultas públicas realizadas pelos entes federados e a Agência Nacional de Saúde (ANS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outras instâncias, conforme a necessidade.

Para Almeida e Tatagiba (2012), essa conformação gerou barreiras para o potencial democratizante dos conselhos. Segundo as autoras, os conselhos se tornaram um ponto de passagem da política, quando deveriam ser uma parada (nó). Côrtes *et al.* (2009), ao discorrerem sobre os conselhos de saúde, referem que

[...] as comissões intergestoras criadas no início da década de 1990 [...] passaram a ser as principais arenas institucionais de tomada de decisões sobre a política de Saúde no país. Isto teria afetado negativamente a

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; X - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS; XI - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais; [...]; XIII - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente; [...]; XV - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina; XVI - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento [...]; XXIII - 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; (BRASIL, 2012b)

⁷ Previstas como instâncias de pactuação no SUS e responsáveis pelo planejamento integrado na gestão descentralizada da saúde, temos as Comissões Intergestores, que estimulam o debate e a negociação em todas as esferas de governo. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é integrada, paritariamente, por membros do Ministério da Saúde, dos estados, indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e dos municípios, indicados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Também com composição paritária, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é composta por membros da Secretaria de Estado de Saúde, bem como por gestores municipais, indicados pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) de cada estado (CONASS, 2015). **N. A.: Nota-se a ausência dos usuários neste espaço.**

capacidade do Conselho Nacional de Saúde de se consolidar como um fórum central de decisão sobre a política de saúde nacional. (p. 63).

Em contrapartida, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde vêm buscando desenvolver mecanismos legais que permitam uma maior ascendência do conselho junto aos gestores da saúde. A Lei n. 141/2012 representou um avanço nesse sentido, pois trouxe a obrigatoriedade de os conselhos emitirem um parecer acerca do Relatório Anual de Gestão e demais instrumentos de gestão do SUS, que antes eram só apresentados e agora precisam ser discutidos, esclarecidos e aprovados. Além disso, a lei também determina que os gestores deem ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde.

Compreender a Rede de Construção da Política Pública de Saúde e as atribuições esperadas dos conselhos é um meio pelo qual talvez se possa fortalecer esses espaços.

Sendo a saúde uma política pública do Estado brasileiro, a sua arquitetura, além de exigir a participação societal, foi construída com base nos instrumentos de planejamento e orçamento do Estado brasileiro instituídos na Constituição de 1988: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses instrumentos regem a administração pública brasileira no intuito de obedecer aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BRASIL, 1988).

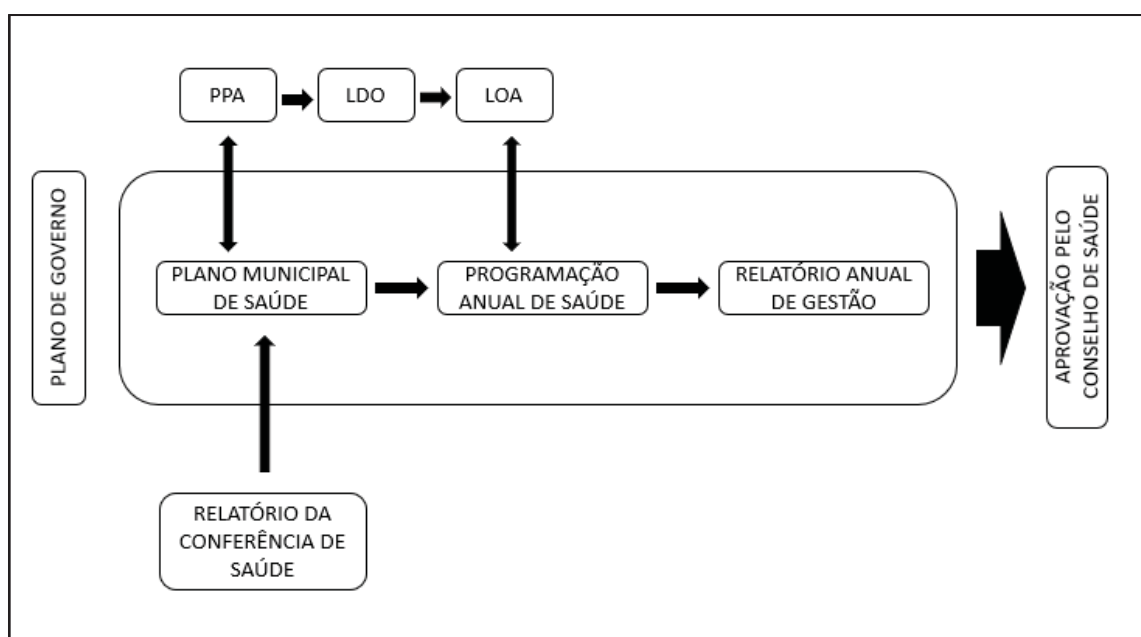
O PPA estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes para um período de quatro anos. Para cada ano de vigência do PPA, elaboram-se as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que estabelecem as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital para um exercício financeiro (um ano), e a “LDO de cada ano tem o papel de orientar a formulação das Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do ano correspondente, englobando toda a programação de gastos da administração pública, direta e indireta, e os investimentos das empresas estatais” (VIEIRA, 2009, p. 1567).

Em consonância com esses princípios e instrumentos de gestão da administração pública, o SUS referendou em suas leis orgânicas a importância do planejamento e a existência de instrumentos que contemplem o conjunto de objetivos e metas estabelecidas para orientar a alocação dos recursos públicos e o controle

social. A lei estabeleceu que o processo de planejamento e orçamento seguiria uma lógica de ascendência (do nível local até o federal), instituindo os planos de saúde como instrumentos-base das atividades e programação das ações em saúde. Além disso, na busca de uma gestão compartilhada do SUS, a lei também instituiu que os planos de saúde deveriam ser submetidos e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990b; VIEIRA, 2009).

A gestão do SUS tem sido desenvolvida ao longo dos 30 anos de sua existência por meio de várias normas operacionais, portarias e decretos que foram sendo desenvolvidos no intuito de aprimorar os mecanismos de gestão e promover e ampliar a participação da sociedade por meio dos conselhos. O grande salto na gestão do SUS se deu com a instituição do PlanejaSUS em 2006. A Portaria GM n. 3.332/2006 buscou qualificar os mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS por meio de três instrumentos: a) Plano de Saúde (PS); b) Programação Anual de Saúde (PAS) e; c) Relatório Anual de Gestão (RAG) (BRASIL, 2006). Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS de forma compatibilizada com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo (PPA, LDO e LOA), conforme ilustrado na Figura 1 (BRASIL, 2016).

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE INTEGRAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS E LEGISLAÇÃO VIGENTE



FONTE: Adaptada de Brasil (2009).

Na atualidade, a gestão do SUS é regida pela, de 25 de setembro de 2013, que estabelece que o Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. 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. Cabe destacar que a Portaria aponta, em seu texto, a necessidade de transparência e visibilidade da gestão de saúde, por meio de incentivo à participação popular (BRASIL, 2013).

A resolução n. 544/2017 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) coloca que os conselhos têm prerrogativa e responsabilidade objetiva sobre esses instrumentos de gestão do SUS e cabe aos gestores dar estrutura para tal exercício. A defluência do conselho na apreciação e aprovação desses instrumentos materializa, em alguma medida, a participação da sociedade na política de saúde, visto que esses instrumentos ordenarão a organização das ações e serviços dos entes federados e, portanto, o acesso a bens e serviços à população.

Alguns estudos apontam, no entanto, dificuldades em relação ao funcionamento dos conselhos, que atualmente são normatizados pelas resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 453/2012 e n. 544/2017. Questões como irregularidades na composição, nas reuniões e não homologação das resoluções ainda persistem (MOREIRA; ESCOREL, 2009; OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013; KEZH; BOGUS; MARTINS, 2016) após 28 anos de criação.

Diante disso, faz-se necessário investigar como os conselhos têm produzido a participação nos seus espaços e que efeitos estão sendo gerados.

2.4.3. A participação e a produção de bens democráticos dos conselhos no Sistema Único de Saúde

Os conselhos de saúde foram desenhados com o intuito de se construir um espaço de partilha de poder entre Estado e sociedade, pautado no diálogo e na busca por consensos. Possuem responsabilidade sobre a formulação e o controle da execução da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos, bem como dos instrumentos que a regem.

Ao longo da história, porém, estudos vêm demonstrando a dificuldade de os conselhos de saúde se configurarem em espaços deliberativos e vinculantes à política de saúde (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; MOREIRA; ESCOREL, 2009; GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010; KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015). Para tanto, há a necessidade de se superar lacunas importantes que não só influenciam o processo decisório da política municipal de saúde (MOREIRA, 2016), mas, fundamentalmente, o exercício da participação idealizada em seus preceitos constitucionais.

Partindo da aceção de Graham Smith (2009), de que toda institucionalidade democrática que se pauta na participação do cidadão no processo de decisão produza como efeito os quatro bens democráticos essenciais, espera-se que os conselhos de saúde produzam os quatro bens democráticos. No entanto, ao analisarmos os estudos sobre os conselhos se percebe hiatos nesta produção.

Estudos recentes ainda demonstram irregularidades na composição percentual dos segmentos no interior dos conselhos de saúde, por exemplo. O estudo de Kezh et al. (2016) realizado entre 2011 e 2014 traz que o segmento gestor e o segmento trabalhador de saúde formam uma coalizão chamada “promotores da saúde” e, ainda, estudos anteriores também versam sobre as irregularidades na composição percentual dos segmentos e em especial dos usuários (COTTA *et al.*, 2010; ZAMBOM; OGATA, 2013; BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2015).

Além disso, Bispo Jr. e Sampaio (2008) e Cotta et al. (2011) ao analisarem a composição dos conselhos observaram a presença de vereadores entre os segmentos e Cotta *et al.* (2010) uma “prefeiturização” dos conselheiros usuários em que alguns possuíam vínculo com a prefeitura. Os Conselhos de Saúde fazem parte do Poder Executivo e, em última instância, estão sob a sua responsabilidade. Colocar um membro dos demais poderes sob a tutela do Prefeito no Conselho de Saúde fere o princípio da interdependência dos poderes (CARVALHO, 2014).

Outra observação pertinente referente a estes resultados trata da “infiltração” do legislativo, em que vereadores participam como conselheiros. Estes resultados

ainda versam sobre as dificuldades enfrentadas pelos municípios de pequeno porte. De forma que a “prefeiturização” e a presença do legislativo foram encontrados em três conselhos municipais de cidades com menos de 15 mil habitantes e nos anos 2005 e 2006, respectivamente (COTTA *et al.*; 2010), o que dialoga com os resultados encontrados por Moreira e Escorel (2009) em que os municípios de menor porte são os que apresentam maiores dificuldades em relação a sua autonomia.

Apesar de alguns autores questionarem a distribuição percentual dos segmentos nos conselhos de saúde e (CARVALHO, 2014) quando trabalhadores de saúde ocupam assentos de usuários ou, ainda, ocorre a inserção de atores dos poderes legislativo ou judiciário, o lócus de disputa – a plenária - em que os membros debatem e disputam a aprovação de suas preferências, está equitativamente desequilibrado (MOREIRA, ESCOREL, 2009) e, resguardadas as questões de poder político (WEBER, 1994; POULANTZAS, 1977; FOUCAULT, 2003), o processo deliberativo pode ficar enfraquecido ou polarizado.

Resultados como estes supracitados tensionam em que medida os conselhos conseguem produzir o bem democrático da inclusão, especialmente dos potencialmente afetados em seus espaços. Isto retrata uma questão levantada com frequência: a forma como os conselheiros são escolhidos (GERSCHMAN, 2004; LENITA; WENDHAUSEN, 2006; COTTA *et al.*, 2009; 2010; 2011; MORAES *et al.*, 2009; VIEIRA; CALVO, 2011; SHIMIZIU, 2013; SANTOS *et al.*, 2011; ZAMBON; OGATA, 2011; 2013; PAIVA *et al.*, 2014; BISPO JR; GERSCHMAN, 2015; KEZH *et al.*, 2016; FERNANDES *et al.*; 2017). O desenho institucional dos conselhos traz que seus membros serão representantes de suas entidades numa esfera pública deliberativa. Esse modelo traz algumas ambiguidades no que se refere às promessas da democracia participativa e deliberativa (LUCHMANN, 2008) e traz à tona tensões entre a democracia representativa versus democracia participativa/deliberativa.

A questão da voz dentro dos conselhos é um tema explorado pela literatura que muitas vezes reporta um silêncio nestes espaços, em especial do segmento usuário (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; GUIZARDI, PINHEIRO, 2006; COTTA *et al.*, 2011; DUARTE; MACHADO, 2012; ZAMBON; OGATA, 2013; SHIMIZU *et al.*, 2013).

Muito deste silêncio se dá pelo domínio da linguagem técnica e dos conhecimentos especializados necessários para a deliberação em políticas públicas (FONSECA, 2011). Wendhausen e Caponi (2002, p. 1.625) trazem na sua pesquisa que a linguagem técnica utilizada pelos representantes governamentais contribui para

que a relação estabelecida no conselho seja uma relação de dominação, pois, por meio da linguagem técnica, de palavras de ordem e de termos contundentes, “se conseguia o silêncio da maioria dos conselheiros”.

Desta forma, pode-se observar que na produção da inclusão em seus dois aspectos – presença e voz – ainda se percebe hiatos em determinados contextos e localidades.

Avançando para a possibilidade de produção ou não de controle popular nos conselhos de saúde, os estudos apontam para: i) uma percepção geral que a participação nos conselhos de certa forma tem baixo impacto na política de saúde (GERSCHMAN, 2004; LENITA; WENDHAUSEN, 2006; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; BISPO JR; SAMPAIO, 2008; GRISOTTI *et al.*, 2010; MORGAN, *et al.*, 2010; COTTA *et al.*, 2011; SHIMIZIU, 2013; ZAMBON; OGATA, 2013; KOHLER; MARTINEZ, 2015; VIEIRA; CALVO, 2011, KLEBA *et al.*, 2015) e; ii) questões como pautas e decisões fechadas e sem possibilidade de ascendência dos conselhos sobre o tema (LENITA; WENDHAUSEN, 2006, GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; BISPO JR.; SAMPAIO, 2008; GRISOTTI *et al.*, 2010; MORGAN *et al.*, 2010; COTTA *et al.*, 2011; SHIMIZIU *et al.*, 2013; ZAMBON; OGATA, 2013; KOHLER; MARTINEZ, 2015). Estes dois resultados expõem uma fragilidade na produção de controle popular nestes espaços.

Outro elemento importante destacado nos estudos acerca da produção de controle popular são os resultados que demonstram o desconhecimento dos instrumentos de gestão do SUS por parte de conselheiros (COTTA *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2011; KLEBA *et al.*, 2015; FARIAS *et al.*, 2014); e ainda a não submissão dos instrumentos de gestão ao conselho (COTTA *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2011). Conforme descrito na seção anterior, tais instrumentos pautam toda a organização, monitoramento e avaliação da Política de Saúde e, o desconhecimento destes pode fragilizar o agir do controle social e a produção de controle popular nestes espaços.

Já na análise da produção de julgamento ponderado pelos conselhos de saúde, ao se olhar para a capacidade técnica necessária para se realizar as deliberações, os estudos apontaram para situações de restrições de acesso às informações necessárias para a tomada decisão (GERSCHMAN, 2004, JUNBERG *et al.*, 2014; KLEBA *et al.*, 2015; BIANCHI; NICOLAU, 2017), o uso do discurso competente como barreira ao processo deliberativo (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; LENITA; WENDHAUSEN, 2006; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; MOARES *et al.* 2009;

MORGAN *et al.*, 2010; ZAMBON; OGATA, 2013; FARIAS *et al.*, 2014; PAIVA *et al.*, 2014; GONÇALVES *et al.*, 2011) e a dificuldade dos conselheiros em relação às questões orçamentárias (COTTA *et al.*, 2009; GRISOTTI *et al.*, 2010, SHIMIZU *et al.*, 2013). Elementos que também podem incidir negativamente na tomada de decisão e na possibilidade de se realizar julgamentos reflexivos e ponderados.

Estes achados levam diretamente a um dos elementos mais constantes nos estudos quando analisamos a produção do julgamento ponderado dentro dos conselhos - a necessidade inferida e referida de capacitação tanto política como técnica para os conselheiros (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; MOREIRA; ESCOREL, 2009; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2011; ZAMBON; OGATA, 2013; PAIVA *et al.*, 2014; JURBERG *et al.*, 2014; FERNANDES *et al.*, 2017). Entende-se que a capacitação dos conselheiros quando realizada, tende a aumentar a produção do bem em questão.

Ao se buscar a produção do bem democrático da transparência duas análises são necessárias – a produção de transparência interna (se as regras de funcionamento e os papéis dos participantes estão claros) e a externa (na busca pela publicização dos atos da inovação democrática).

Nos conselhos de saúde, alguns estudos trouxeram que os conselheiros de saúde possuem dificuldades em entender o seu papel (GERSCHMAN, 2004; COTTA *et al.*, 2009; 2011; BISPO JR.; SAMPAIO, 2008; GRISSOTI *et al.*, 2010; LANDERDHAL *et al.*, 2010; MORGAN *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2013; FARIAS *et al.*, 2014; KEHZ *et al.*, 2016). Esta não percepção do seu papel enquanto conselheiro, ou ainda qual é o papel do conselho, pode ter influência em outro resultado nas pesquisas: o distanciamento dos conselheiros com a sua base (GERSCHMAN, 2004; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; MORAES *et al.*, 2009; COTTA *et al.*, 2010; GRISOTTI *et al.*, 2010; VIEIRA; CALVO, 2011; BISPO JR.; GERSCHMAN, 2015). Ao não entenderem qual o seu papel de representantes de algum segmento enquanto teoria política (BENEVIDES, 1991), os conselheiros também não desenvolvem a representação. Segundo Westphal (1992), um dos grandes problemas da participação é a representatividade, “muitos representantes de organizações ou movimentos comparecem ao órgão colegiado sem consultar suas bases, falando em seu nome e não em nome do grupo e tão pouco compartilham as decisões tomadas nas reuniões com eles”. Estes representantes são alvos fáceis da cooptação e tutela, o que

compromete a legitimidade do seu papel, pois não possuem nenhum compromisso de respostas para com a sua base.

Além disso, autores discorrem que há também fragilidades na produção de transparência externa - seja para as partes representadas como para a sociedade como um todo (MOREIRA; ESCOREL, 2009; GRISOTTI *et al.*, 2010; LANDERDHAL *et al.*, 2010; COTTA *et al.*, 2011; VIERA; CALVO, 2011; DUARTE; MACHADO, 2012; ZAMBON; OGATA, 2013; KOHLER; MARTINEZ, 2015).

A soma de todos fenômenos traz uma percepção de isolamento do conselho ante a sociedade (VIEIRA; CALVO, 2011; DUARTE; MACHADO, 2012) e a falta da transparência, tanto interna como externa, se configura uma barreira concreta à realização da participação nos conselhos (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012).

Percebe-se assim, em linhas gerais, que os conselhos de saúde têm produzido os quatro bens democráticos, mesmo com adversidades identificadas. Para dimensionar a produção ou suas respectivas dificuldades, o desafio a ser superado é metodológico de forma a permitir identificar hiatos e até comparar distintos conselhos - desafio que este trabalho se propõe e que será descrito a seguir.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Lavalle (2011b) afirma que aferir a participação é um desafio metodológico. A participação, afinal, é

[...] a um tempo só, categoria nativa da prática política de atores sociais, categoria teórica da teoria democrática com pesos variáveis segundo as vertentes teóricas e os autores, e procedimento institucionalizado com funções delimitadas por leis e disposições regimentais. A multidimensionalidade ou polissemia dos sentidos práticos, teóricos e institucionais torna a participação um conceito fugidio, e as tentativas de definir seus efeitos, escorregadias. Não apenas em decorrência de que a aferição de efeitos é operação sabidamente complexa, mas devido ao fato de sequer existirem consensos quanto aos efeitos esperados da participação, ou, pior, quanto à relevância de avaliá-la por seus efeitos. Afinal, ponderar o valor da participação pela sua utilidade equivale a desvalorizá-la ou torná-la secundária em relação ao efeito almejado. (p. 33).

Em seguida, o autor acrescenta que, para se medir a participação, três ações analíticas são necessárias: a) uma perspectiva da utilidade da participação; b) uma escolha pela redução do que se deseja analisar; e c) evitar a tentação da causalidade remota (LAVALLE, 2011b).

A respeito da *utilidade* da participação, ela pode ser considerada desejável como um valor em si ou em função dos seus efeitos:

Quando a participação é definida como valor, ela opera como um conceito conotativo que define um bem – por ser boa a participação –, mas proposições conotativas não são passíveis de pesquisa empírica na medida em que seus componentes não são variáveis. Então, o primeiro passo para avaliar os efeitos da participação reside em suspender seus significados como valor em si, preservando seu papel como ideia-força, mas tornando possível uma avaliação que, assumindo um conceito denotativo, afira efeitos empíricos específicos. (LAVALLE, 2011a, p. 39).

A segunda operação analítica consiste em uma escolha de redução. A escolha de redução consiste em postular com precisão o efeito ou o conjunto restrito de efeitos de interesse a ser aferido. Isso não implica negar outros possíveis efeitos, apenas limitar a variação do mundo a ser observado (LAVALLE, 2011a, 2011)

A terceira operação é evitar a tentação da causalidade remota. A causalidade remota é “aquela em que a relação entre causa e efeito é atravessada por espaço longo de tempo e/ou mediada por uma sucessão ou encadeamento extenso de efeitos intermediários” (LAVALLE, 2011b, p. 41). O autor defende que, quanto mais distante for a causa do efeito, mais difícil será mostrar que existe uma conexão. Uma das formas que o autor apresenta para se evitar a tentação da causalidade remota é aproximar a causa do efeito; isto é, fixar o olhar nos efeitos imediatos ou diretamente imputáveis às institucionalidades participativas naquilo que efetivamente produzem.

A partir desses três postulados, este trabalho se propôs a analisar, a partir de indicadores, a capacidade de os conselhos de saúde selecionados em satisfazer atributos essenciais dentro da democracia participativa a partir do entendimento da multidimensionalidade de sentidos que a participação assume. Desta forma, construiu-se a metodologia deste trabalho, descrita a seguir, a qual está dividida em três momentos distintos, a saber: A construção do índice; A seleção da amostra e Aplicação do índice.

3.1 A CONSTRUÇÃO DE UM ÍNDICE

A construção do conhecimento é produto de decisões que norteiam o processo desde seu estágio inicial (CUNHA *et al.*, 2011). De acordo com Solingo (2012), para se interpretar um fenômeno social, aqui expresso na participação em institucionalidades democráticas, é necessário considerá-lo na sua multiplicidade de

aspectos, procurando suas várias dimensões analíticas. Instituições multilaterais como a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceram os limites dos indicadores exatos e passaram a empreender esforços conceituais e metodológicos para o desenvolvimento de instrumentos de mensuração de conceitos complexos como o bem-estar e a saúde (SOLINGO, 2012).

Autores como Jannuzzi (2004), Corbetta (2007) e Santos (2014), ao trabalharem a investigação social, propuseram formas de medição de teoria ou conceitos abstratos. Para desenvolver este trabalho, utilizaremos o processo de tradução empírica de Corbetta (2007), segundo o qual a teoria é um

[...] conjunto de proposições relacionadas de forma orgânica que são formuladas com um alto grau de abstração e generalização em relação à realidade, que é [ainda] deduzida de fatos empíricos produzidos com regularidade e das quais as previsões empíricas podem ser inferidas (CORBETTA, 2007, p. 72).

Esse autor refere, ainda, que os conceitos são como trilhos da teoria e, mediante a sua operacionalização, conseguimos realizar a sua tradução empírica, de forma que se tornem uma ponte entre a teoria e o mundo empírico observante. Trata-se de passar de uma escala de conceitos gerais para outra de conceitos específicos, ligados entre si por uma afinidade de significado (SANTOS, 2014).

Para se operacionalizar um conceito, Corbetta (2007) coloca que o primeiro passo é aplicá-lo a um objeto concreto (uma unidade de análise). A seguir formula-se uma definição operativa de tal conceito, ou seja, são estabelecidas as regras para sua tradução em propriedade. Por fim, a propriedade operacionalizada se denomina variável, e as modalidades são os estados operacionalizados da propriedade. A cada modalidade se atribui um valor simbólico distinto.

Cabe mencionar que uma definição operativa nunca é perfeita, mas é um passo necessário, embora nem sempre suficiente, para captar toda a complexidade de um conceito ou teoria. Há o risco do empobrecimento e limitação do conceito ou, ainda, de deixá-lo com um carácter predominantemente subjetivo, porém é por meio desse exercício que se confere carácter científico e objetivo à investigação social (CORBETTA, 2007).

São os indicadores que permitem que se passe de uma escala de generalidade de conceitos gerais para conceitos específicos ligados entre si por

afinidade de significados. Ao se operacionalizar um conceito que é complexo ou multidimensional, há que se recorrer a mais de um indicador para registrá-lo operacionalmente. Por meio das dimensões de análise que abarcam os diferentes aspectos que podem especificar um conceito, os indicadores são efetivamente identificados (CORBETTA, 2007).

Dessa forma, pode-se dizer a que observação de um conceito complexo, que não é diretamente observável, passa por quatro fases distintas (CORBETTA, 2007, p. 92-93) (Figura 2):

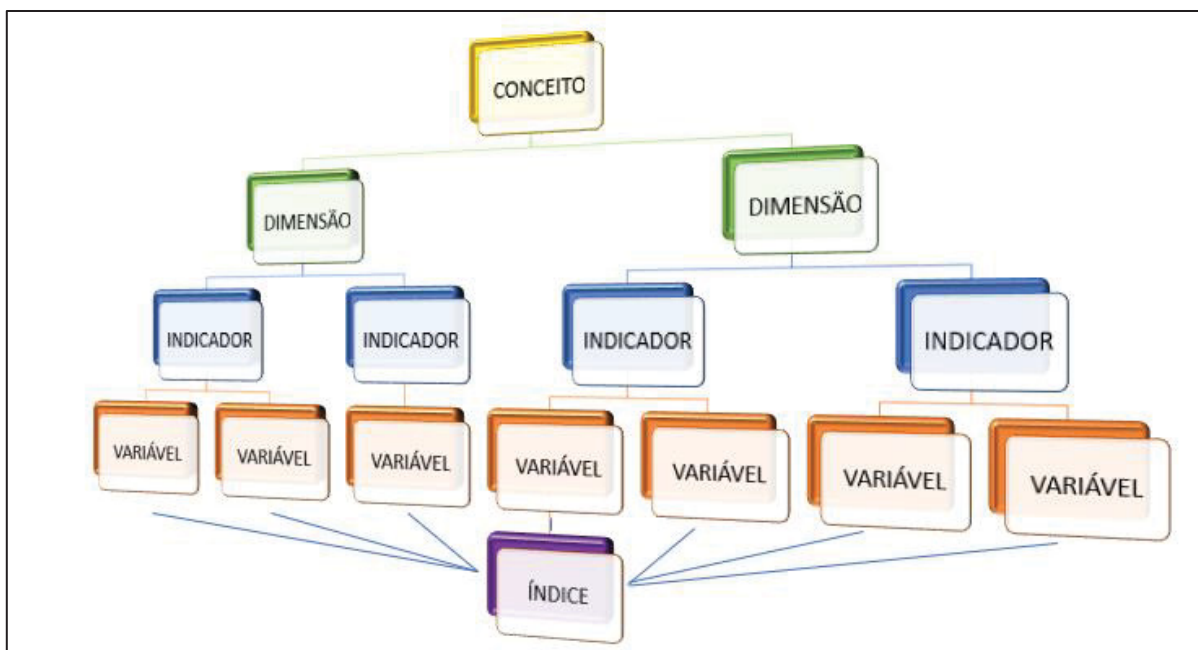
a) divisão do conceito em dimensões: reflexão teórica sobre os componentes principais do significado do conceito que irão representar as dimensões de análise;

b) eleição dos indicadores: identificação dos indicadores correspondentes a cada uma das dimensões. Ainda que se esteja em uma fase conceitual, em que os próprios indicadores são conceitos (passíveis de observação), já se começa a planejar o problema da observação;

c) operacionalização: transformação dos indicadores em variáveis;

d) formação dos índices: sintetização das múltiplas variáveis em um único índice.

FIGURA 2 – REPRESENTAÇÃO DA TRADUÇÃO EMPÍRICA DE UM CONCEITO COMPLEXO



FONTE: Adaptada de Corbetta (2007).

3.1.1 Estrutura do índice

A estrutura do índice está dividida em três partes: (a) dimensões de análise, indicadores e variáveis; (b) ponderação das variáveis, subdimensões e dimensões; e (c) cálculo dos indicadores.

Para operacionalizar a divisão do conceito de participação em dimensões de análise considerou-se o quadro analítico desenvolvido por Graham Smith (2009). Já para a construção dos indicadores e variáveis, foram utilizados os elementos mais relevantes obtidos por revisão sistemática da literatura acerca da produção de bens democráticos nos conselhos de saúde brasileiros e as leis que regem o funcionamento dos conselhos de saúde.

Assim, para este trabalho, utilizou-se o framework desenvolvido por Smith (2009), já apresentado nas seções anteriores, que tentou equacionar tanto a perspectiva dedutiva como o comprometimento com uma teoria democrática na análise do desenho institucional das inovações democráticas.

Assume-se ainda que há efeitos que não poderão ser mensurados por esta metodologia, mas que podem ter influência na produção de bens democráticos no interior dos conselhos e que necessitariam de outras metodologias de pesquisa, como possíveis processos de barganha, cooptação, entre outros. Isto será expresso na medida da percepção possível na aplicação dos indicadores e na análise dos resultados.

Além disso, existem fatores externos ao desenho que também importam e incidem sobre os conselhos, mas que não se configuram o escopo deste trabalho. Desta forma, há de se considerar que os conselhos municipais de saúde estão em um ambiente específico atual, histórico, político e juridicamente construído, e isso não só abre e amplia oportunidades de participação a depender desses ambientes, mas também impõe constrangimentos para os seus processos participativos (LÜCHMANN, 2002; FARIA, 2005; LEVITSKY; HELMICK, 2006; AVRITZER, 2009; CUNHA *et al.* 2011).

Esse índice foi desenvolvido para analisar especificamente os conselhos de saúde, no entanto, pode servir de modelo para a análise de outros conselhos, contanto que as especificidades e finalidades de cada conselho sejam observadas na construção dos indicadores e variáveis.

3.1.1.1. Dimensões

O índice está estruturado em dimensões, indicadores e variáveis. Para cada um desses itens será atribuído um peso que gerará o índice final.

Para se construir as dimensões do índice proposto, é preciso decidir como se pretende abordar o objeto de estudo, ou seja, se o conhecimento partirá de algum referencial teórico existente ou se será construído a partir do próprio objeto (abordagem conhecida como *grounded theory*). Isso determinará o processo de trabalho, os indicadores e as variáveis (CUNHA *et al.*, 2011). Para este estudo, foi utilizado como referencial teórico-metodológico para a definição das dimensões de análise o quadro analítico desenvolvido por Graham Smith (2009) em seu estudo sobre as inovações democráticas.

Dessa forma, as quatro dimensões do índice analisam a produção de inclusão, controle popular, julgamento ponderado e a transparência nos conselhos de saúde (Figura 3).

FIGURA 3 – DIMENSÕES DO ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE



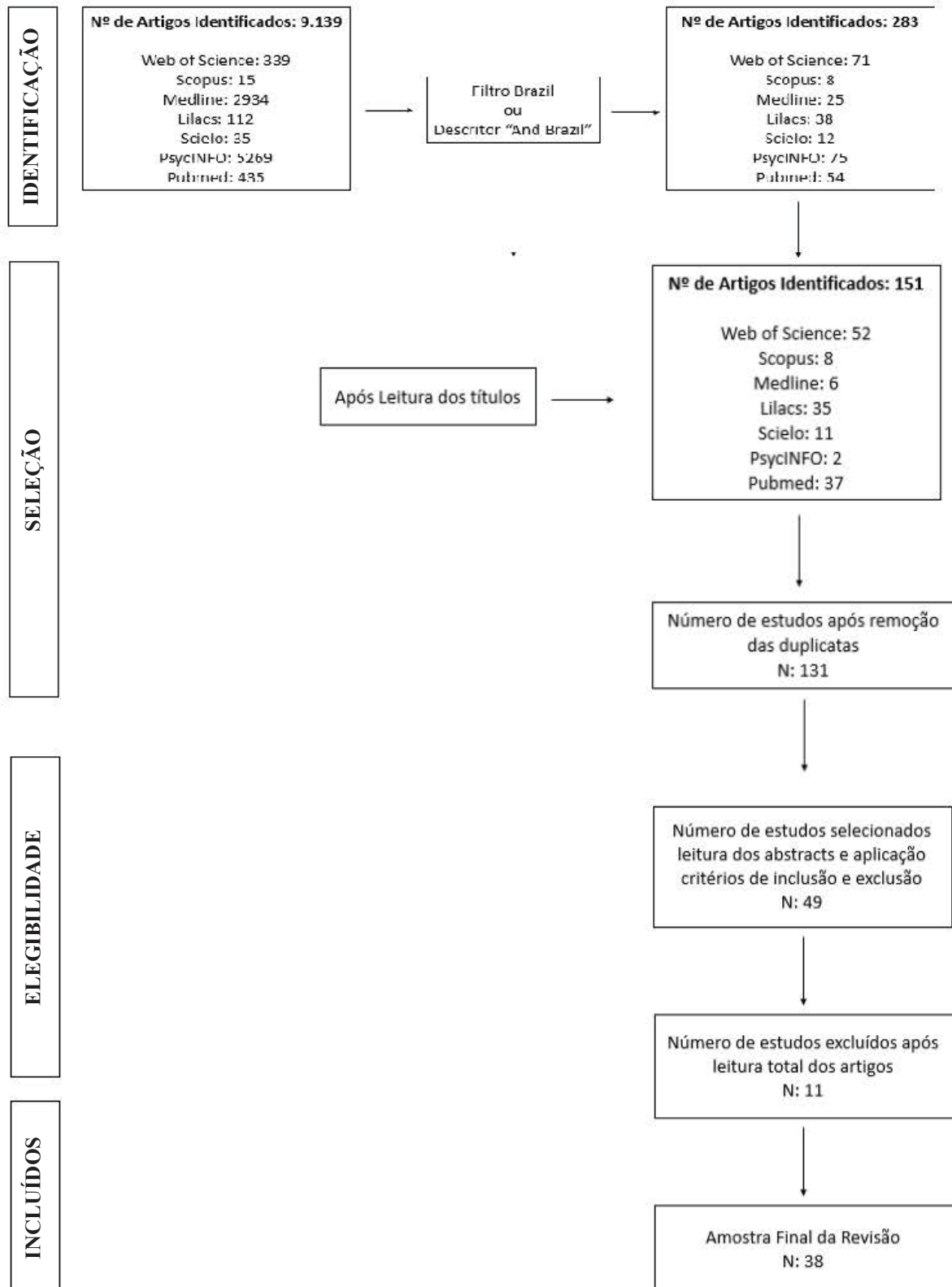
FONTE: Elaborada pela autora.

Para estruturar os indicadores e variáveis, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com a intenção de verificar como os conselhos de saúde têm produzido resultados que poderiam corresponder às dimensões de análise de inclusão, controle popular, julgamento ponderado e transparência, propostas por Smith (2009).

3.1.1.2 A revisão sistemática

A presente revisão sistemática adaptou as recomendações propostas no guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, o PRISMA para esta pesquisa. O diagrama da seleção dos artigos que compõem esta revisão sistemática se encontra na Figura 4.

FIGURA 4 – DIAGRAMA DA SELEÇÃO DE ARTIGOS PARA REVISÃO SISTEMÁTICA



FONTE: Elaborada pela autora (2019).

3.1.1.2.1 Critérios de elegibilidade e fontes de informação

Iniciou-se elegendo critérios de elegibilidade e fontes de informação. Foram então incluídos na amostra os estudos que preenchiam os seguintes critérios: a) artigos publicados entre 1991 e 2018; b) relatos de pesquisas empíricas (de natureza quantitativa ou qualitativa) sobre conselhos de saúde (municipais, estaduais ou federais); c) revisões sistemáticas sobre a participação popular e/ou conselhos de saúde; d) artigos publicados em português, inglês ou espanhol; e) artigos que analisaram os conselhos e versaram sobre resultados compatíveis com a produção dos quatro bens democráticos de Smith (2009): inclusão, controle popular, julgamento ponderado e transparência nos conselhos.

Foram desconsiderados na amostra os artigos com as seguintes características: a) ensaios teóricos, relatos de experiências, materiais educativos, teses, dissertações ou monografias; b) comparações entre conselhos setoriais (p. ex. conselho de saúde *versus* conselho de assistência social); c) artigos que estudavam conselhos locais ou distritais de saúde; d) artigos que comparavam conselhos de saúde em distintos países.

A base de teses e dissertações não foi incluída no escopo da pesquisa por se ter optado encontrar artigos oriundos de pesquisa empírica publicados em revistas indexadas às principais bases de pesquisa que tivessem, portanto, sido examinados por um corpo editorial.

A pesquisa foi realizada em maio de 2018, nas seguintes bases de dados: LILACS, MEDLINE, SCIELO, PsycINFO, Web of Science, SCOPUS e PUBmed, consideradas as principais bases de pesquisa na área das ciências sociais e saúde.

A intenção foi mapear todos os resultados pertinentes à produção dos quatro bens democráticos propostos por Smith (2009), desde a instituição dos conselhos de saúde como mecanismo legal de participação popular em 1990.

3.1.1.2.2 Estratégia de busca

Procedeu-se a busca de resumos utilizando os operadores booleanos: *, OR e AND na associação entre os seguintes descritores: (health council* OR municipal health council*) AND (popular participation or social participation or citizen participation or social control).

Como segundo passo, foi incluído o filtro Brasil, já que o contexto que queríamos analisar era o brasileiro. Para algumas bases de dados (PUBMED, LILACS e PsycINFO), foi empregado o descritor “and Brazil”; nas demais (MEDLINE, SCIELO), foi utilizado o filtro geográfico fornecido pela base de dados, selecionando a região geográfica “Brazil”.

3.1.1.2.3 Seleção dos estudos

O passo seguinte consistiu na identificação dos estudos. Para fins de seleção, a partir da leitura dos títulos das publicações, foram descartadas as que tratavam de um escopo não elegível (conselho local de saúde, comparações entre conselhos gestores, comparações entre países ou que não se tratassem de estudos sobre conselhos de saúde). A seguir, os títulos em duplicidade foram excluídos.

Após isso, foram lidos todos os *abstracts* das publicações, e somente os que estavam dentro dos critérios de inclusão foram selecionados. Para a elegibilidade, os textos foram lidos na íntegra e aqueles cujos resultados e a discussão não apresentavam pertinência à produção de qualquer um dos bens democráticos propostos por Smith (2009) foram desconsiderados dos resultados.

3.1.1.2.4 Processo de extração dos dados

Os textos foram lidos e resumidos, observando-se aspectos de autoria, ano da publicação, metodologia utilizada, ano e município ou estado em que o estudo foi realizado, com particular análise dos resultados e a divisão destes nos quatro bens democráticos. Dessa forma, os resultados apresentados pelas investigações realizadas nos conselhos foram distribuídos conforme seus achados e os conceitos de inclusão, julgamento ponderado, controle popular e transparência (SMITH, 2009).

3.1.1.2.5 Redução de vieses

O procedimento de busca ocorreu por meio da avaliação por pares, o que significa que dois pesquisadores realizaram ao mesmo tempo a busca nas bases de dados empregando os mesmos descritores.

3.1.1.2.6 Resultados

Os resultados apontaram que todos os estudos incluídos pela metodologia foram publicados após o ano de 2000. Observou-se que até 2010 foram publicados nove estudos e, após 2010 até maio/2018, 29 estudos. Um detalhe observado na pesquisa foi o ano da coleta da pesquisa, somente quatro estudos realizaram sua coleta após 2012.

Essa observação é importante em razão de dois motivos: em 2011 o Brasil instituiu a Lei n. 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), que regulamentou o direito constitucional de acesso às informações públicas e, em 2012, a Lei 141/2012 e a resolução 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reforçaram o controle social nas políticas públicas de saúde e comprometem os gestores com a transparência de suas ações, com garantia de autonomia e visibilidade dos conselhos, bem como reforçaram as competências deliberativas e, por vezes, vinculativas dos conselhos de saúde.

A associação de metodologia quantitativa e qualitativa foi a mais utilizada, com 21 estudos, três quantitativos e 10 qualitativos, sendo nove utilizando entrevistas ou questionários com conselheiros, uma revisão sistemática e três revisões integrativas.

A partir do quadro analítico de Smith (2009), a pesquisa permitiu inferir que todas as publicações que analisaram os conselhos, independentemente da metodologia ou da vertente teórica escolhida, apresentam análises que se referem à produção de um ou mais bens democráticos; no entanto, observou-se que há desafios e fragilidades nesse processo.

No que concerne aos estudos sobre a produção dos bens democráticos, há uma concentração de publicações em torno da análise de dois bens democráticos: a inclusão e o julgamento ponderado. Na inclusão, mais especificamente, se sobressai a presença, ou seja, os estudos de alguma forma tentaram identificar “quem constituía a *demos* dos conselhos” e como esta *demos* participava e decidia nos momentos de deliberação. Dessa forma, tanto a presença como o julgamento ponderado foram objeto de análise em 36 das 38 publicações.

A seguir, o bem democrático da transparência se apresentou na análise de 35 dos 38 estudos, porém convém ressaltar que, segundo Smith (2009), a transparência de uma institucionalidade é medida tanto pela sua transparência interna como externa,

e, com isso, 22 estudos trouxeram efeitos que remetiam à transparência interna e 22 à transparência externa dos conselhos.

O controle popular foi um bem analisado em 29 das 38 publicações, e a voz, o outro elemento da inclusão, em 24 estudos.

A síntese das análises é expressa no Quadro 1, que traz os aspectos mais relevantes que foram encontrados nos estudos que investigaram a participação nos conselhos. A síntese das análises em grande medida se concentra nos desafios a serem superados para a produção do bem democrático ao qual o efeito está vinculado.

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS RESULTADOS DA PRODUÇÃO DE BENS DEMOCRÁTICOS PELOS CONSELHOS DE SAÚDE

(continua)

INCLUSÃO	PRESEÇA
	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilidades na escolha dos conselheiros, em especial do segmento usuário. - Irregularidades na composição dos segmentos representados, mas estudos trazendo o respeito com a paridade entre Estado e sociedade. - Baixo quórum em reuniões, porém com maior participação dos usuários em relação aos demais segmentos. - Baixa rotatividade das entidades X alta rotatividade dos conselheiros. - Distanciamento dos conselheiros de suas bases representadas, em menor proporção entre os trabalhadores da saúde. - Inconsistências nas frequências das realizações das reuniões. - Abertura à participação da sociedade nas reuniões do conselho como fato consolidado e com presença desta. - Elitização e “prefeiturização” dos conselheiros, além de uma vida de “policonselheiro da entidade”. - Pouca representação das minorias sociais. - O caráter pedagógico da participação
	VOZ
	<ul style="list-style-type: none"> - Formação da agenda centrada nos atores governamentais. - A escolha da presidência do conselho via eleição, mas em alguns estudos aparece a figura do secretário de saúde como presidente do conselho permanece. - Usuários com dificuldade de expor suas demandas. - As falas concentradas nos atores e conselheiros governamentais. - O grau de escolaridade como um fator que promove maior possibilidades de fala.
CONTROLE POPULAR	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa capacidade de incidência do conselho sobre a política de saúde. - Não homologação das deliberações do conselho pelos gestores - Gestores informam as decisões, os planos e relatórios e não abrem ao debate. - Excesso de burocracia. - Instrumentos de gestão desconhecidos pelos conselheiros - Não acompanhamento das deliberações tomadas em plenária ou dos resultados dos planos de saúde. - Em alguns estudos, os representantes dos usuários referem que há resultados práticos pela sua participação no conselho. - As demandas dos representantes ganham expressão, forçando um posicionamento das instituições, mesmo que não entrem na agenda decisória do governo.

(conclusão)

JULGAMENTO PONDERADO	<ul style="list-style-type: none"> - A necessidade inferida e referida de capacitação para os conselheiros. - O discurso competente como uma barreira para o processo deliberativo. - Comissões temáticas insuficientes para suportar o processo decisório. - O desafio do entendimento das questões orçamentárias, que é uma atribuição legal do conselho de saúde. - Capacidade deliberativa fragilizada por informações omitidas ou inacessíveis. - Tensões na tomada de decisão: interesses pessoais X entidade X coletividade. - Desconhecimento dos Instrumentos que regem o planejamento e o orçamento do SUS e dos que os conselhos emitem parecer. - A participação nos espaços públicos favoreceu a aquisição de conhecimentos para a realização coerente do papel de conselheiro.
TRANSPARÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento das atribuições dos conselheiros. - Falta de clareza das competências dos conselhos, de suas dinâmicas internas e atos administrativos concernentes. - Conselheiro não repassando para a sua base representada questões acerca das ações e decisões dos conselhos. - Dificuldade para acessar informações ou omissão de informações. - Dificuldade em transmitir informações para a sociedade. - A exclusão digital como barreira à informação. - Isolamento do conselho.

FONTE: Elaborado pela autora.

Dessa forma, podemos observar que, mesmo que alguns desafios tenham sido identificados, há resultados positivos em relação à produção dos bens democráticos nos conselhos de saúde.

3.1.1.2.7 Discussão

Os resultados apontam na direção da produção da inclusão; no entanto, ao se analisar a presença e a voz separadamente, há desafios a serem superados. Considerando a presença, persistem irregularidades na composição percentual dos conselhos de saúde (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; ZAMBON; OGATA, 2013; BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2015), presença de vereadores entre os representantes (BISPO JR.; SAMPAIO, 2008; COTTA *et al.*, 2011), alta rotatividade dos conselheiros (MORAES *et al.*, 2009; DUARTE; MACHADO, 2012; BIANCHI; NICOLAU, 2017), irregularidades na frequência das reuniões dos conselhos (GERSCHMAN, 2004; BISPO JR., SAMPAIO, 2008; COTTA *et al.*, 2011; VIEIRA; CALVO, 2011; OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013) e uma menor concentração de entidades relacionadas às minorias sociais comparadas com associações de moradores e portadores de patologias (MOREIRA; ESCOREL, 2009; KOHLER;

MARTINEZ, 2015), elementos estes que podem afetar como os conselhos produzem a inclusão, especialmente dos potencialmente afetados.

Considerando a voz, outro elemento da inclusão, a revisão trouxe a forte influência da gestão na formação da agenda (VIEIRA; CALVO, 2011; FARIAS *et al.*, 2014; ZAMBON, OGATA, 2013; KOHLER; MARTINEZ, 2015; KEZH; BOGUS; MARTINS, 2016), o presidente do conselho sendo o gestor da saúde da esfera administrativa (secretário de saúde) (LENITA; WENDHAUSEN, 2006; MOREIRA; ESCOREL, 2009; COTTA *et al.*, 2011; VIEIRA; CALVO, 2011; ZAMBON; OGATA, 2011) e uma baixa capacidade de vocalização dos usuários nos conselhos, seja pela não solicitação de pautas, seja pela aferição de uma não vocalização/participação autoreferida ou, ainda, quando os estudos incluíam a metodologia observacional, a observação de um silêncio dos usuários (PESSOTO; NASCIMENTO, HEIMANN, 2001; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; COTTA *et al.*, 2011; DUARTE; MACHADO, 2012; ZAMBON; OGATA, 2013; SHIMIZU *et al.*, 2013) num espaço de parte do pressuposto deliberativo, ou seja, de debate.

Analisando a produção do controle popular, os resultados da pesquisa trouxeram uma percepção geral de que a participação nos conselhos de certa forma tem baixo impacto na política de saúde, bem como de pautas e decisões fechadas e sem possibilidade de ascendência dos conselhos sobre estas (GERSCHMAN, 2004; LENITA; WENDHAUSEN, 2006; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; BISPO JR.; SAMPAIO, 2008; GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010; MORGAN, *et al.*, 2010; COTTA *et al.*, 2011; VIEIRA; CALVO, 2011; CAVALCANTE *et al.*, 2012; MACHADO; LUCAS, 2013; SHIMIZU, 2013; KOHLER; MARTINEZ, 2015; KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

No exame da produção do julgamento ponderado, dois estudos mencionaram que alguns conselheiros se sentiam capazes de atuar nessa função (DUARTE, MACHADO, 2012; BIANCHI; NICOLAU, 2017); no entanto, na maioria dos estudos, a assimetria de informação é uma das grandes barreiras a ser superada para que conselheiros possam tomar uma decisão fundamentada (SMITH, 2009).

Em relação à transparência, os resultados evidenciaram dificuldades na publicização das ações dos conselhos, situações de restrições de acesso às informações necessárias para a tomada decisão (GERSCHMAN, 2004; JUNBERG *et al.*, 2014; KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015; BIANCHI, NICOLAU, 2017). Também foi relatada em muitos estudos a falta de clareza acerca do funcionamento

dos conselhos e do papel do conselheiro (CAZAL; RODRIGUES, 2009; BATISTA *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2011; FARIAS *et al.*, 2014; PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014; BIANCHI; NICOLAU, 2017). Embora as funções dos conselhos e conselheiros estejam explicitadas em lei e confirmadas nos seus Regimentos Internos, na prática, percebe-se que os papéis consultivo, deliberativo e fiscalizador se confundem no entendimento de seus conselheiros (PRESOTO; WESTPHAL, 2005).

3.1.1.2.8 Conclusão

Os estudos revelaram que os conselhos produzem efeitos que geram os quatro bens democráticos. No entanto, há desafios para a produção dos quatro bens no detalhamento dos estudos. Em relação à inclusão, os estudos apresentaram dificuldades na constituição da *democr* e também de cessão de voz aos participantes. Além disso, questões concernentes ao momento deliberativo como de entendimento técnico também emergiram dos resultados. Com isso, a capacidade de controle popular nos conselhos de saúde apresentou-se diminuída em muitos estudos. Por conseguinte, a transparência foi diretamente afetada, ante as lacunas em relação à publicização das ações do conselho e um baixo entendimento de quais são as atribuições dos conselheiros e conselhos.

Diante desses resultados produzidos, pode-se concordar com as reflexões de Almeida e Tatagiba (2012) de que há a necessidade de fortalecer a face pública dos conselhos e, ainda, de incidir no ambiente institucional no qual os conselhos estão inseridos, “buscando o seu reconhecimento como instância legítima na qual as normativas do Estado podem ser interpeladas segundo as exigências da justiça e dos direitos” (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012, p. 89).

3.1.2.2 As subdimensões, os indicadores e as variáveis

A construção das subdimensões, dos indicadores e suas variáveis são uma somatória dos resultados da revisão sistemática e das leis e resoluções nacionais que regem o funcionamento dos conselhos de saúde⁸.

A partir disso, foram elaborados indicadores que permitissem analisar se ocorria produção ou não do bem em questão. No entanto, por ser uma análise que intenta mensurar quantitativamente a produção dos bens a partir de uma análise do desenho institucional e de análise documental, algumas mensurações só seriam possíveis por meio de outras metodologias, como análise de discurso, entrevistas e observação. Desta forma, alguns indicadores foram desenhados de forma a analisar a condição para a realização do bem - como no caso do julgamento ponderado, por exemplo.

Dessa forma, foram elencados 25 indicadores e suas variáveis para abarcar as quatro dimensões do índice e, assim, analisar a participação nos conselhos.

1) Inclusão

Para mensurar a dimensão *Inclusão*, os indicadores foram distribuídos em duas subdimensões, de forma a abranger os dois elementos que a compõe: *presença* e *voz*.

1.1) Indicadores da subdimensão Presença

1.1.1) Sociedade Civil Organizada

Entende-se que o processo de seleção das entidades da sociedade civil organizada nos conselhos é elemento importante para se analisar o potencial inclusivo de uma institucionalidade. Além disso, mais do que as entidades conseguirem assentos, são necessárias a presença e assiduidade dos seus representantes nas reuniões do conselho (VAZ, 2011; SMITH 2009; SILVA, 2011; BISPO JR, 2015). Esse indicador visa quantificar as organizações de sociedade civil participantes da instituição no que tange à sua seleção e presença nas reuniões do conselho.

⁸ *Lei 8142/90; Resolução CNS n.º 453/2012; Lei n. 141/2012 e Resolução CNS n.º 544/2017.

As variáveis a seguir estão correlacionadas ao indicador “sociedade civil organizada” e serão extraídas das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos:

- a) Qual é a proporção de entidades que obtiveram assento no conselho em relação às que se candidataram?
- b) Como se dá a presença dos representantes da sociedade civil nas reuniões do conselho?

1.1.2) Indicador “Sociedade Civil Organizada Especial”

Este indicador busca analisar a presença das minorias sociais ou grupo de vulneráveis nos conselhos com o intuito de permitir a inclusão dos segmentos carentes, pouco mobilizados e nem sempre organizados (CORNWALL, 2008; GAVENTA, 2006).

A variável a seguir visa quantificar as organizações de sociedade civil participantes da instituição que representam as minorias sociais (SMITH, 2009; COELHO 2011) e será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos:

- a) Qual a proporção de entidades representantes de minorias sociais em relação às demais entidades de representantes da sociedade civil organizada?

1.1.3) Indicador “Sociedade Civil Não Organizada”

Além de ser um locus de diálogo entre os representantes dos segmentos envolvidos, a abertura e a presença do cidadão não organizado nesses espaços são importantes para a concretização da participação da sociedade.

A variável a seguir visa quantificar a participação do cidadão comum nas reuniões do conselho (autoapresentação) (LÜCHMANN, 2008) e será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos:

- a) Qual a presença dos cidadãos comuns (não organizados) nas reuniões?

1. 2) Indicadores da subdimensão Voz

1.2.1) Indicador “Alternância de poder na presidência do conselho”

Entende-se que a presidência do conselho possui um papel relevante na voz da instituição, pois, de um modo geral, os conselhos se estruturam em torno desse

cargo e da mesa diretora. Dessa forma a presidência detém poderes e prerrogativas diferenciados, como a condução dos trabalhos junto à mesa diretora, o voto de desempate e decidir determinadas questões *ad referendum*; portanto, a presidência concentra poder (FARIA; RIBEIRO, 2011). Carvalho (2014) menciona que, apesar de não haver legislação concernente à alternância da presidência do conselho de saúde, o ideal seria a eleição entre os representantes do segmento usuários, isto porque são o único segmento que não possui nenhum vínculo com o gestor- seja financeiro, empregatício. Sendo assim, formulou-se a variável, que será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos, visando mensurar como se dá a alternância de poder dentro do conselho:

- a) Como se dá a alternância de poder da presidência dos conselhos?

1.2.2) Indicador “Formação da Agenda”

O controle sobre o processo de formação de agenda de discussão se constitui um dos principais indicadores relativos à distribuição do poder entre os participantes de um fórum. Nesse sentido, sua construção indica a possibilidade de os atores terem vez e voz no processo decisório. Uma pauta construída coletivamente permite que mais vozes estejam inseridas, mas se esta ficar concentrada na presidência, independentemente do segmento que a ocupe, indica menor democratização do processo (COELHO, 2011; FARIA; RIBEIRO, 2011).

A variável a seguir visa quantificar quem coordena a agenda e coloca as questões para discussão e será extraída das pautas de reuniões publicadas, atas de reuniões, regimentos e regulamentos internos dos conselhos:

- a) Que segmentos estão presentes na formação (solicitação) da agenda (pauta) das reuniões?

1.2.3) Indicador “Proporção de expressão da voz”:

Smith (2009) salienta a necessidade de a instituição dar oportunidade de momentos de expressão de demandas para todos os participantes e estas serem ouvidas. É o princípio da igualdade deliberativa, em que todos os que participam devem ter a mesma oportunidade de apresentar suas razões, mesmo que haja distribuição desigual de recursos (materiais e informacionais) e de poder (igualdade substantiva); as regras que regulam a deliberação valem para todos (igualdade formal) (ALMEIDA; CUNHA, 2011).

Esta variável visa quantificar os momentos de expressão de voz dentro da instituição participativa, em especial nas reuniões do conselho (SMITH, 2009; SANTOS, 2015). Ela será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos:

a) Quantos segmentos têm registro de fala nas atas das reuniões?

O Quadro 2 a seguir resume os indicadores e variáveis a serem utilizados para análise da dimensão *inclusão* no índice de participação.

QUADRO 2 – RESUMO DOS INDICADORES E VARIÁVEIS DA DIMENSÃO INCLUSÃO

INDICADOR	VARIÁVEIS
SUBDIMENSÃO PRESENÇA	
1.1.1) <i>Sociedade Civil Organizada</i>	a) Qual é a proporção de entidades que obtiveram assento no conselho em relação às que se candidataram? b) Como se dá a presença dos representantes da sociedade civil nas reuniões do conselho?
1.1.2) <i>Sociedade Civil Organizada Especial</i>	Qual a proporção de entidades representantes de minorias sociais em relação às demais entidades de representantes da sociedade civil organizada?
1.1.3) <i>Sociedade Civil Não Organizada</i>	Qual a presença dos cidadãos comuns (não organizados) nas reuniões?
SUBDIMENSÃO VOZ	
1.2.1) <i>Alternância de poder na presidência do conselho</i>	Como se dá a alternância de poder da presidência dos conselhos?
1.2.2) <i>Formação da agenda</i>	Que segmentos estão presentes na formação (solicitação) da agenda (pauta) das reuniões?
1.2.3) <i>Proporção de expressão da voz</i>	Quantos segmentos têm registro de fala nas atas das reuniões?

FONTE: Elaborado pela autora.

2) Controle Popular

A análise da dimensão *Controle Popular* também considerou dois aspectos: os efeitos na política (outcomes) e a produção decisória dos conselhos (outputs), gerando, portanto, duas subdimensões.

Considerando que cada institucionalidade deve ser analisada a partir da perspectiva com a qual foi criada, para desenvolver esses indicadores buscou-se analisar não o efeito na política de saúde, o que poderia levar a um seguimento longo – e o risco da causalidade remota. E sim, o efeito dos conselhos nos documentos que regem a política de saúde (os instrumentos de gestão do SUS: PMS, PAS, RAG e Relatório Quadrimestral de Saúde) sobre os quais os conselhos possuem responsabilidade objetiva e que afetam a oferta e o acesso aos serviços de saúde da esfera correspondente.

2.1) Indicadores da subdimensão Outcomes

2.1.1) *Indicador “Inserção nos instrumentos de planejamento”:*

Este indicador visa quantificar as decisões tomadas nos mecanismos de participação e a inserção destas nos instrumentos de planejamento do SUS (WAMPLER, 2007, 2011; AVRITZER; NAVARRO, 2003).

O relatório final da conferência de saúde deve servir de insumo para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, e cabe ao conselho fiscalizar esta diretiva (CARVALHO, 2014).

Assim, serão extraídas do Relatório Final da Conferência de Saúde, do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde subseqüentes as seguintes variáveis:

- a) Quantas propostas do Relatório Final da Conferência de Saúde estão presentes no Plano Municipal de Saúde?
- b) Das ações/metast previstas na Programação Anual de Saúde, quantas são oriundas do Relatório Final da Conferência de Saúde?

2.1.2) *Indicador “Monitoramento dos instrumentos de execução da política”:*

A lei 141/2012 determina que os conselhos de saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão, a cada quadrimestre, o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor sobre as condições de saúde e a qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao chefe do Poder Executivo do respectivo ente da

Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

As variáveis a seguir serão extraídas das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos e visam quantificar as decisões tomadas no conselho e o monitoramento dos instrumentos de execução do SUS (WAMPLER, 2007, 2011; AVRITZER; NAVARRO, 2003):

- a) Houve registro em ata da apresentação e aprovação do Relatório Quadrimestral a cada quadrimestre?
- b) Houve registro em ata da emissão de Parecer sobre o Relatório Anual de Gestão no mês de março conforme a legislação preconiza?

2.2) Indicadores da subdimensão Outputs

2.2.1) *Indicador “Produção decisória da institucionalidade participativa”:*

As variáveis a seguir visam quantificar e analisar os tipos de atos normativos produzidos pelos conselhos (LAVALLE; VOIGHT; SERAFIM, 2016) e serão extraídas das atas de reunião, publicações no *site* do conselho/secretaria de saúde e diários oficiais:

- a) Qual foi o total de resoluções emitidas pelo conselho de saúde em um ano?
- b) Quantas resoluções do ano foram emitidas com votação no plenário?
- c) Quantos atos normativos (excluindo as resoluções) foram emitidos pelos conselhos de saúde em um ano?

O Quadro 3 resume os indicadores e as variáveis da dimensão *controle popular do índice*.

QUADRO 3 – RESUMO DOS INDICADORES E VARIÁVEIS DA DIMENSÃO CONTROLE POPULAR

INDICADOR	VARIÁVEIS
SUBDIMENSÃO OUTCOMES	
2.1.1) <i>Indicador “Inserção nos instrumentos de planejamento</i>	a) Quantas propostas do Relatório Final da Conferência de Saúde estão presentes no Plano Municipal de Saúde?
	b) Das ações/metast previstas na Programação Anual de Saúde, quantas são oriundas do Relatório Final da Conferência de Saúde?
2.1.2) <i>Indicador “Monitoramento dos instrumentos de execução da política”</i>	a) Houve registro em ata da apresentação e aprovação do Relatório Quadrimestral a cada quadrimestre?

	b) Houve registro em ata da emissão de parecer sobre o Relatório Anual de Gestão no mês de março, conforme a legislação preconiza?
SUBDIMENSÃO OUTPUTS	
2.2.1) <i>Indicador “Produção decisória da institucionalidade participativa”</i>	a) Qual foi o total de resoluções emitidas pelo conselho de saúde em um ano?
	b) Quantas resoluções do ano foram emitidas com votação no plenário?
	c) Quantos atos normativos (excluindo as resoluções) foram emitidos pelos conselhos de saúde em um ano?

FONTE: Elaborado pela autora.

3) Julgamento Ponderado

Para a análise do *Julgamento Ponderado*, foram levados em conta dois aspectos considerados importantes no quadro analítico de Smith (2009): a capacidade técnica para a tomada de decisões e se elas são consensuais. Como descrito anteriormente, para a dimensão do julgamento ponderado foram desenhados indicadores que aferem a condição necessária para se fazer o julgamento ponderado - reflexivo e com capacidade técnica. Para isso, distribuiu-se a dimensão em duas subdimensões.

3.1) Indicadores da subdimensão Julgamento Ponderado Técnico

3.1.1) *Indicador: “Capacitações para o desempenho da função”*

Esta variável visa quantificar as capacitações ofertadas pelas institucionalidades aos seus participantes e a sua regularidade (CARVALHO, 2014) e será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos:

a) Foi ofertada capacitação aos conselheiros no ano?

3.1.2) *Indicador: “Presença de Comissões Temáticas”*

Esta variável visa quantificar a presença de comissões temáticas que apoiam a tomada de decisão dos participantes, seja em caráter consultivo, propositivo ou de assessoramento (FARIA; ALMEIDA, 2011; CUNHA *et al.*, 2011; BISPO JR, 2015) e

será extraída das atas de reunião, regimentos, regulamentos internos dos conselhos e *site* do conselho/secretaria de saúde.

a) Quantas comissões temáticas estão presentes no conselho?

3.1.3) *Indicador: “Esclarecimentos externos”:*

Esta variável visa quantificar a presença de agentes externos chamados pela institucionalidade para esclarecimentos sobre determinados temas. Os dados serão extraídos das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos:

a) Há registro em ata da presença de técnicos externos nas reuniões do conselho?

3.2) Indicadores da subdimensão Julgamento Ponderado Interno

3.2.1) *Indicador “Mediação de Debates”:*

Entende-se que procedimentos organizacionais podem contribuir para tornar ambientes assimétricos e conflituosos mais próximos das condições ideais de debate público (COELHO, 2011; ROWE; FREWER, 2004). Dessa forma, mediadores são importantes para ampliar a participação daqueles que contam com menos recursos (FUNG, 2004a). Assim, visando quantificar se há um mediador para gerenciar os conflitos e a chegada a um consenso nos debates, será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos, a seguinte variável:

a) Há presença de mediadores nas reuniões do conselho?

3.2.2) *Indicador “Gestão do Consenso”:*

Esse indicador visa quantificar como a institucionalidade toma suas decisões, se mediante votações ou acordos consensuais (COELHO, 2011). Assim, será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos a seguinte variável:

a) Como se dão as decisões: mediante votações ou acordos consensuais?

Os indicadores e as variáveis da dimensão *Julgamento ponderado* do índice estão resumidos no Quadro 4.

QUADRO 4 – RESUMO DOS INDICADORES E VARIÁVEIS DA DIMENSÃO JULGAMENTO PONDERADO

INDICADOR	VARIÁVEIS
SUBDIMENSÃO JULGAMENTO PONDERADO TÉCNICO	
3.1.1) <i>Indicador Capacitações para o desempenho da função</i>	Foi ofertada capacitação aos conselheiros no ano?
3.1.2) <i>Indicador Presença de Comissões Temáticas</i>	Quantas comissões temáticas estão presentes no conselho?
3.1.3) <i>Indicador Esclarecimentos Externos</i>	Há registro em ata da presença de técnicos externos nas reuniões do conselho?
SUBDIMENSÃO JULGAMENTO PONDERADO INTERNO	
i. <i>Indicador Mediação do Debates</i>	Há presença de mediadores nas reuniões do conselho?
3.2.2) <i>Indicador Gestão do Consenso</i>	Como se dão as decisões: mediante votações ou acordos consensuais?

FONTE: Elaborado pela autora.

4) Transparência

A análise do bem transparência remete a duas características das instituições. Primeiro para a transparência interna: até que ponto os participantes são conscientes das condições em que participam; e, em segundo lugar, para a transparência ou publicidade externa: até que ponto o público não participante está ciente de como a inovação funciona e como eles chegaram às suas tomadas de decisão (SMITH, 2009).

Da mesma forma que o julgamento ponderado, aqui será possível analisar a condição para a realização da transparência interna a partir da análise documental – o que o regimento interno traz de elementos que permitam os participantes saber das “regras do jogo” acerca do funcionamento dos conselhos.

Já a transparência externa será analisada a partir de uma perspectiva da produção em ambiente institucional: os sites oficiais da administração pública. Sabendo que os conselhos são parte da estrutura administrativa da saúde, espera-se que os conselhos possuam espaço “oficial” para publicizar seus atos. No entanto, é

importante ressaltar que a seleção da amostra que será descrita na seção seguinte traz a também o uso proeminente das mídias sociais por parte dos conselhos como canal de comunicação, mas que não foi considerado para este estudo.

Igualmente às demais dimensões, também está dividida em duas subdimensões.

4.1) Indicadores da Subdimensão Transparência Externa

4.1.1) *Indicador “Acesso a sites oficiais do conselho”:*

Estas variáveis visam analisar como se há o acesso às informações do conselho de saúde e quais informações estão disponíveis (BRASIL, 2009; SANTOS, 2014). Serão extraídas a partir da análise do *site* do conselho de saúde ou da secretaria de saúde. São elas:

- a) Existe uma página (*site*/endereço) que é exclusiva do conselho de saúde?
- b) Qual é o conteúdo exposto *on-line* para o público externo?

4.1.2) *Indicador “Publicações de atos administrativos no site do conselho”:*

Esta variável visa quantificar se as publicações dos atos administrativos da estão acessíveis via *site* dos conselhos (LAVALLE; VOIGHT; SERAFIM, 2016). Será extraída a partir da análise do *site* do conselho de saúde ou da secretaria de saúde:

- a) Quantos atos administrativos presentes no Diário Oficial estão com publicação no *site* do conselho?

4.2) Indicadores da subdimensão Transparência Interna

4.2.1) *Indicador “Acesso às informações sobre o funcionamento das reuniões”:*

São nas reuniões do conselho que ocorrem os momentos deliberativos. Compreender como essas reuniões funcionam reduz a assimetria de informação entre os participantes (ALMEIDA; CUNHA, 2011; BISPO JR, 2015).

Assim, a fim de verificar se o regimento interno informa sobre o funcionamento das reuniões, foi estabelecida a seguinte variável, que será extraída dos regimentos internos dos conselhos:

- a) O Regimento Interno fornece orientações sobre o funcionamento das reuniões?

4.2.2) Indicador “Acesso às informações sobre o funcionamento do conselho”: compreender como os conselhos se estruturam e se organizam permite uma maior capacidade deliberativa dos participantes (ALMEIDA; CUNHA, 2011; BISPO Jr., 2015).

Assim, as variáveis a seguir visam verificar se o regimento interno informa sobre o funcionamento do conselho e como os conselheiros têm acesso às informações do conselho. Estas variáveis serão extraídas das atas de reunião, regimentos, regulamentos internos dos conselhos e *sites* dos conselhos:

- a) O Regimento Interno descreve o funcionamento do conselho?
- b) Existem canais regulares (*intranet*, redes sociais, murais ou outros) para comunicação entre conselheiros e/ou secretaria executiva?

O Quadro 5 resume os indicadores e as variáveis da dimensão Transparência do índice.

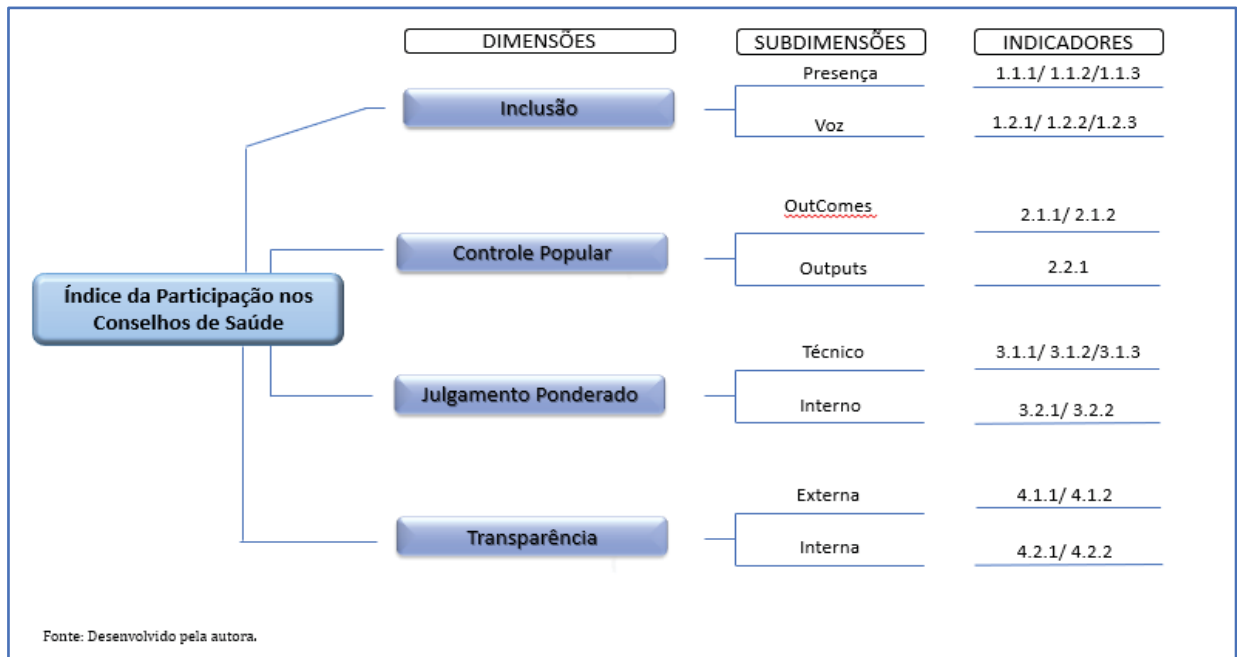
QUADRO 5 – RESUMO DOS INDICADORES E VARIÁVEIS DA DIMENSÃO TRANSPARÊNCIA

INDICADOR	VARIÁVEIS
SUBDIMENSÃO TRANSPARÊNCIA EXTERNA	
4.1.1) <i>Indicador Acesso a sites oficiais do conselho</i>	a) Existe uma página (<i>site</i> /endereço) que é exclusiva do conselho de saúde? b) Qual é o conteúdo exposto <i>on-line</i> para o público externo?
4.1.2) <i>Indicador Publicações de atos administrativos no site do conselho</i>	a) Quantos atos administrativos possuem no publicação no <i>site</i> do conselho?
SUBDIMENSÃO TRANSPARÊNCIA INTERNA	
4.2.1) <i>Indicador Acesso às informações sobre o funcionamento das reuniões</i>	O Regimento Interno fornece orientações sobre o funcionamento das reuniões?
4.2.2) <i>Indicador Acesso às informações sobre o funcionamento do conselho</i>	a) O Regimento Interno descreve o funcionamento do conselho? b) Existem canais regulares (<i>intranet</i> , redes sociais, murais ou outros) para comunicação entre conselheiros e/ou secretaria executiva?

FONTE: Elaborado pela autora.

A Figura 5 resume o Índice de Participação nos Conselhos de Saúde com seus indicadores e variáveis.

FIGURA 5 – ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE



FONTE: Elaborada pela autora.

3.1.3 A análise da pertinência temática do questionário com os especialistas

Ao planejar qualquer método de coleta de dados, deve-se pensar em procedimentos que garantam a construção de indicadores confiáveis (MARTINS, 2006; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para Martins (2006), toda medida deve reunir dois requisitos essenciais: a validade e a confiabilidade. A validade é a extensão na qual o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir (LYNN, 1986). Ela pode ser avaliada por meio dos seguintes métodos: validade de conteúdo, validade relacionada a um critério e validade do constructo.

A confiabilidade é a capacidade de reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes. Os seguintes procedimentos são utilizados para sua avaliação: estabilidade (teste-reteste), homogeneidade e equivalência (interobservadores) (MARTINS, 2006).

Para este trabalho, que intenta transformar um conceito em variáveis, optou-se por realizar a análise da pertinência temática para verificar se todos os itens relevantes para representar o conceito que se pretende medir foram cobertos (CORBETTA, 2007). A verificação de que todos os itens representam e/ou contemplam adequadamente os domínios de um constructo é essencial no processo

de desenvolvimento de novos instrumentos de medida. Assim, como procedimento de escolha, optou-se pela validação de conteúdo (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015)

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (1996), a validade de conteúdo se refere ao grau que um instrumento evidencia um domínio específico de conteúdo do que se pretende medir. Existem várias formas de se realizar a validação de conteúdo e uma delas é a avaliação por um comitê de especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Por conseguinte, foram selecionados especialistas peritos na área do constructo em análise (PASQUALI, 1998). A seleção foi feita a partir de dois critérios, baseados em Alexandre e Coluci (2011): o primeiro foi a experiência e a qualificação dos sujeitos e o segundo foi que estes possuíssem publicações e pesquisas sobre o tema da tese e com conhecimento da estrutura conceitual envolvida. Então foi encaminhada uma carta-convite (Apêndice A) aos especialistas, em 17 de novembro de 2017, explicando o objetivo da pesquisa, o motivo pelo qual haviam sido selecionados e convidando-os a participarem do processo de análise de pertinência temática. No corpo da carta também estava disposto o *link* onde o perito poderia encontrar o instrumento de pesquisa a ser validado (Apêndice C).

Em 11 de dezembro de 2017, um novo contato foi feito com aqueles que ainda não haviam respondido ao questionário, dessa vez estipulando um prazo (23/12/2017) para que assim o fizessem.

Após expirado o prazo, o questionário foi tirado do ar e iniciou-se o processo de análise das respostas dadas pelos especialistas.

Lynn (1986) refere que o número ideal de respostas é no mínimo 5 e no máximo 10. Na presente consulta, 23 especialistas brasileiros foram convidados a colaborar no processo da validação de conteúdo do instrumento de pesquisa. O número de respostas válidas obtidas foi cinco, atendendo à especificação de Lynn (1986).

Cada um deles deveria examinar se, em termos gerais, cada dimensão do conceito foi adequadamente coberta pelo conjunto de variáveis apresentadas e se todas as dimensões pertinentes à participação nos conselhos de saúde foram devidamente incluídas (SANTOS, 2014).

Esse processo deu-se a partir da verificação da clareza, pertinência e relevância das variáveis contidas no questionário. Cada um desses aspectos é definido por Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010) e Alexandre e Coluci (2011) como:

- clareza: analisa se a linguagem do item é facilmente compreendida e está adequada;
- pertinência: infere se o item é representativo do conceito que se quer medir ou de uma das dimensões dele;
- relevância: investiga se os itens são adequados para inferir os objetivos propostos.

A escala utilizada para avaliação de cada um desses três critérios foi a Likert, variando de 1 a 4. Nela, 1 significa que o item não é representativo, 2 significa que o item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 significa que o item necessita de pequena revisão para ser representativo e 4 significa que o item é representativo.

Assim, tendo em vista avaliar o grau de concordância entre os especialistas sobre o instrumento de pesquisa em si, bem como as variáveis nele apresentadas, fez-se uso do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), proposto por Alexandre e Colucci (2011).

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. “Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC tem sido também definido como “a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos juízes” (ALEXANDRE; COLUCCI, 2011, p. 3065). A fórmula para avaliar cada item individualmente fica assim:

$$IVC = \frac{\text{Nº de respostas "3" ou "4"}}{\text{Nº total de respostas}}$$

Dessa forma, o IVC permite calcular a validade de conteúdo de cada variável contida em um instrumento de pesquisa, assim como a validade total de um instrumento que tenha sido submetido à avaliação de especialistas.

Apesar de Alexandre e Coluci (2011) recomendarem que, quando houver somente cinco especialistas, apenas sejam considerados aceitáveis o grau de concordância de 100%, Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010) sugerem que, em função das diferentes formações e *backgrounds* dos especialistas envolvidos no processo de validação, o ponto de corte pode ser relativizado.

Assim, o ponto de corte adotado para determinar níveis satisfatórios de clareza de linguagem, pertinência e relevância foi de IVC igual a 0,8 ou maior, tanto para cada variável ICV_i quanto para o instrumento de pesquisa IVC_t . Para calcular o valor do ICV_t , será realizada a média simples de cada critério de análise.

Quando a variável obtiver pontuação igual ou superior a 0,8 em pertinência e relevância e uma nota inferior a 0,8 no aspecto clareza, a variável será reescrita. Se obtiver uma nota inferior a 0,8 tanto na pertinência como na relevância, a variável será excluída.

No que concerne à clareza de linguagem (Tabela 1), observa-se que o instrumento apresentou um $ICV = 0,84$, estando acima do corte estabelecido. A variável 1.1.1 B obteve $ICV_i = 0,2$; as variáveis 1.1.3 e 4.1.1.B obtiveram $ICV_i = 0,4$; e as variáveis 1.2.2 e 4.1.2 obtiveram $ICV_i = 0,6$. Estas variáveis foram reescritas para que seu entendimento fique mais claro.

TABELA 1 – RESULTADOS DO ÍNDICE DE VERIFICAÇÃO DE CONTEÚDO DA CLAREZA DAS VARIÁVEIS

VARIÁVEL	NOTA ESPECIALISTA					PONTUAÇÃO
	A1	A2	A3	A4	A5	
1.1.1 A	3	4	4	4	4	1
1.1.1 B	2	2	2	2	4	0,2
1.1.2	2	3	4	4	4	0,8
1.1.3	2	2	2	4	4	0,4
1.2.1	2	2	3	4	4	0,6
1.2.2	2	3	3	4	4	0,8
1.2.3	2	3	3	4	4	0,8
2.1.1 A	4	4	4	4	4	1
2.1.1 B	3	4	4	4	4	1
2.1.2 A	2	4	4	4	4	0,8
2.1.2 B	3	4	4	4	4	1
2.2.1 A	4	4	4	4	4	1
2.2.1 B	4	4	4	4	4	1
2.2.1 C	3	4	4	4	4	1
3.1.1	3	4	4	4	4	1
3.1.2	4	4	4	4	4	1
3.1.3	2	4	4	4	4	0,8
3.2.1	1	3	4	4	4	0,8
3.2.2	3	4	4	4	4	1
4.1.1. A	4	4	4	4	4	1
4.1.1. B	2	2	2	3	4	0,4
4.1.2	2	2	3	4	4	0,6
4.2.1	4	4	4	4	4	1
4.2.2 A	3	4	4	4	4	1
4.2.2 B	3	4	4	4	4	1
TOTAL						0,84

FONTE: Elaborada pela autora.

Em relação à pertinência das variáveis (Tabela 2), observa-se que o instrumento apresentou um $ICV = 0,848$, estando acima do corte estabelecido. As variáveis 1.1.1 A, 1.1.3 e 3.2.1 obtiveram $ICVi = 0,6$ e todas as demais entre 0,8 e 1. As variáveis que obtiveram um escore menor que 0,8 foram removidas do questionário

TABELA 2 – RESULTADOS DO ÍNDICE DE VERIFICAÇÃO DE CONTEÚDO DA PERTINÊNCIA DAS VARIÁVEIS

VARIÁVEL	NOTA ESPECIALISTA					PONTUAÇÃO
	A1	A2	A3	A4	A5	
1.1.1 A	2	2	4	4	4	0,6
1.1.1 B	2	3	4	4	4	0,8
1.1.2	2	3	4	4	4	0,8
1.1.3	1	2	4	4	4	0,6
1.2.1	3	4	4	4	4	1
1.2.2	3	4	4	4	4	1
1.2.3	2	3	4	4	4	0,8
2.1.1 A	2	4	4	4	4	0,8
2.1.1 B	2	4	4	4	4	0,8
2.1.2 A	3	4	4	4	4	1
2.1.2 B	3	4	4	4	4	1
2.2.1 A	2	4	4	4	4	0,8
2.2.1 B	4	4	4	4	4	1
2.2.1 C	2	4	4	4	4	0,8
3.1.1	2	3	4	4	4	0,8
3.1.2	2	3	4	4	4	0,8
3.1.3	2	3	4	4	4	0,8
3.2.1	1	2	4	4	4	0,6
3.2.2	3	4	4	4	4	1
4.1.1. A	3	4	4	4	4	1
4.1.1. B	3	4	4	4	4	1
4.1.2	3	4	4	4	4	1
4.2.1	2	4	4	4	4	0,8
4.2.2 A	2	4	4	4	4	0,8
4.2.2 B	2	4	4	4	4	0,8
TOTAL						0,848

FONTE: Elaborada pela autora.

Em relação à relevância das variáveis (Tabela 3), observa-se que o instrumento apresentou um $ICV = 0,8552$, estando acima do corte estabelecido. As variáveis 1.1.1 A, 1.1.3, 3.2.1 e 4.2.2 B obtiveram $ICVi = 0,6$, e todas as demais ficaram entre 0,8 e 1. As variáveis que obtiveram um escore menor que 0,8 foram removidas do questionário.

TABELA 3 – RESULTADOS DO ÍNDICE DE VERIFICAÇÃO DE CONTEÚDO DA RELEVÂNCIA DAS VARIÁVEIS

VARIÁVEL	NOTA ESPECIALISTA					PONTUAÇÃO
	A1	A2	A3	A4	A5	
1.1.1 A	2	2	4	4	4	0,6
1.1.1 B	2	3	4	4	4	0,8
1.1.2	2	3	4	4	4	0,8
1.1.3	1	2	4	4	4	0,6
1.2.1	3	4	4	4	4	1
1.2.2	3	4	4	4	4	1
1.2.3	2	3	4	4	4	0,8
2.1.1 A	4	4	4	4	4	1
2.1.1 B	4	4	4	4	4	1
2.1.2 A	3	4	4	4	4	1
2.1.2 B	3	4	4	4	4	1
2.2.1 A	2	3	4	4	4	0,8
2.2.1 B	4	4	4	4	4	1
2.2.1 C	2	4	4	4	4	0,8
3.1.1	3	3	4	4	4	1
3.1.2	2	4	4	4	4	0,8
3.1.3	2	3	4	4	4	0,8
3.2.1	1	2	4	4	4	0,6
3.2.2	3	4	4	4	4	1
4.1.1. A	3	4	4	4	4	1
4.1.1. B	3	4	4	4	4	1
4.1.2	3	4	4	4	4	1
4.2.1	2	4	4	4	4	0,8
4.2.2 A	2	4	4	4	4	0,8
4.2.2 B	2	2	4	4	4	0,6
TOTAL						0,852

FONTE: Elaborada pela autora.

Com estes resultados, as variáveis 1.1.1 A, 1.1.3, 3.2.1 e 4.2.2 B foram excluídas do questionário e as variáveis 1.1.1 B, 1.2.1, 4.1.1B e 4.1.2 serão reescritas. O valor total do IVCt ficou em 0,84, acima da linha corte.

Cabe o registro de que, no espaço do questionário reservado às observações, os especialistas apresentaram sugestões adicionais às variáveis. As sugestões foram incorporadas na ponderação das variáveis em sua maioria, no entanto um dos especialistas arguiu acerca dos indicadores utilizados para analisar a dimensão *controle popular*, mais especificamente a subdimensão *outcomes* e o indicador 2.1.1 – inserção nos instrumentos de planejamento. Segundo o especialista, a inserção ou não das propostas da conferência de saúde nos instrumentos de gestão não cabe ao conselho, pois a confecção do Plano Municipal de Saúde é uma atribuição do executivo. Cabe ao conselho participar de forma conjunta, e não só propor como também fiscalizar se o plano municipal de saúde segue questões como a epidemiologia local, a rede de serviços implantada e as propostas da conferência de

saúde. Dessa forma, incorporou-se neste trabalho esta sugestão, alterando duas variáveis, conforme descrito no Quadro 6.

QUADRO 6 – INDICADOR E VARIÁVEIS DA SUBDIMENSÃO OUTCOMES

SUBDIMENSÃO OUTCOMES	
2.1.1) Indicador “Inserção nos instrumentos de planejamento	a) O Plano Municipal de Saúde foi discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde?
	b) A programação anual de saúde foi discutida e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde?

FONTE: Elaborado pela autora.

O questionário a ser utilizado para coletar os dados para inferir as variáveis e os indicadores ficou, então, estruturado em 21 indicadores, distribuídos conforme apresentado no Quadro 7.

QUADRO 7 – QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DAS VARIÁVEIS E INDICADORES APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

(continua)

INCLUSÃO	INDICADORES	
	1.1.1) Presença dos Segmentos	Qual a frequência dos representantes dos segmentos do conselho nas reuniões dos conselhos?
	1.1.2) Sociedade Civil Organizada	Qual a proporção de entidades representantes de minorias sociais em relação às demais entidades de representantes da sociedade civil organizada?
	1.2.1) Alternância de poder na presidência do conselho	Existe alternância prevista em regimento interno entre os segmentos na presidência dos conselhos?
	1.2.2) Formação da Agenda	Que segmentos estão presentes na formação (solicitação) da agenda (pauta) das reuniões?
	1.2.3) Proporção de Expressão da voz	Quantos segmentos têm registro de fala nas atas das reuniões?

(conclusão)

CONTROLE POPULAR	2.1.1) Inserção nos instrumentos de planejamento	a) O Plano Municipal de Saúde foi discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde?
		b) A programação anual de saúde foi discutida e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde?
	2.1.2) Indicador monitoramento dos instrumentos de execução da política	a) Houve registro em ata da apresentação e aprovação do Relatório Quadrimestral a cada quadrimestre?
		b) Houve registro em ata da emissão de Parecer sobre o Relatório Anual de Gestão no mês de março conforme a legislação preconiza?
	2.2.1) Indicador Produção Decisória da Institucionalidade Participativa	a) Qual foi o total de resoluções emitidas pelo Conselho de Saúde num ano?
		b) Quantas resoluções do ano foram emitidas com votação no plenário?
c) Quantos atos normativos (excluindo as resoluções) foram emitidos pelos conselhos de saúde em um ano?		
JULGAMENTO PONDERADO	3.1.1) Indicador Capacitações para o desempenho da função	Foi ofertada capacitação aos conselheiros no ano?
	3.1.2) Indicador Presença de Comissões Temáticas	Quantas comissões temáticas estão presentes no conselho?
	3.1.3) Indicador Esclarecimentos externos	Há registro em ata da presença de técnicos externos nas reuniões do Conselho?
	3.2.1) Indicador Gestão do Consenso	Como se dão as decisões: mediante votações ou acordos consensuais?
TRANSPARÊNCIA	4.1.1) Indicador Acesso ao <i>site</i> oficial do conselho	a) Existe uma página (<i>site/ endereço</i>) que é exclusiva do conselho de saúde?
		b) Quais são os conteúdos <i>on-line</i> expostos dentre os abaixo citados, para o público externo?
	4.1.2) Indicador Publicações de atos administrativos no <i>site</i> do conselho	Quantos atos normativos (excluindo as resoluções) foram publicados nos <i>sites</i> dos conselhos de saúde em um ano?
	4.2.1) Indicador Acesso às informações sobre o funcionamento das reuniões	O Regimento Interno fornece orientações sobre o funcionamento das reuniões?
	4.2.2) Indicador Acesso às informações sobre o funcionamento do conselho	O Regimento Interno descreve o funcionamento do conselho?

FONTE: Elaborado pela autora.

3.1.4 Ponderação

Utilizando uma escala de 0 a 100, atribuiu-se peso igual para cada uma das dimensões de análise (inclusão, controle popular, julgamento ponderado e

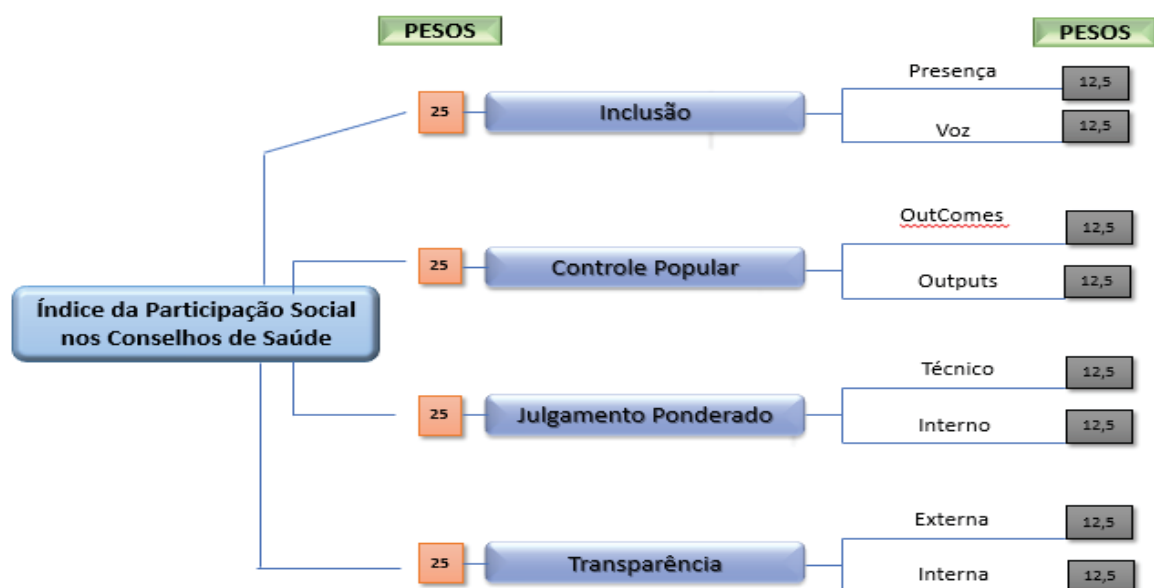
transparência), de forma que cada uma delas recebeu peso 25. Tal atribuição se deve ao fato de que todas as dimensões são consideradas igualmente importantes no contexto da participação pública, pois, de acordo com Smith (2009), qualquer teoria democrática que negligenciasse qualquer um desses bens provavelmente seria considerada seriamente deficiente.

Smith (2009) afirma ainda que, ao desenvolver seu framework, buscou não se comprometer com uma teoria democrática em particular ou um modelo de democracia, o que muitas vezes gera debates intermináveis e, às vezes, improdutivos, sobre os princípios e ideais adequados (e o significado particular desses princípios e ideais). A intenção foi gerar uma estrutura que fale com tradições teóricas bastante diferentes, visto que alguns ou todos os bens da estrutura analítica seriam reconhecidos como importantes para todos (ou pelo menos a maioria) dos teóricos democráticos.

É difícil conceber uma teoria democrática que não tenha algo a dizer sobre os bens democráticos de inclusão, controle popular, julgamento ponderado e transparência.

Na sequência, considerando o número de subdimensões de cada dimensão, estabeleceu-se o peso de cada subdimensão dividindo o peso dado para a dimensão pelo seu número de subdimensões. A Figura 6 abaixo apresenta o peso estabelecido para as dimensões de análise e suas subdimensões.

FIGURA 6 – PESOS DAS DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES DE ANÁLISE



FONTE: Elaborada pela autora.

Finalmente o peso de cada indicador foi atribuído dividindo o peso dado para a subdimensão pelo número de indicadores nele contido. O mesmo raciocínio lógico foi utilizado para ponderar as variáveis, cujos pesos foram atribuídos dividindo o peso dado ao indicador pelo número de variáveis nele contidas.

As Tabelas a seguir sintetizam os procedimentos aqui estabelecidos.

TABELA 4 – PESOS DA DIMENSÃO INCLUSÃO

Dimensão Inclusão	Subdimensões	
	Presença	Voz
Peso da subdimensão	12,5	12,5
Número de indicadores	2	3
Peso de cada indicador	6,25	4,16

FONTE: Elaborada pela autora.

TABELA 5 – PESOS DA DIMENSÃO CONTROLE POPULAR

Dimensão Controle Popular	Subdimensões	
	Outcomes	Outputs
Peso da subdimensão	12,5	12,5
Número de indicadores	2	1
Peso de cada indicador	6,25	12,5

FONTE: Elaborada pela autora.

TABELA 6 – PESOS DA DIMENSÃO JULGAMENTO PONDERADO

Dimensão Julgamento Ponderado	Subdimensões	
	Técnico	Interno
Peso da subdimensão	12,5	12,5
Número de indicadores	3	1
Peso de cada indicador	4,16	12,5

FONTE: Elaborada pela autora.

TABELA 7 – PESOS DA DIMENSÃO TRANSPARÊNCIA

Dimensão Comunicação	Subdimensões	
	Externa	Interna
Peso da subdimensão	12,5	12,5
Número de indicadores	2	2
Peso de cada indicador	6,25	6,25

FONTE: Elaborada pela autora.

Cabe salientar que a proposta de ponderação equânime para as dimensões do índice Participação nos Conselhos é apenas sugestiva e feita com base em Smith (2009), que sugere que os quatro bens são igualmente essenciais.

Como a literatura não é conclusiva a respeito do nível de importância que poderia vir a diferenciar cada uma dessas dimensões, interessante seria realizar um workshop com gestores públicos e especialistas na área, tendo em vista melhor atribuição e dimensionamento de valores e importância desses elementos no contexto da participação pública. Assim, seria possível justificar a atribuição de pesos diferentes às dimensões de análise.

3.1.4.1 Cálculo das variáveis

3.1.4.1.1 Dimensão Inclusão

a) Subdimensão Presença

➤ Indicador: 1.1.1) Presença dos Segmentos

Variável: Qual a frequência dos representantes dos segmentos do conselho nas reuniões dos conselhos?

TABELA 8 – CÁLCULO DA VARIÁVEL DO INDICADOR PRESENÇA DOS SEGMENTOS

Variável	Observado Ano XX			Limiares %		Pesos*
	Jan	Fev	Mar [...]	Mínimo	*Máximo	
Usuário				0	XX	3,12
Trabalhador						1,56
Prestador						0,78
Gestor						0,78
Índice						6,25

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 8 – Cálculo da variável do Indicador Presença dos representantes dos segmentos nas reuniões dos conselhos. Cada segmento será contabilizado em separado e, para todos, o mínimo é 0 presença e XX é o número total de representantes inscritos no conselho por segmento. Os pesos para cada segmento foram divididos conforme a sua proporcionalidade no conselho, de forma que o total é dividido pelos meses do ano.

Obs.: O cálculo total (6,25) é a soma das correspondências às parciais dos meses que foi dividido pelo número de reuniões no mês.

➤ Indicador: 1.1.2) Sociedade Civil Organizada Especial

Variável: Qual a proporção de entidades representantes de minorias sociais em relação às demais entidades de representantes da sociedade civil organizada?

TABELA 9 – CÁLCULO DA VARIÁVEL SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano referência	Mínimo	Máximo	
Nº Ocorrências		0	XX*	6,125
Índice				

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 9 – Cálculo da variável do Indicador Sociedade Civil Organizada Especial, onde o mínimo é 1 (uma entidade de organização) e o máximo será dado pelo* número de organizações representantes dos usuários nos conselhos.

b) Subdimensão Voz

➤ Indicador 1.2.1): Alternância de poder na presidência

Variável: Existe alternância prevista em regimento interno entre os segmentos da Presidência dos Conselhos?

TABELA 10 – CÁLCULO DA VARIÁVEL ALTERNÂNCIA DE PODER DA PRESIDÊNCIA DOS CONSELHOS

Variável	Observado		Limiares		Pesos
	Ano referência		Mínimo	Máximo	
Nº Entidades			0	XX*	4.16
Índice					

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 10 – O cálculo da Alternância de Poder da Presidência dos Conselhos será aferido via análise de regimento interno e nas eleições para presidência registradas em atas. Onde o mínimo é 0 (não há alternância prevista em regimento), a média (5) é a alternância entre Estado e sociedade civil prevista e o máximo (10) são eleições para a presidência a cada nova eleição de conselheiros a partir dos representantes da sociedade. O indicador 10 vale 4,16.

➤ Indicador 1.2.2: Formação da Agenda

Variável: Que segmentos estão presentes na formação (solicitação) da agenda (pauta) das reuniões?

TABELA 11 – CÁLCULO DA VARIÁVEL FORMAÇÃO DE AGENDA DE DEBATES

Variável	Observado			Limiares %		Pesos*	
	Ano	Jan	Fev	Mar	Mínimo		*Máximo
				[...]			
	[...]	[...]	[...]		0	XX	0,346
Índice							(4,16)

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 11 – Cálculo da variável do Indicador Formação de Agenda. O mínimo (0) é a não identificação do solicitante da pauta/ou não publicização das pautas. O peso 3,33 é quando a solicitação da pauta se concentra na mesa diretora (75,1% a 100%) do conselho. O peso 6,66 é quando a solicitação da pauta se concentra de 50,1% a 75% na mesa diretora e há proposições de outros segmentos e/ou agentes externos ou, ainda, somente a solicitação de pauta de outros segmentos, uma vez que o usuário não tenha solicitado pauta em nenhuma das possibilidades, e o máximo (10) é quando a solicitação da pauta se concentra em até 50% na mesa diretora e há proposições de outros segmentos e/ou agentes externos, sendo um deles usuário (não mesa), ou somente a solicitação de pauta de outros segmentos, sendo um deles usuário. O total perfaz 4,16 e é dividido pelos meses do ano. Obs.: O cálculo total é a soma das correspondências às parciais dos meses que foi dividido pelo número de reuniões no mês.

➤ Indicador 1.2.3: Proporção de expressão de voz

Variável: Quantos segmentos têm registro de fala nas atas das reuniões?

TABELA 12 – CÁLCULO DA VARIÁVEL DO INDICADOR DE PROPORÇÃO DE EXPRESSÃO DA VOZ

Variável	Observado			Limiares %		Pesos*	
	Ano	Jan	Fev	Mar	Mínimo		*Máximo
				[...]			
	[...]	[...]	[...]		0	XX	0,346
Índice							(4,16)

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 12 – Onde o mínimo (0) é a não identificação de quem fala nas atas ou não há registro da fala dos usuários. Foi atribuído peso 3,33 quando a fala dos usuários representou até 10% de todas as falas e 6,66 quando a fala do usuário representou de 10% a 35% de todas as falas. O máximo (10) é quando a fala do usuário representou mais de 35,1 a 50%. O total perfaz 4,16 e é dividido pelos meses do ano. Obs.: O cálculo total é a soma das correspondências às parciais dos meses que foi dividido pelo número de reuniões no mês.

*Há uma grande concentração de falas na presidência e em quem coordena as reuniões. Estas falas foram desconsideradas no cômputo da voz e foram computadas somente as dos conselheiros municipais. Excluiu-se também do cálculo a fala de técnicos externos e de observadores.

3.1.4.1.2 Dimensão Controle Popular

a) Subdimensão OutComes

➤ Indicador 2.1.1: Inserção nos Instrumentos de Planejamento

Este indicador possui duas variáveis com peso de 3,125.

Variável A: O Plano Municipal de Saúde foi discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde?

TABELA 13 – CÁLCULO DA VARIÁVEL A DO INDICADOR INSERÇÃO NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano*	Mínimo	Máximo	
PMS		0	10	
Índice				3,125

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 13 – Cálculo da variável A do indicador de Inserção nos instrumentos de planejamento: o mínimo (0) seria o PMS não apresentado ao CMS no ano anterior ou no ano de início para o conselho; 3,33, seria o PMS aprovado sem discussões ou sugestões registradas em ata por parte do CMS; 6,66 para PMS aprovado com discussões e alterações no texto por parte do CMS; e 10 caso tenha sido aprovado com discussões e alterações no texto por parte do CMS e o Relatório da Conferência Municipal de Saúde é utilizado/mencionado no debate, sendo 10 = 3,125.

* Se no ano avaliado não houver aprovação do PMS, usa-se a aprovação do período em que o ano está inserido.

Variável B: Inserção das propostas do Relatório Final da Conferência de Saúde no Programação Anual de Saúde

TABELA 14 – CÁLCULO DA VARIÁVEL B DO INDICADOR INSERÇÃO NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano	Mínimo	Máximo	
PAS		0	10	
Índice				3,125

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 14 – Cálculo da variável B do indicador Inserção nos instrumentos de planejamento: o mínimo (0) seria o PAS não apresentado ao CMS no ano anterior ou no ano de início para o conselho; 3,33 se o PAS foi aprovado sem discussões ou sugestões registradas em ata por parte do CMS; 6,66 se foi aprovado com discussões e alterações no texto por parte do CMS; e 10 se foi aprovado com discussões e alterações no texto por parte do CMS e o PMS é utilizado/mencionado no debate, sendo 10 = 3,125.

➤ Indicador 2.1.2: Monitoramento dos instrumentos de execução da política

Variável A: Houve registro em ata da apresentação e aprovação do Relatório Quadrimestral a cada quadrimestre?

TABELA 15 – CÁLCULO DA VARIÁVEL A DO INDICADOR MONITORAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE EXECUÇÃO DA POLÍTICA

Variável		Observado			Limiares %		Pesos*
Ano	Mar	Mai	Set [...]	Mínimo	*Máximo		
	[...]	[...]	[....]	0	XX		
Índice							3,125

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 15 – Cálculo da variável A do Indicador de Monitoramento dos instrumentos de execução da política. Onde o mínimo é 0 não houve Apresentação do Relatório Quadrimestral, a média 5 houve Apresentação do Relatório Quadrimestral e máximo 10 foi a Apresentado o Relatório Quadrimestral e o registro em ata da reunião de aprovação.

OBS: Cada quadrimestre representa 1,04 e soma do ano representa o total do Indicador: 3,125.

Variável B: Houve registro em ata da emissão de Parecer sobre o Relatório Anual de Gestão no mês de março conforme a legislação preconiza?

TABELA 16 – CÁLCULO DA VARIÁVEL B DO MONITORAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE EXECUÇÃO DA POLÍTICA

Variável	Observado			Limiares %		Pesos*
	Ano	Mar	Mai	Set [...]	Mínimo	
	[...]	[...]	[...]	[...]	0	XX
Índice						3,125

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 16 – Cálculo da variável B do Indicador de Monitoramento dos instrumentos de execução da política. Onde o mínimo é 0, não houve apresentação do RAG; média 5, houve a apresentação e aprovação/reprovação do RAG; máximo 10, houve a apresentação e aprovação/reprovação do RAG e a emissão do parecer do RAG, e neste a descrição sobre as regras da administração pública consideradas e/ou a emissão de recomendações.

OBS: Cada quadrimestre representa 1,04 e soma do ano representa o total do Indicador 3,125.

b) Subdimensão Outputs

➤ Indicador 2.2.1: Produção Decisória da Institucionalidade Participativa (Outputs)

Variável A: Emissão total de resoluções emitidas pelo Conselho de Saúde num ano

TABELA 17 – CÁLCULO DA VARIÁVEL A DO INDICADOR PRODUÇÃO DECISÓRIA DA INSTITUCIONALIDADE PARTICIPATIVA

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano	Mínimo	Máximo	
Nº resoluções		1	XX	
Índice				4,16

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 17 – Cálculo da variável A do Indicador de Produção Decisória da Institucionalidade Participativa. O cálculo se faz pela soma das resoluções (y) produzidas num ano tomando como base a média de resoluções tomadas pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo o mínimo (0) uma resolução e o máximo (1) a média do Conselho Nacional de Saúde no ano estudado. Se o “N” for maior que a média do CNS, assume-se igual a peso 1. Para o cálculo do índice e considera-se mínimo = a 0 e a média CNS = 1

Variável B: Quantas resoluções do ano foram emitidas com votação no plenário?

TABELA 18 – CÁLCULO DA VARIÁVEL B DO INDICADOR PRODUÇÃO DECISÓRIA DA INSTITUCIONALIDADE PARTICIPATIVA

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano	Ad referendum	Plenária	
Nº resoluções		y X 0,5	Y X 1	
Índice				4,16

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 18 – Cálculo da variável A do Indicador de Produção Decisória da Institucionalidade Participativa. O cálculo se faz pela soma das resoluções (y) produzidas num ano e o tipo de decisão tomada. Quando as resoluções forem publicadas “*ad referendum*”, terão um peso menor (50%), valendo 0,5. As resoluções aprovadas em plenário somam 1. O total de resoluções publicadas no ano constitui o máximo esperado (100%) e tem peso 4,16 para o cálculo do índice, sendo considerados os pesos aplicados para cada tipo de resolução para o cálculo do total.

Variável C: Quantos atos normativos (excluindo as resoluções) foram emitidos pelos conselhos de saúde em um ano?

TABELA 19 – CÁLCULO DA VARIÁVEL C DO INDICADOR PRODUÇÃO DECISÓRIA DA INSTITUCIONALIDADE PARTICIPATIVA

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano	Mínimo	Máximo	
Nº Atos		0	100%	
Índice				4,16

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 19 – Cálculo da variável B do Indicador de Produção Decisória da Institucionalidade Participativa. Onde o mínimo é 0% não houve a emissão de atos administrativos e 100% houve emissão de atos administrativos, visto que o número máximo esperado seria o número total de reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas no ano (100% = 4,16).

3.1.4.1.3 Dimensão Julgamento Ponderado

a) Subdimensão Julgamento Ponderado Técnico

➤ Indicador 3.3.1: Capacitações para o desempenho da função

Variável: Foi ofertada capacitação aos conselheiros no ano?

TABELA 20 – CÁLCULO DA VARIÁVEL DO INDICADOR DE CAPACITAÇÕES PARA O DESEMPENHO DA FUNÇÃO

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano	Mínimo	Máximo	
Nº Ofertas		0	1	1,04
Índice				4,16

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 20 – Cálculo da variável do Indicador de Capacitações para o desempenho da função. Onde o mínimo é 0 não houve a capacitação de conselheiros; onde o máximo é 1, houve capacitação de curso para formação para conselheiros de saúde. Para o cálculo do índice será considerado o tempo de mandato o valor do indicador dividido entre os anos; por exemplo: em quatro anos de mandato, cada ano soma 1,04 do total do valor do indicador.

➤ Indicador 3.1.2: Presença de Comissões Temáticas

VARIÁVEL: QUANTAS COMISSÕES TEMÁTICAS ESTÃO PRESENTES NO CONSELHO

TABELA 21 – CÁLCULO DA VARIÁVEL DO INDICADOR PRESENÇA DE COMISSÕES TEMÁTICAS

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano	Mínimo	Máximo	
Nº Comissões		0	10	
Índice				4,16

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 21 – Cálculo da variável do Indicador de Presença de Comissões Temáticas. Onde o mínimo é 0, não há comissões temáticas; 5 indica a presença das comissões de orçamento e ao menos duas comissões pertinentes às ações estratégicas do Ministério da Saúde; e 10 para um número maior do que 4 comissões temáticas. O máximo 10 equivalerá a 4,16.

➤ Indicador 3.1.3: Esclarecimentos externos

Variável: Há registro em ata da presença de técnicos externos nas reuniões do Conselho?

TABELA 22 – CÁLCULO DA VARIÁVEL PRESENÇA DE TÉCNICOS NAS REUNIÕES DOS CONSELHOS

Variável		Observado			Limiares %		Pesos*
Ano	Jan	Fev	Mar	Mínimo	*Máximo		
			[...]				
	[...]	[...]	[...]		0	XX	0,346
Índice							(4,16)

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 22 – Cálculo da variável do Indicador de Esclarecimentos externos. Onde o mínimo é 0 presença e 1 há presença. O máximo é o número total de reuniões realizadas por ano, de forma que o total perfaz 4,16 e é dividido pelos meses do ano.

Obs.: O cálculo total é a soma das correspondências às parciais dos meses que foi dividido pelo número de reuniões no mês.

b) Subdimensão Julgamento Ponderado Interno

➤ Indicador 3.2.1: Gestão do Consenso

Variável: Como se dão as decisões: mediante votações ou acordos consensuais?

TABELA 23 – CÁLCULO DA VARIÁVEL DO INDICADOR DE GESTÃO DO CONSENSO

Variável		Observado			Limiares %		Pesos*
Ano	Jan	Fev	Mar	Mínimo	*Máximo		
			[...]				
					0	XX	
Índice							6,25

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 23 – Cálculo da variável do Indicador de Gestão do Consenso. Onde o mínimo é 0, não houve o registro de debate e nem registro do total de votantes na ata da reunião. O peso 2,5 foi aplicado quando não houve registro de debate, mas foi feito o registro da votação ou votação por unanimidade em ata. O peso 5 foi aplicado quando houve debate registrado em ata, mas não houve registro da votação. O peso 7,5 foi aplicado quando houve registro de debate em ata e registro de votação em ata.

O máximo (10) foi aplicado quando houve registro de debate em ata e registro de votação por unanimidade em ata, de forma que o total perfaz 6,25 e foi dividido pelos meses do ano.

Obs.: O cálculo total é a soma das correspondências às parciais dos meses que foi dividido pelo número de reuniões no mês.

* Foi considerado debate quando o tema teve mais de três manifestações registradas em ata.

** Foi considerado para registro a pontuação maior da reunião, já que numa mesma reunião muitos momentos deliberativos são registrados.

3.1.4.1.4. Dimensão Transparência

a) Subdimensão Transparência Externa

➤ Indicador 4.1.1: Acesso a *sites* oficiais do conselho

Variável A: Existe uma página (*site*/endereço) que é exclusiva do conselho de saúde?

TABELA 24 – CÁLCULO DA VARIÁVEL A DO INDICADOR PUBLICAÇÕES EXTERNAS EM *SITES* OFICIAIS DA ESFERA CORRESPONDENTE

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano referência	Mínimo	Máximo	
Presença de link		0	10	3,125
Índice				

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 24 – Cálculo da variável A do Indicador de Publicações externas em *sites* oficiais da esfera correspondente. Onde o mínimo é 0 ausência de *link* tanto na página inicial da esfera administrativa correspondente como na da Secretaria de Saúde, 5 há *link* na página da Secretaria de Saúde da esfera administrativa correspondente e 10 há *link* na página inicial da esfera administrativa (10 = 3,125).

Variável B: Quais são os conteúdos *on-line* expostos, dentre os abaixo citados, para o público externo?

Variável i: Atas e pautas das reuniões no ano

Variável ii: Relatórios de gestão

Variável iii: Regimento e Regulamento Interno

Variável iv: Relatório da Conferência de Saúde

Variável v: Fale Conosco_*

TABELA 25 – CÁLCULO DA VARIÁVEL B DO INDICADOR PUBLICAÇÕES EXTERNAS EM *SITES* OFICIAIS DA ESFERA CORRESPONDENTE

Variável	Observado			Limiares %		Pesos	
	Item	2007	2009	2011	Mínimo		Máximo
					0	1	
Variável i							0,625
Variável ii							0,625
Variável iii							0,625
Variável iv							0,625
Variável V							0,625
Índice							3,125

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 25 – Cálculo da variável B do Indicador de Publicações externas em *sites* oficiais da esfera correspondente. Para a análise da variável i, a presença de somente atas ou somente pautas implica peso 0,5. Onde o mínimo é 0, não há publicações no *site*, e 1 há publicações no ano referência. O Índice é calculado anualmente, ou seja, todo ano vale 3.125. Para mensurar uma gestão de 4 anos, faz-se uma média ponderada destes índices.

- Indicador 4.1.2: Publicações de atos administrativos estão publicados no *site* do Conselho

Variável: Quantos atos normativos (excluindo as resoluções) foram publicados nos sites dos conselhos de saúde em um ano??

TABELA 26 – CÁLCULO DA VARIÁVEL PUBLICAÇÕES DOS ATOS ADMINISTRATIVOS PRESENTES NO SITE DO CONSELHO

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano referência	Mínimo	Máximo	
Proporção		0	10	
Índice				6,25

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 26 – Cálculo da variável Publicações dos atos administrativos presentes no *site* do Conselho. Será analisado se há publicações de 1) moções, 2) recomendações e 3) instruções normativas. Para fins de análise da presença, será considerada a maior classificação de um dos itens. Onde o mínimo é 0 para ausência de publicações no *site* do Conselho dos atos administrativos, 5 para publicação dos atos de forma não ordenada e 10 para publicação dos atos em um espaço destinado a eles no *site* do conselho (10 = 6,215).

b) Subdimensão Transparência Interna

➤ Indicador 4.2.1: Acesso as informações sobre o funcionamento das reuniões

Variável: O Regimento Interno fornece orientações sobre o funcionamento das reuniões?

TABELA 27 – CÁLCULO DA VARIÁVEL ACESSO AS INFORMAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DAS REUNIÕES

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano referência	Mínimo	Máximo	
Presença no Regimento Interno		0	1	
Índice				6,25

FONTE: Elaborada pela autora

Tabela 27 – Cálculo da variável Acesso às informações sobre o funcionamento das reuniões. Onde o mínimo é 0, há ausência de informação sobre o funcionamento das reuniões no regimento interno, 5 há presença de informação sobre o funcionamento das reuniões no regimento interno, e 10, além da presença em regimento a cada reunião do conselho, há um esclarecimento sobre o funcionamento da respectiva reunião em 50% das reuniões, de modo que 10 = 6,25.

➤ Indicador 4.2.2: Acesso as informações sobre o funcionamento do conselho

Variável: Regimento Interno prevê o funcionamento do conselho

TABELA 28 – CÁLCULO DA VARIÁVEL ACESSO ÀS INFORMAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DO CONSELHO

Variável	Observado	Limiares		Pesos
	Ano referência	Mínimo	Máximo	
Presença no Regimento Interno		0	10	
Índice				6,25

FONTE: Elaborada pela autora.

Tabela 28 – Cálculo da variável A Acesso às informações sobre o funcionamento do conselho. As informações acerca do funcionamento dos conselhos foram analisadas com base na resolução 453/2012: 1) presença de orientações da secretaria executiva, 2) reunião mensal, 3) material entregue 10 dias antes para conselheiros, 4) orientações sobre mesa funções mesa diretora, 5) orientações sobre as decisões. Foi atribuída nota mínima (0) se tiver de 0 a 2 destas informações, nota 0,5 com 3 ou 4 itens e nota máxima (1) para todas as informações 1= 6,25.

3.2 A SELEÇÃO DA AMOSTRA

Os resultados obtidos pela revisão sistemática acerca dos conselhos de saúde no Brasil revelaram algumas fragilidades no que tange à transparência externa (SMITH, 2009), em especial na publicização das ações do conselho de saúde (MOREIRA; ESCOREL, 2009; GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010; LANDERDHAL *et al.*, 2010; COTTA *et al.*, 2011; VIERA; CALVO, 2011; DUARTE; MACHADO, 2012; ZAMBON; OGATA, 2013; KOHLER; MARTINEZ, 2015). Além disso, os resultados apontaram que os conselhos são pouco conhecidos e ainda apresentam muitas fragilidades quanto aos mecanismos legais de prestação de contas e divulgação mais ampla das decisões tomadas no seu interior (GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010, COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; LANDERDHAL *et al.*, 2010).

Moreira e Escorel (2009), em seu estudo censitário, inferiram que as questões relacionadas com a infraestrutura são piores em municípios de menor porte. Porém, a determinação da Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde discorre sobre a necessidade de as três esferas de governo garantirem a autonomia administrativa para o pleno funcionamento do conselho de saúde, bem como dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria executiva, com a

necessária infraestrutura e apoio técnico, e isso passa também pela necessidade de se viabilizarem canais de informações entre esses espaços e o público que representam. Se as instituições que envolvem cidadãos irão ter um efeito nas decisões, então o processo precisa estar aberto ao escrutínio não só para os participantes, mas também para o público em geral (SMITH, 2009).

Sendo assim, parte-se do pressuposto de que os gestores de saúde, por meio de suas secretarias e prefeituras, necessitam dar visibilidade e transparência à participação popular, por meio dos seus conselhos e, por conseguinte, aos instrumentos que norteiam a política de saúde do ente federado (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão). Da mesma forma, há a necessidade de os próprios conselhos de saúde ofertarem não só às entidades que representam, mas ao conjunto da sociedade civil em geral, a transparência das suas ações e decisões (pautas e atas de reuniões, chamamentos, atos normativos, monções etc.).

Esses instrumentos e ações que pautam o debate dentro dessas instâncias devem ser disponibilizados ao público em cumprimento ao direito à informação, participação e controle por instituições, usuários e cidadãos (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b, 2011, 2012a, 2012b, 2013).

Informar o cidadão, por um meio eletrônico, é considerado o primeiro estágio dos modelos de maturidade de um governo eletrônico, conforme Baum e Di Maio (2000) e significa a presença da informação na *internet* para o público externo, o que aumenta a possibilidade do exercício da democracia e a visibilidade do serviço prestado (ROVER *et al.*, 2010).

Sendo assim, os portais *web* dos municípios representam a inserção de um novo elemento na relação entre governo e cidadão e configuram uma iniciativa na busca da implantação da governança, agregando dados e informações que condicionam o cidadão a tomar o seu lugar de direito nos espaços de cidadania (SALVI *et al.*, 2008).

Diante dessas evidências e análises, para a seleção da amostra deste trabalho, realizou-se um levantamento junto às capitais brasileiras e Distrito Federal sobre como esses municípios dão visibilidade aos seus conselhos de saúde por meio dos seus portais *web* e se os dispositivos de gestão do SUS (PS, PMC e PAS) bem como as ações dos conselhos estão sendo disponibilizados para acesso e escrutínio

público de forma a permitir a análise da produção dos bens democráticos dentro dessas instâncias.

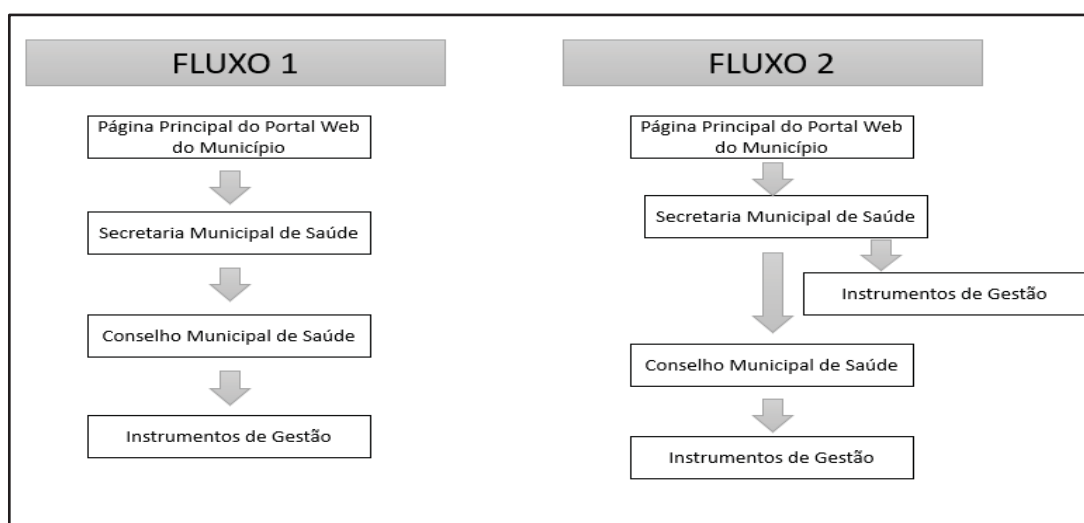
A escolha das capitais como elegíveis para a amostra da pesquisa teve como referência estudos anteriores que tratam do processo de descentralização política e participação social (AVRITZER, 2005, 2006a, 2006b) que asseguram que municípios com população superior a 100 mil habitantes apresentam melhor desempenho administrativo e dinâmica associativa mais significativa do que municípios menores, fatores que tendem a interferir no desempenho dos conselhos.

3.2.1 Metodologia da amostra

Sendo os portais de governo ferramentas de expressivo potencial na implementação de gestões públicas mais transparentes e democráticas (SALVI *et al.*, 2008), a presente pesquisa buscou analisar em que medida os portais das capitais dos estados brasileiros cumprem o disposto na resolução n. 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece que os gestores da saúde necessitam dar o suporte administrativo e de infraestrutura para o funcionamento dos conselhos de saúde, dando visibilidade ao conselho para público externo, e na Lei n. 141/2012, no que se refere à divulgação dos instrumentos de gestão do SUS.

Assim, foi verificada nos portais das capitais dos estados e Distrito Federal a existência da página do conselho municipal de saúde da capital e dos instrumentos de gestão do SUS, seguindo o fluxo disposto na Figura 7.

FIGURA 7 – FLUXO DE INFORMAÇÕES SEGUIDO NA PESQUISA



FONTE: Elaborada pela autora.

Caso os instrumentos não fossem encontrados dentro da página do conselho, a busca avançaria para a página da Secretaria Municipal de Saúde. Quando não fosse encontrada a página do conselho de saúde ou seus instrumentos de gestão, utilizar-se-iam os seguintes descritores no mecanismo de busca do portal da capital: “conselho municipal de saúde”, “plano municipal de saúde”, “relatório anual de gestão”, “programação anual de saúde”.

Por fim, caso a busca não retornasse nenhuma referência ao conselho de saúde, partir-se-ia para o Google, visando analisar se o conteúdo de interesse estava disposto em outra página que não fosse a da capital do estado. Para esse caso, foi utilizado o descritor “conselho municipal de saúde NOME DA CIDADE”. Em relação à busca realizada para o Distrito Federal, o descritor municipal foi retirado de todas os descritores, pois não se configura como município.

A pesquisa foi realizada no mês de dezembro de 2017, sendo as URLs dos portais das capitais consultadas as contidas no Quadro 8.

QUADRO 8 – URLS DOS PORTAIS DAS CAPITAIS

CAPITAL (UF)	URL UTILIZADAS
Manaus (AM)	http://www.manaus.am.gov.br/
Boa Vista (RR)	https://www.boavista.rr.gov.br/
Porto Velho (RO)	https://www.portovelho.ro.gov.br/
Rio Branco (AC)	http://www.pmrbr.ac.gov.br/
Belém (PA)	http://www.belem.pa.gov.br/
Macapá (AP)	http://macapa.ap.gov.br/
Palmas (TO)	http://www.palmas.to.gov.br/
Maceió (AL)	http://www.maceio.al.gov.br/
Salvador (BA)	http://www.salvador.ba.gov.br/
Fortaleza (CE)	https://www.fortaleza.ce.gov.br/
São Luis (MA)	www.saoluis.ma.gov.br
João Pessoa (PB)	http://www.joaopessoa.pb.gov.br/
Recife (PE)	http://www2.recife.pe.gov.br/
Teresina (PI)	http://www.teresina.pi.gov.br/
Natal (RN)	https://natal.rn.gov.br/

Aracaju (SE)	http://www.aracaju.se.gov.br/
Goiânia (GO)	https://www.goiania.go.gov.br/
Cuiabá (MT)	http://www.cuiaba.mt.gov.br/
Campo Grande (MS)	http://www.campogrande.ms.gov.br/
Distrito Federal (DF)	http://www.df.gov.br/
Vitória (ES)	http://www.vitoria.es.gov.br/
Belo Horizonte (MG)	https://prefeitura.pbh.gov.br/
São Paulo (SP)	http://www.capital.sp.gov.br/
Rio de Janeiro (RJ)	http://www.rio.rj.gov.br/
Curitiba (PR)	http://www.curitiba.pr.gov.br
Florianópolis (SC)	http://www.pmf.sc.gov.br/
Porto Alegre (RS)	http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_novo/

FONTE: Elaborado pela autora

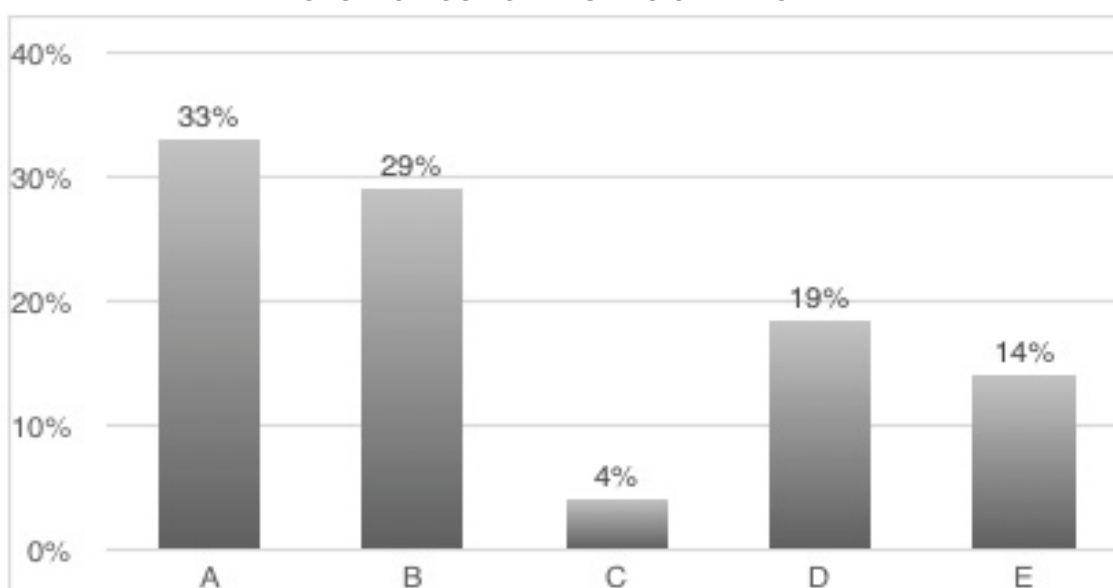
Os resultados encontrados foram tabulados e divididos em cinco categorias, considerando uma escala arbitrária crescente em função da visibilidade e transparência no que concerne aos conselhos municipais de saúde e aos instrumentos de gestão: A) portais que não disponibilizavam informações sobre o conselho de saúde e os instrumentos de gestão; B) portais que disponibilizavam uma página sobre o conselho de saúde, mas não havia dos instrumentos de gestão; C) portais que disponibilizavam os instrumentos de gestão, mas não disponibilizavam a página do conselho; D) portais que disponibilizavam uma página para o conselho de saúde e os instrumentos de gestão na página da secretaria de saúde; e E) portais que disponibilizavam uma página para o conselho de saúde e os instrumentos de gestão na página do conselho de saúde.

Serão consideradas elegíveis para o estudo comparativo as capitais que atingirem a letra E. Após essa primeira análise, serão verificados o porte populacional das capitais (AVRITZER, 2005, 2006a, 2006b; MOREIRA; ESCOREL, 2009; KOHLER; MARTINEZ, 2015) e as diferenças em relação à estruturação de suas Redes de Atenção Primária (MENDES, 2011) no que tange ao número de unidades de saúde (BRASIL, 2011). Por fim, serão eleitas as três cidades com maiores similaridades entres esses dois quesitos.

3.2.2 Resultados da amostra

A análise dos resultados mostrou que poucas capitais disponibilizam nas páginas dos conselhos os instrumentos de gestão do SUS necessários para análise, monitoramento e acompanhamento da política de saúde, visto que somente quatro mostravam em seu portal uma página para os conselhos de saúde e os instrumentos de gestão (E), perfazendo 14% das capitais brasileiras (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 – PUBLICIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE E INSTRUMENTOS DE GESTÃO NOS PORTAIS DAS CAPITALS



FONTE: Elaborado pela autora.

Em relação à publicização do conselho de saúde, dez capitais não continham em seus portais uma página para os conselhos de saúde, e em nove delas não havia nem página para os conselhos nem os instrumentos de gestão (A). Uma capital apresentou os instrumentos de gestão, mas não havia página para o conselho de saúde (C).

Oito capitais possuíam uma página do conselho de saúde, mas não apresentaram os instrumentos de gestão (B), perfazendo 29% da amostra, e cinco capitais tinham uma página para os conselhos, mas os instrumentos não estavam na página do conselho, e sim no portal da capital (D), sendo a maioria encontrada na página da secretaria de saúde.

Observou-se que, dentre os 17 municípios que disponibilizaram uma página para os conselhos de saúde, 29% (5) utilizaram a página para dar informações gerais, como localização, horário de atendimento e legislações sobre o controle social; 47% (8) dispuseram também as atas e pautas de reuniões bem como suas resoluções; e 23% (4) dispuseram em suas páginas do conselho de saúde além de informações gerais, atas, pautas de reuniões, resoluções e os instrumentos de gestão.

Além disso, os resultados demonstram que 62% dos municípios pesquisados não apresentaram em seus portais os instrumentos de gestão do SUS.

Para efeito de amostragem, quatro capitais se mostraram elegíveis, pois continham em suas páginas todos os itens analisados: Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre e Belo Horizonte. A capital Florianópolis manteve o Plano Municipal de Saúde na página da secretaria e não estava na do conselho; da mesma forma, São Paulo possuía em suas páginas do conselho informações sobre atas, pautas, resoluções e atos normativos, mas os instrumentos de gestão estavam no *site* da secretaria.

A escolha das capitais a serem pesquisadas e comparadas por meio do índice de participação, depois de selecionadas as elegíveis, se deu a partir da análise se as cidades não possuíam grandes diferenças em relação à população – um fator elencado por autores como Moreira e Escorel (2009), Kohler e Martinez (2015) que influencia no desempenho dos conselhos e diferenças em relação à estruturação de suas Redes de Atenção (MENDES, 2011).

Diante disso, Rio de Janeiro possui 6.520.266 habitantes (IBGE, 2010b) e uma Rede de Atenção composta por uma Atenção Primária com 194 unidades de saúde de vários formatos. A cidade de Curitiba possui 1.908.359 habitantes (IBGE, 2010b) e uma Rede de Atenção à Saúde estruturada com a Atenção Primária, composta por 110 unidades de saúde. A cidade de Belo Horizonte possui 2.523.794 habitantes (IBGE, 2010b) e uma Rede de Atenção à Saúde estruturada com 147 unidades de saúde. Já Porto Alegre, com 1.484.941 de habitantes (IBGE, 2010), apresenta 141 unidades de saúde.

Dessa forma os três conselhos municipais de saúde que irão compor a amostra para o estudo comparativo serão os das cidades de Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre.

3.2.3 Conclusões

A escolha das cidades elegíveis também inferiu dificuldades quanto à transparência externa nos municípios, conforme a revisão de literatura apresentada para este trabalho.

A ausência de informações acerca dos processos e de conteúdos que orientem o funcionamento da política de saúde levanta dúvidas sobre a compreensão dos instrumentos tanto para o SUS quanto para o exercício do controle social. Barreiras como estas podem gerar o enfraquecimento não só da institucionalidade do conselho, mas também da democracia participativa.

Ressalta-se, também, que não foi observada qualquer padronização entre um portal e outro. Tanto as estratégias visuais quanto as nomenclaturas e a localização dos conteúdos de interesse são distintas, o que dificulta a construção da imagem de confiabilidade e de acessibilidade que se objetiva com a publicação dos dados.

Limitações da pesquisa dizem respeito à metodologia escolhida para busca da página do conselho e dos instrumentos de gestão, aos descritores utilizados na busca via mecanismo do portal e ao próprio buscador em si.

3.3 APLICANDO O ÍNDICE

Os indicadores produzidos foram aplicados na análise da produção dos bens democráticos nos conselhos municipais das cidades de Curitiba (PR), Belo Horizonte (MG) e Porto Alegre (RS).

Como fonte de dados foram utilizados os documentos e informações disponibilizados nos portais *web* dos conselhos, e o período a ser analisado compreendeu os anos de 2016 e 2017. Esse recorte temporal se dá em razão de se poder acompanhar a votação e a implantação do Plano Municipal de Saúde elaborado em todos os municípios brasileiros para os anos de 2018 a 2021. O recorte ainda permitiria analisar um ciclo completo da gestão do SUS: PMS – PAS e RAG.

Caso as informações não estivessem disponíveis em completude nos *websites*, foi feito contato com as secretarias executivas, solicitando as documentações faltantes e, ainda, como último recurso, recorreu-se à Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011).

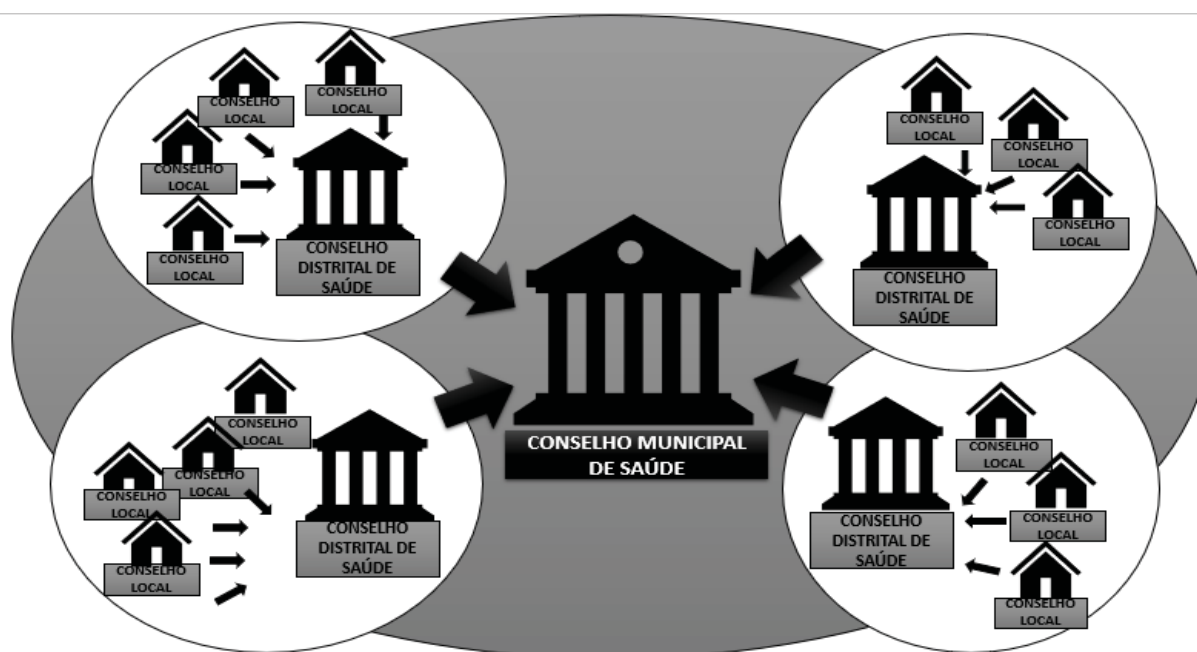
A coleta, leitura de todos os materiais e compilação dos dados foi realizada no período de setembro de 2018 a janeiro de 2019. Foram utilizadas as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, as pautas, os regimentos internos, instrumentos de gestão do SUS e materiais disponíveis nos *sites* institucionais e ainda, do *site SARGSUS* para complementação de informações sobre os instrumentos de gestão.

Para o processo de compilação de dados foram organizadas planilhas específicas voltadas para o registro de cada conselho. Cada conselho foi analisado separadamente e depois os dados foram agregados em uma planilha geral.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os conselhos municipais de Curitiba (PR), Belo Horizonte (MG) e Porto Alegre (RS) possuem uma constituição bastante semelhante, conforme demonstrado na Figura 8. Têm estrutura descentralizada, de forma que cada Unidade de Saúde possui um conselho local de saúde (Curitiba e Porto Alegre) ou comissão local de saúde (Belo Horizonte). Além disso, os conselhos municipais possuem conselhos distritais nas três cidades, sendo nove em Curitiba, 13 em Porto Alegre e nove em Belo Horizonte.

FIGURA 8 – REPRESENTAÇÃO DA ESTRUTURA DESCENTRALIZADA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE CURITIBA, PORTO ALEGRE E BELO HORIZONTE



FONTE: Elaborada pela autora.

A seleção da amostra já havia demonstrado a dificuldade em relação à publicização dos dados concernentes aos conselhos, e, para esta pesquisa, apesar de os conselhos terem sido previamente selecionados em razão do volume e qualidade das informações disponíveis, também apresentaram bastantes dificuldades quanto à publicização de seus dados.

Dentre os três conselhos selecionados nesta pesquisa, o de Curitiba foi o que menos requereu informações adicionais, pois seu *site* apresenta uma organização intuitiva do seu material e em grande volume. No entanto, foi necessário o envio de e-

mail solicitando três itens, dos quais apenas dois foram atendidos, então foi realizado um telefonema e finalizada a coleta de dados.

O conselho de Belo Horizonte apresentava, até janeiro de 2018, um *site* bastante completo; todavia, em fevereiro de 2018, o *site* da prefeitura migrou para outro host e, conseqüentemente, muitas informações não tinham sido repassadas para o novo *site* até o momento da pesquisa. Dessa forma, foi necessário envio e algumas trocas de *e-mails* para solicitar nove itens e, ainda, um telefonema para completar uma informação. A secretaria executiva desse conselho enviou prontamente, na disponibilidade do seu tempo, as informações disponíveis. Nem todas as solicitações, porém, foram atendidas por não estarem sistematizadas nos próprios conselhos.

Em relação ao conselho de Porto Alegre, houve mais dificuldades na coleta das informações. O *site* é bastante organizado, mas há lacunas no volume de informações nos anos analisados. Foram solicitados sete itens no primeiro contato, que foram prontamente respondidos, no entanto não eram suficientes para a ponderação das variáveis. Então fez-se contato com a secretaria executiva, que relatou dificuldades temporárias com o RH do conselho que comprometiam o processo de trabalho, não sendo possível disponibilizar as informações naquele momento. Dessa forma, foi solicitado que, de acordo com a Lei de Acesso à Informação, deveriam ser disponibilizadas as duas informações que faltavam. Em resposta, os motivos alegados foram reiterados, mas os dados foram disponibilizados não só para a pesquisadora como também no *site* do conselho.

Outro elemento identificado na pesquisa foi a dificuldade de registro nas atas, de forma que, por exemplo, a presença não pôde ser analisada em duas atas de Porto Alegre, no ano de 2016, por não ter sido feito o registro, assim como muitos debates ocorridos nas reuniões no pleno de Belo Horizonte foram registrados de forma imprecisa, por exemplo: “Manifestaram-se sobre o assunto, conselheiro X, Y e Z”, o que empobrecia a análise do momento deliberativo. Em Curitiba, por sua vez, somente uma ata não estava no *site*, mas havia uma minuta e uma carta do técnico da transcrição relatando o problema técnico.

Esse desarranjo em relação à publicização apresentado pelos conselhos pesquisados reitera a necessidade de se dar maior suporte aos conselhos para se organizarem em relação à sua infraestrutura. A Resolução n. 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde determina que as três esferas de governo devem garantir

autonomia administrativa para o pleno funcionamento do conselho de saúde, com dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria executiva. Isso inclui a infraestrutura e o apoio técnico, bem como os meios para viabilizar canais de informações com os cidadãos representados. Além disso, a resolução n. 554/2017 do Conselho Nacional de Saúde determina na sua terceira diretriz que

As condições estruturais necessárias aos Conselhos de Saúde para o permanente acompanhamento dos encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas em suas reuniões plenárias e nas Conferências de Saúde direcionadas à gestão das secretarias de saúde devem ser asseguradas por sua respectiva esfera governamental, nos termos previstos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e pela Resolução CNS nº 454, de 14 de junho de 2012 (BRASIL, 2017).

Nesta pesquisa, os resultados evidenciaram que, apesar de existirem diretrizes nacionais sobre o funcionamento dos conselhos de saúde (Resoluções CNS n. 453/2012 e n. 544/2017), os conselhos municipais apresentam certa autonomia em sua organização. Isso foi evidenciado principalmente no que tange aos seus regimentos internos e regimento de seu funcionamento. O número de conselheiros variou, enquanto os conselhos de Curitiba e Belo Horizonte possuem 36 e 40 conselheiros titulares respectivamente, Porto Alegre possui 86. Além disso, Curitiba e Belo Horizonte realizam uma reunião ordinária do pleno do conselho por mês e Porto Alegre a cada quinze dias. Essas diferenças nos seus regimentos, que são as especificidades de seus desenhos institucionais, também tiveram impactos nos resultados, como será demonstrado a seguir.

4.1 A PRODUÇÃO GERAL DE BENS DEMOCRÁTICOS

Conforme descrito acima, os conselhos de Porto Alegre e Belo Horizonte apresentaram dificuldade em dispor de todas as informações, e algumas atas de reuniões nos anos analisados não estavam disponíveis. Considerando a portaria do MS/GM n. 1802/2009, que orienta a publicação de atas, resoluções e composição pelos conselhos, nos meses em que as atas não estavam disponíveis, foi atribuído o valor zero na ponderação dos indicadores, e este valor foi agregado à soma dos demais meses na composição dos indicadores.

A Tabela 29 apresenta o desempenho por dimensão no índice de participação dos conselhos no ano de 2016 e a Tabela 30 no ano de 2017.

TABELA 29 – DESEMPENHO POR DIMENSÃO NO ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS
NO ANO DE 2016

PRODUÇÃO DE BENS DEMOCRÁTICOS 2016					
CONSELHO	INCLUSÃO	CONTROLE POPULAR	JULGAMENTO PONDERADO	TRANSPARÊNCIA	TOTAL
CURITIBA	11,564	16,683	18,004	14,062	60,315
BH	6,823	14,769	13,958	15,625	51,176
POA	4,518	16,245	17,442	13,759	51,965

Fonte: Elaborada pela autora.

TABELA 30 – DESEMPENHO POR DIMENSÃO NO ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS
NO ANO DE 2017

PRODUÇÃO DE BENS DEMOCRÁTICOS 2017					
CONSELHO	INCLUSÃO	CONTROLE POPULAR	JULGAMENTO PONDERADO	TRANSPARÊNCIA	TOTAL
CURITIBA	12,359	22,232	19,812	14,062	68,466
BH	6,818	12,483	13,960	15,625	48,887
POA	6,252	17,701	18,730	13,759	56,443

FONTE: Elaborada pela autora.

De forma geral a participação – analisada por meio da produção de bens democráticos - alcançou uma média dos três conselhos de 54,485 em 2016 e 57,932 em 2017 em um máximo de 100. O melhor desempenho geral – participação - foi alcançado por Curitiba nos dois anos, que atingiu 60,3 no ano de 2016 e 68,4 em 2017. Em segundo lugar ficou Porto Alegre, com pontuações de 51,9 em 2016, e 56,4 em 2017. Em terceiro, Belo Horizonte, com pontuação 51,1 em 2016 e 48,8 em 2017. Para Porto Alegre e Belo Horizonte o cômputo geral foi afetado pela ausência de determinadas informações, atas e documentos, de forma que alguns indicadores foram zerados.

A situação apresentada ao conselho de saúde de Porto Alegre, historicamente ativo (BAPTISTA *et al.*, 2018) em que no ano de 2018 a sua nova mesa diretora, por eles chamada de núcleo de coordenação, teve que tomar posse na rua fora do prédio da secretaria (PORTO ALEGRE, 2018a), e, ainda, a necessidade de recorrer ao Ministério Público para validar sua eleição do núcleo de coordenação traz à luz como

constrangimentos externos podem afetar a produção de bens democráticos de um conselho (PORTO ALEGRE, 2018b).

Além disso, a troca do site do conselho de Belo Horizonte prejudicou a coleta de informações das atas faltantes, pois apesar da prontidão da secretaria executiva, foi informado ao telefone que alguns documentos não estavam disponíveis no momento da coleta de dados.

Apesar destas análises não serem o escopo deste trabalho, vale a nota destes eventos, na medida em que afetou o acesso às informações que devem ser disponibilizadas pelos conselhos, segundo a portaria MS/GM 1802/2009 em seu artigo 6º, § 5º, sobre o que informar à população: I - formas de participação; II - composição do conselho de saúde; III - regimento interno dos conselhos; IV - Conferências de Saúde; V - data, local e pauta das reuniões; e VI - deliberações e ações desencadeadas.

As atas são o registro das discussões e da reunião do pleno que permite analisar as discussões ocorridas nas reuniões e ainda, posicionamentos, votações e formações de consenso. A ausência das atas nos sites fere, de certa forma, a publicização destes atos – que são públicos - e também afeta a produção dos quatro bens democráticos. Diante deste entendimento, se a ata da reunião mensal não estivesse disponível no referido mês, os indicadores que computavam mensalmente as atas seriam afetados.

Desta forma, após o cômputo dos indicadores e de forma agregada, a inclusão foi o bem democrático com menor pontuação atingida por todos os conselhos nos dois anos e o julgamento ponderado o de maior pontuação, com exceção de Curitiba em 2017 e Belo Horizonte em 2016, que obtiveram maior pontuação no controle popular. Curitiba em 2017 teve 22,2 no controle popular de 25 pontos possíveis. No outro extremo, Porto Alegre, em 2016, atingiu 4,5 na dimensão da inclusão de 25 pontos possíveis.

Comparando-se os dois anos analisados, observa-se que Curitiba e Porto Alegre apresentaram uma alta de 8,151 e 2,478 pontos respectivamente de 2016 para 2017. Já Belo Horizonte apresentou uma redução de 1,734. É importante perceber que cada dimensão pode ser afetada por um contexto diferente, se em um ano há uma troca de gestão, seja de conselheiros, seja de gestores, a forma como estes atuam nas reuniões irá ou não afetar os indicadores de presença, voz e julgamento ponderado, por exemplo.

4.1.1. B	1,562	1,562	3,125	3,125	2,821	2,821
4.1.2	6,25	6,25	3,125	3,125	3,125	3,125
4.2.1*	3,125	3,125	3,125	3,125	3,125	3,125
4.2.2	3,125	3,125	3,125	3,125	3,125	3,125
TOTAL	51,176	48,887	60,315	68,466	51,965	56,443

*Indicadores que apresentaram lacunas nos dados.

** Busca de informações no *site* SARGSUS.

FONTE: Elaborada pela autora.

Com a análise dos indicadores, pode-se observar que há fragilidades a serem superadas na participação nestes espaços no que tange à inclusão, julgamento ponderado, controle popular e transparência. No entanto, os resultados apontam para a possibilidade de variação ano após ano na produção dos bens democráticos, conforme desempenho nos distintos indicadores em um mesmo conselho, mesmo que o seu desenho (regimento interno) permaneça constante, como foi observado em Curitiba e Porto Alegre. Já em Belo Horizonte, que teve seu regimento alterado em junho de 2016, não se observou grandes flutuações de valor nos indicadores que inferiram a presença e a voz nas reuniões, no entanto houve variação na pontuação final, com um declínio na produção de bens democráticos, o que precisaria de mais estudos para se buscar causalidades nos distintos desempenhos nas diferentes dimensões.

Além disso, a mudança dos representantes dos gestores em 2017 para todos os conselhos de saúde analisados e a eleição de novos conselheiros para Belo Horizonte em 2016 permitem prever alterações nas dinâmicas internas que também podem influir no processo e que precisariam ser melhores estudadas conforme citado anteriormente.

Os resultados apontaram, ainda, que questões externas também podem influenciar a produção de bens democráticos, seja por meio de estrangimentos de recursos humanos ou, ainda, devido à mudança de um *site*.

Nas seções seguintes cada dimensão e seus indicadores serão analisados separadamente.

4.2 A PRODUÇÃO DA INCLUSÃO PELOS CONSELHOS DE SAÚDE

Para Smith (2009), ao se buscar analisar como as institucionalidades constituem suas *demos* e realizam a inclusão nesses espaços, busca-se também explorar como as institucionalidades democráticas se propõem a atenuar o dilema da participação desigual (LIJPHART, 1997) e permitir que os potencialmente afetados pelas decisões participem e tenham voz nelas.

Assim, Smith (2009) apresenta duas subdimensões a serem estudadas de forma simultânea ao se analisar a produção da inclusão: *presença* e *voz*. Para o autor, a presença se refere a como a institucionalidade seleciona a sua *demos*, e a voz, a como esta *demos* permite que a vocalização das demandas dos participantes tenham impacto no *output* da institucionalidade.

A Tabela 32 resume a produção da inclusão nos conselhos no ano de 2016 e a Tabela 33 no ano de 2017.

TABELA 32 – A PRODUÇÃO DA INCLUSÃO PELOS CONSELHOS DE SAÚDE EM 2016

INCLUSÃO 2016			
	PRESENÇA	VOZ	TOTAL
CURITIBA	6,317	5,246	11,564
BH	4,392	2,431	6,823
POA	2,225	2,293	4,518

FONTE: Elaborada pela autora.

TABELA 33 – A PRODUÇÃO DA INCLUSÃO PELOS CONSELHOS DE SAÚDE EM 2017

INCLUSÃO 2017			
	PRESENÇA	VOZ	TOTAL
CURITIBA	6,110	6,249	12,359
BH	4,392	2,426	6,818
POA	3,565	2,687	6,252

FONTE: Elaborada pela autora.

Analisaremos, a seguir, os resultados considerando cada subdimensão separadamente.

a) Presença

A presença foi avaliada neste índice por meio da análise da presença dos distintos segmentos nas reuniões dos conselhos e a composição da representação da sociedade civil organizada.

A *demos* dos conselhos de saúde foi instituída legalmente nas leis orgânicas da saúde e demais subsequentes (BRASIL, 1990a, 1990b, 2003, 2012b) de forma a conter membros representantes de quatro segmentos: a) 50% usuários (sociedade civil organizada), b) 25% trabalhadores, c) 12,5% gestores e d) 12,5% prestadores de serviços. Essa composição foi pensada no intuito de que todos os que participam e sofrem ações decorrentes da política de saúde participassem do processo deliberativo, e, ainda, a paridade do segmento usuário em relação aos demais segmentos foi colocada como imprescindível e essencial (CORNWALL; SHANKLAND, 2008; CARVALHO, 2014) apesar de autores, como Tatagiba (2002) e Lüchmann (2008), mencionarem que seria “ingênuo” pensar que a paridade numérica traria uma paridade política.

Nos três conselhos, a paridade dos usuários em relação aos demais segmentos é mantida pelos seus regimentos, porém o conselho de Porto Alegre apresentou diferença na representação entre os segmentos dos trabalhadores, prestadores e gestores, de forma que estes somavam 31,3%, 11,7% e 7%, respectivamente, na composição final.

Esse resultado corrobora os resultados do estudo de Kezh, Bogus e Martins (2016), realizado entre 2011 e 2014, que revelou irregularidades na composição percentual dos segmentos de forma que o segmento gestor e o segmento trabalhador de saúde formam uma coalizão chamada “promotores da saúde”. Além disso, estudos anteriores também versam sobre as irregularidades na composição percentual dos segmentos, em especial dos usuários (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; ZAMBON; OGATA, 2013; BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2015), fato esse que não foi encontrado na pesquisa.

Além disso, ao se analisar o regimento e as atas, observou-se que a representação de grupos vulneráveis e minorias entre os usuários, comparada com o total de representantes dos usuários, poderia ser ampliada. Observou-se que, entre

os representantes dos usuários, havia sete entidades representando associações de grupos vulneráveis ou de minorias sociais, num universo de 20 entidades no conselho de Belo Horizonte; seis, em um universo de 18 em Curitiba, e apenas em Porto Alegre, quatro, em um universo de 43 entidades, o que acarretou no conselho deste município um baixo desempenho no indicador 1.1.2 Sociedade Civil Organizada Especial nos dois anos analisados, conforme mostra a Tabela 31.

Os regimentos internos de todos conselhos analisados reservam cadeiras para tais entidades. Curitiba reserva cadeiras para as entidades representantes das mulheres, deficientes, idosos e organizações de pacientes com patologias crônicas; Belo Horizonte, para deficientes, organizações de pacientes com patologias crônicas, movimentos sociais organizados (LGBT, negros, entre outros), mulheres, aposentados e indígenas; e Porto Alegre para Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), associações de pacientes com AIDS, de hemofílicos, diabéticos e deficientes renais.

Este resultado apresentado é semelhante ao estudo de Moreira e Escorel (2009) e Kohler e Martinez (2015) que inferiram uma menor concentração de entidades relacionadas às minorias sociais comparadas com associações de moradores e portadores de patologias. Isso reforça a necessidade de se promover a inclusão de grupos sociais tradicionalmente marginalizados dos processos políticos, em especial dos segmentos carentes, pouco mobilizados e não organizados (CORNWALL, 2008; GAVENTA, 2006; SMITH, 2009; COELHO, 2011).

O menor desempenho de Porto Alegre comparado com os outros conselhos advém, em parte, do seu regimento, que data de 2008 e ainda não foi ajustado à luz da resolução CNS n. 453/2012⁹. Em resposta ao requerimento de solicitação de

⁹ A organização de quais entidades poderiam representar os segmentos nos conselhos de saúde foi regulamentada pela resolução do CNS n. 453/2012, a qual estabelece que: "II - 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. (BRASIL, 2012).

informação para esta pesquisa, a secretaria executiva do conselho explanou a dificuldade política para se atualizar o seu regimento, cuja a proposta de lei que o alterava foi arquivada em 2017. No entanto, com a ajuda do Ministério Público, foi formado um Grupo de Trabalho em 2018 para reformular o Regimento Interno.

A causa desse baixo desempenho no indicador 1.1.2 acerca da representação de minorias pode ter como hipótese a ser explorada a questão normativa em que a resolução 453/2012 recomenda que a cada novo ciclo eleitoral do conselho minimamente 30% das entidades sejam trocadas, mas por outro lado normatiza quais são as representações “aptas” a compor a sociedade civil organizada. E sendo assim, a questão levantada por Luchmann (2008, p.92) permanece: “a sociedade civil pode – e deve – ser reduzida a certas organizações ou segmentos sociais?”. Uma outra hipótese seria a conjuntura dos movimentos sociais com uma certa desmobilização, alteração de suas relações com o Estado e com os partidos e como isso pode estar afetando a representação dos mesmos junto aos conselhos (PONTUAL, 2008).

Outro aspecto observado na análise da produção de presença na leitura atas foi a alta rotatividade dos conselheiros. Cada conselho determina a duração do mandato das entidades, mas o processo de escolha dos conselheiros cabe às entidades. Então, durante um mandato, a troca de conselheiros foi uma realidade observada nesta pesquisa, assim como em outros estudos (MOARES *et al.*, 2009; DUARTE; MACHADO, 2012; BIANCHI; NICOLAU, 2017). E esta alta rotatividade dificultou a análise da presença dos segmentos, em especial em Porto Alegre e Belo Horizonte que registravam a presença com o nome do conselheiro e não da entidade representada e isso, portanto, afetou o desempenho no indicador. No entanto, Curitiba registra a presença da entidade. Esta diferença de registro, em parte, reflete os debates acerca a representação nestes espaços (LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006; AVRITZER, 2007; LÜCHMANN, 2007; ALMEIDA, 2014) e a questão sobre quem é o responsável pelos atos: o conselheiro ou a entidade (ALMEIDA, 2014).

Os conselhos fazem parte da pluralização da representação em espaços extraparlamentarar que reproduzem a lógica representativa (CORNWALL; COELHO, 2007; POGREBINSCHI; SANTOS, 2011). Luchmann (2007) descreve que as características deste processo dentro da democracia participativa visam a superar os

limites da representatividade eleitoral, pois a legitimidade da representação “está ancorada na ideia de que as decisões políticas devem ser tomadas por aqueles que estarão submetidas a elas por meio de debate político” (p. 144)

Mas isso traz também questões relativas aos critérios de escolha e a legitimidade desse tipo de representação (LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006; YOUNG, 2006; AVRITZER, 2007; LUCHMANN, 2008). Os resultados de Cotta *et al.* (2010, 2011), Santos *et al.* (2011), Vieira e Calvo (2011), Shimizu *et al.* (2013), Jungerb *et al.*, (2014) e, Kehz *et al.* (2015) trazem a tensão existente na seleção dos conselheiros: a indicação de representantes (autorização formal) *versus* a eleição de representantes (CUNHA *et al.*, 2011).

No contexto do processo de escolha - autorização formal *versus* a eleição - a resolução 453/2012 que regulamenta as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde deixa a critério das entidades o processo de escolha de seus representantes. Autores como Carvalho (2014, p.69) colocam que “o processo de legítima escolha, legitima as pessoas”, porém estudos demonstram que conselheiros não sabem a que segmento pertencem (COTTA *et al.*, 2011; KEHZ *et al.*, 2015) e ainda, conselhos em que os representantes do segmento dos usuários eram escolhidos pelo gestor (COTTA *et al.*, 2011; SHIMIZIU, 2013; ZAMBON; OGATA, 2011; 2013). Estes resultados reforçam a problemática não só da representação nesses espaços, mas também, a importância da constituição da *demos* e de quem estará presente nela. Além disso, pode também ser uma hipótese explicativa para o desempenho na presença dos representantes nas reuniões do pleno descrito a seguir.

Na análise da presença na participação dos conselhos, entende-se que, além da seleção das entidades da sociedade civil organizada, é necessário analisar a presença e a assiduidade dos seus representantes nas reuniões do conselho (VAZ, 2011; SMITH 2009; SILVA, 2011; BISPO Jr, 2015). Afinal, é nas reuniões do pleno que ocorre a cessão de um espaço decisório (esfera pública) (AVTRIZER, 2005) que proporciona a efetiva participação política, a promoção da formação de identidades coletivas, a possibilidade efetiva de partilha de poder e de recursos sociais (PATEMAN, 1992; MACPHERSON, 1978; SANTOS; AVRITZER, 2005).

A análise do indicador 1.1.1 Presença dos Segmentos, que averiguou a presença dos segmentos nas reuniões, apresentou uma grande variação entre os

conselhos, de forma que Porto Alegre obteve pontuação 1,65 no ano de 2016 e Curitiba 4,2 no ano de 2016, de um máximo de 6,12 a ser atingido conforme demonstra o indicador 1.1.1 na Tabela 31.

Ao se observar a Tabela 34, que resume o desempenho no indicador por conselho, segmento e ano, constatamos que Curitiba apresentou um melhor desempenho geral nos dois anos, em especial no segmento usuário. O conselho de Curitiba atingiu 4,27 em 2016 e 4,06 em 2017 – de um máximo de 6,12.

TABELA 34 - RESUMO DO DESEMPENHO NO INDICADOR 1.1.1 POR CONSELHO, SEGMENTO E ANO

SEGMENTO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	CURITIBA		BELO HORIZONTE		PORTO ALEGRE	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017
USUÁRIO	3,12	2,1778	2,0145	1,6837	1,409	0,6973	1,2174
TRABALHADOR	1,56	1,0107	0,9456	0,879	1,248	0,4583	0,7403
PRESTADOR	0,78	0,5332	0,491	0,2031	0,13	0,24491	0,3912
GESTOR	0,78	0,5546	0,6175	0,5329	0,598	0,25536	0,6468
TOTAL	6,25	4,2763	4,0686	3,2988	3,385	1,6558	2,9957

Fonte: Elaborada pela autora.

Já Porto Alegre possui um desempenho menor se comparado aos outros conselhos, mas que evolui de um ano para o outro, passando de 1,65 para 2,99. Já Belo Horizonte manteve a produção de 3,29 em 2016 e 3,38 em 2017. Esse baixo desempenho na produção da presença dos segmentos em Porto Alegre e Belo Horizonte em comparação com Curitiba também foi resultado da ausência de atas e, ainda, da forma de registro.

Porém, de forma agregada, pode-se observar que o segmento prestador foi o que menos esteve presente nas reuniões, seguido pelos usuários e trabalhadores, enquanto o gestor foi o segmento mais presente nas reuniões.

Considerando que o segmento usuário foi o segundo menos presente nas reuniões no conselho, algumas considerações são necessárias. Para Smith (2009), a não presença de determinados grupos nas instituições participativas pode ter impacto significativo na natureza das decisões. A presença, ainda que não retrate de forma linear o engajamento dos representantes, estampa como estes respondem ao seu

direito de participar (SMITH, 2009), e, na sua ausência, está a sua renúncia ao debate e a sujeição ao que foi decidido. E ainda, a não presença dos participantes, que nos resultados foram apontados em sua maioria de prestadores seguidos dos usuários, enfraquecem tanto a deliberação pública como a negociação (FARIA *et al.*, 2012).

A não presença dos usuários ou de qualquer segmento e a alta rotatividade de representantes afeta o caráter pedagógico da participação (MACPHERSON, 1978; PATERMANN, 1992), comprometendo, considerando as devidas proporções, a geração de um ciclo virtuoso, ancorado nas relações de participação cidadã e mudança da consciência política.

No entanto, há de se olhar mais atentamente para os custos de participação envolvidos nesses espaços, pois, para Whiteley (1995), outros tipos de participação mais direta – para além do voto – envolvem custos consideravelmente mais altos. Segundo Carneiro (2002), constrangimentos de tempo e financeiros, além de desigualdades na capacidade participativa no que tange a conhecimentos, tempo informação e competência especializada, podem afetar a participação.

Dessa forma, os indicadores evidenciam uma lacuna que precisa de mais estudos e outras abordagens metodológicas para uma melhor compreensão do fenômeno apresentado.

Uma observação importante a ser feita é que, ao se analisar as atas das reuniões, constatamos que, no conselho de Porto Alegre, foram realizadas quatro reuniões do pleno, duas ordinárias e duas extraordinárias, no mês de novembro de 2017. Porto Alegre realiza duas reuniões ordinárias por mês, em contraponto a realização de uma, por parte dos conselhos de Curitiba e Belo Horizonte, e isso poderia ser um indicativo dos fatores tempo e financeiro (considerando deslocamentos), que poderiam afetar a presença, já que o segmento usuário do conselho de Porto Alegre apresentou pior desempenho ante os demais. Além disso, cabe reforçar que Porto Alegre e Belo Horizonte tiveram seus indicadores afetados por falta de dados.

Em relação à presença, Smith (2009) relembra a importância de as institucionalidades promoverem incentivos que motivem o engajamento de cidadãos, e a leitura das atas apontou que o conselho de Curitiba realiza um monitoramento da presença das entidades em toda reunião do pleno e seu cômputo é apresentado no início de cada reunião do pleno, o que pode, de alguma forma, incentivar ou até pressionar as entidades a participarem e não perderem a cadeira.

b) Voz

A voz dentro de uma institucionalidade pode ser medida pelos momentos que oportunizam a expressão de demandas, de modo que cada participante tenha chances iguais de afetar a decisão final. Mas a igualdade de voz passa, necessariamente, pelo atributo da presença, anteriormente analisado, pois há de se garantir que todos os segmentos envolvidos na política em questão estejam presentes e exponham seus pontos de vista (SMITH, 2009; SANTOS, 2015).

Para a análise da voz neste índice, foram examinadas a alternância da presidência do conselho, a formação da pauta das reuniões e o registro das falas dos distintos segmentos nas reuniões do conselho.

Considerando o indicador 1.2.1, que analisa a alternância na presidência, observou-se que nenhum dos conselhos apresentou em seus regimentos uma orientação acerca da necessidade de alternância entre os segmentos. O que os regimentos dos conselhos analisados versam é sobre o processo eleitoral a ser instituído para a composição da presidência e/ou mesa diretora, e a composição da mesa diretora, ou núcleo de coordenação em Porto Alegre que deve respeitar a paridade e a composição do conselho. Esse é o regramento instituído pela resolução CNS n. 453/2012, mas cabe salientar que até 2003, com a publicação na resolução CNS n. 333/2003, que foi suplantada pela n. 453/2012, a presidência do conselho era atribuição do gestor da esfera de saúde correspondente, somente após 2003 os outros segmentos puderam ascender à presidência.

Além disso, a resolução CNS n. 554 /2017 reitera, em sua sexta diretriz, a sua recomendação que os secretários de saúde não ocupem o cargo de presidência, “a fim de privilegiar o princípio da segregação das funções de execução e fiscalização da Administração Pública” (BRASIL, 2017). A necessidade de reforçar essa recomendação se deu em razão de resultados como os encontrados por Zambon e Ogata (2011) que, ao analisarem os conselhos dos Departamentos Regionais de Saúde III do estado de São Paulo, constataram que em 50% dos municípios a presidência era exercida pelo secretário de saúde.

Esse resultado não foi encontrado nos conselhos analisados, observou-se que a presidência de Curitiba estava no segmento usuário; a de Porto Alegre, no segmento trabalhador; e a Belo Horizonte (que trocou de mandato do conselho no período) passou do segmento usuário para o segmento trabalhador.

Entende-se que a presidência do conselho possui um papel relevante na voz da instituição, pois, de um modo geral, os conselhos se estruturam em torno desse cargo e da mesa diretora. Dessa forma, a presidência detém poderes e prerrogativas diferenciados, como a condução dos trabalhos junto à mesa diretora, o voto de desempate e decidir determinadas questões *ad referendum*; portanto, a presidência concentra poder (FARIA RIBEIRO, 2011).

Carvalho (2014) menciona que, apesar de não haver legislação concernente à alternância da presidência do conselho de saúde, ele considera que o ideal seria a eleição entre os representantes do segmento usuários, pois estes seriam os “únicos entre os segmentos representados sem nenhum vínculo, comunhão de interesse ou dependência econômica da esfera administrativa” (p. 86).

Desta forma, os três conselhos zeraram o indicador, pois não foi encontrado em seus regimentos a orientação para a alternância entre os segmentos na presidência.

Analisando o indicador 1.2.2 Formação de Agenda, somente Curitiba registra nas pautas das reuniões quem solicitou a pauta. Dessa forma, foi o único que computou valores para esse indicador. Observou-se uma grande concentração da formação da pauta das reuniões na mesa diretora, mas isso não impediu que os outros segmentos e até pessoas externas ao conselho solicitassem pauta, como o coordenador da mobilidade urbana na 328ª reunião ordinária em 2017.

A coordenação da pauta das reuniões é atribuição das mesas diretoras nos três conselhos analisados em seus regimentos internos. Em Curitiba, a forma como a pauta é escrita menciona quem solicita o tema. Em Belo Horizonte, a origem da solicitação não consta no texto, e não se teve acesso às pautas de Porto Alegre. No entanto, em resposta à solicitação de informação as secretarias executivas desses dois conselhos sinalizaram que as pautas são de responsabilidade das mesas, mas que estas consideram as demandas que chegam até elas. O núcleo de coordenação de Porto Alegre se reúne toda semana para decidir questões como o que vai entrar na pauta da próxima reunião. Já a mesa diretora de Belo Horizonte recebe solicitações das plenárias dos trabalhadores e usuários que se reúnem fora da reunião do pleno do conselho e de qualquer cidadão, trabalhador ou gestor que necessite.

A importância da construção da agenda dos conselhos está no fato de que alguns autores defendem que o controle sobre o processo de formação de agenda de discussão se constitui em um dos principais indicadores relativos à distribuição do

poder entre os participantes de um fórum (SILVA *et al.*, 2009; COELHO, 2011; FARIA; RIBEIRO, 2011).

De forma agregada, ao se analisar a construção da agenda do conselho de Curitiba, constatou-se que nos dois anos houve doze solicitações de pauta por parte de conselheiros usuários, quatro de trabalhadores de saúde (excluindo a trabalhadora que era secretária do conselho e estava na mesa diretora), 70 por parte da gestão, 140 da mesa diretora e 72 da presidência.

Observou-se, em linhas gerais, que as pautas da mesa diretora e presidência se concentravam em aspectos da organização dos conselhos, como indicações para comitês de ética, alterações de representação em conselhos e informes ou relatórios das comissões temáticas. As solicitações dos conselheiros usuários se concentraram na prestação de contas de determinados contratos ou informes sobre reuniões/encontros externos ao pleno. Já a gestão utilizava a solicitação de pauta para apresentar os instrumentos de gestão do SUS e questões que demandavam a autorização do conselho, como a criação de um indicador que serviria de base para decidir que unidades de saúde continuariam ou não no modelo de estratégia de saúde da família e que, de certa forma, impactaria o serviço prestado em 2017.

Com isso, os resultados apontados pela análise do conselho de Curitiba se aproximam aos de outros estudos que revelam a forte influência da gestão na formação da agenda (VIEIRA; CALVO, 2011; FARIA *et al.*, 2014; ZAMBON; OGATA, 2013; KOHLER; MARTINEZ, 2015; KEZH; BOGUS; MARTINS, 2016) e, ainda, aos resultados encontrados por Fuks e Perissinoto (2006), que analisaram o CMS de Curitiba em 2006 e constataram uma forte concentração na proposição de votação na gestão. No entanto, essa concentração parece estar mais distribuída com os demais segmentos atualmente.

Cunha (2007) traz duas hipóteses para a análise da forte centralização da formação da agenda na gestão: i) a possibilidade de uma postura autoritária de alguns governos que se reproduz no interior dos conselhos, seja no sentido de manipular as deliberações, seja no sentido de impor suas prioridades e /ou seus pontos de vista ou; ii) governos que têm projetos políticos de cunho mais participativo e emancipatório e que valorizam os espaços participativos por meio da apresentação de suas propostas à deliberação dos conselhos. A autora pontua ainda que a diferença pode estar em que “tipo de governo ocupa o Estado e qual seu projeto político, que pode indicar uma

estratégia de controle sobre o conselho ou, ao contrário, uma estratégia de fortalecimento” (p.12)

A análise do indicador 1.2.3 Proporção de Expressão de Voz, que observou as falas nas reuniões do pleno do conselho, inferiu um melhor desempenho dos conselhos neste indicador do que nos outros indicadores da voz. Para a análise deste indicador, foi considerada somente a fala dos conselheiros titulares e suplentes, sendo excluída a fala da presidência, que contém uma concentração muito grande de falas, já que coordena a reunião, conforme descreveremos a seguir.

A análise do indicador 1.2.3 considerou a expressão dos usuários como referência para análise, já que estes seriam os potencialmente afetados pela política de forma mais contundente. Nas reuniões em que as manifestações dos usuários somavam acima de 35%, atribuiu-se a nota máxima para o indicador; se não houvesse registro de fala em ata, atribuiu-se nota mínima (zero).

Além disso, é importante ressaltar que as falas consideradas para esta análise são decorrentes da leitura de uma ata que já é resultado de uma transcrição realizada por alguém e pode ter passado por algum filtro seletivo.

De forma geral, a análise deste indicador trouxe uma grande variação de resultados nas reuniões, nos anos e entre os conselhos analisados. Os resultados foram de um extremo ao outro, de forma que um representante dos usuários no conselho de Curitiba foi em todas as reuniões do pleno em 2016 e não expressou a sua fala em nenhuma delas. Em Belo Horizonte um representante dos usuários foi a todas as reuniões do pleno e se manifestou em todas elas.

Analisando de forma mais descritiva e considerando somente as atas apresentadas, a Tabela 35 sintetiza em quantas reuniões o número de fala dos usuários excedeu 35%.

TABELA 35 – SÍNTESE DO NÚMERO DE ATAS ANALISADAS POR ANO QUE OBTIVERAM UM PERCENTUAL DE FALA DOS USUÁRIOS SUPERIOR A 35%

CONSELHO/ANO	Nº ATAS ANALISADAS	REUNIÕES QUE A FALA DO USUÁRIO EXCEDEU 35%	TOTAL
BELO HORIZONTE/2016	14	2	14%
BELO HORIZONTE/2017	10	9	90%
CURITIBA/2016	15	7	46%
CURITIBA/2017	14	7	50%

PORTO ALEGRE/2016	19	10	52%
PORTO ALEGRE/2017	25	6	24%

Fonte: Elaborada pela autora.

Observa-se na tabela 35 a variação de um ano para o outro na produção da fala dos usuários com registro em ata. Belo Horizonte apresenta em 2016, duas atas excendendo em 35% o registro de falas dos usuários e 9 em 2017. Da mesma forma, Porto Alegre apresenta 10 atas com mais 35% de registro de fala dos usuários em 2016 e 6 em 2017.

Importante relembrar que o desempenho nas falas foi analisado a partir da constituição da voz dos usuários, de forma que o baixo desempenho na presença afeta diretamente esse indicador. Além disso, a forma como as falas foram transcritas, muitas vezes reduzidas a manifestaram-se sobre o assunto X, Y e Z, também podem ter afetado este indicador.

Analisando a produção individual de cada conselho no indicador 1.2.3, Curitiba atingiu 3,11 e 3,3 em 2016 e 2017, de um máximo de 4,16 a ser atingido. Já Porto Alegre atingiu 2,29 em 2016 e 2,6 em 2017, e Belo Horizonte 2,43 e 2,42. Isso demonstra uma participação de fala dos usuários nesses espaços na medida em que Curitiba se aproxima do máximo da nota, ou seja, em quase 100% das reuniões do pleno há 30% ou mais de falas registradas de usuários.

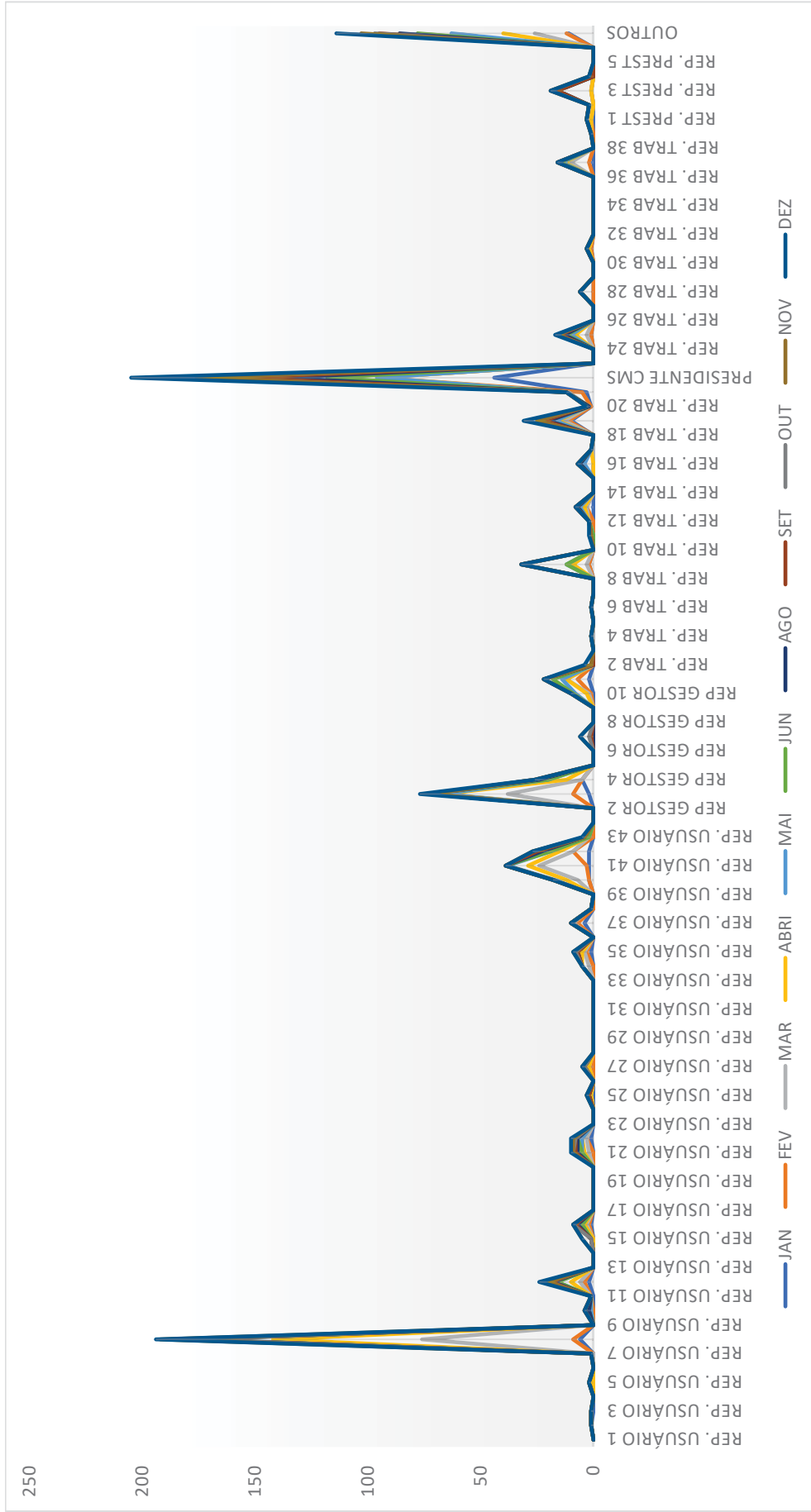
No entanto, é importante ressaltar que os representantes dos usuários somam 50% da constituição do pleno do conselho e a opção de estipular 35% do total de registros de fala de usuários para a pontuação máxima contém certo viés, já que eles estão em paridade com o restante dos representantes do pleno. Considerou-se 35% pois estudos anteriores sobre os conselhos de saúde evidenciaram uma baixa capacidade de vocalização dos usuários nos conselhos, seja pela não solicitação de pautas, seja pela aferição de uma não vocalização/participação autorreferida ou, ainda, quando os estudos incluíam a metodologia observacional, a observação de um silêncio dos usuários (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; COTTA *et al.*, 2011; DUARTE; MACHADO, 2012; ZAMBON; OGATA, 2013; SHIMIZU *et al.*, 2013).

Curitiba, dessa forma, alcançou um melhor desempenho não só no indicador 1.2.3 da Tabela 31, mas também na média alcançada nos dois anos analisados, conforme a Tabela 35.

Braga (2015, p. 129) observa que as “[...] manifestações dos conselhos são construídas a partir de posicionamentos, contraposições e no exercício da partilha de poder”. Diante disso, a pesquisa buscou mapear a fala de todos os participantes das reuniões, todos os seus conselheiros em seus segmentos, bem como a da presidência dos conselhos, dos técnicos externos e de outros participantes externos ao conselho.

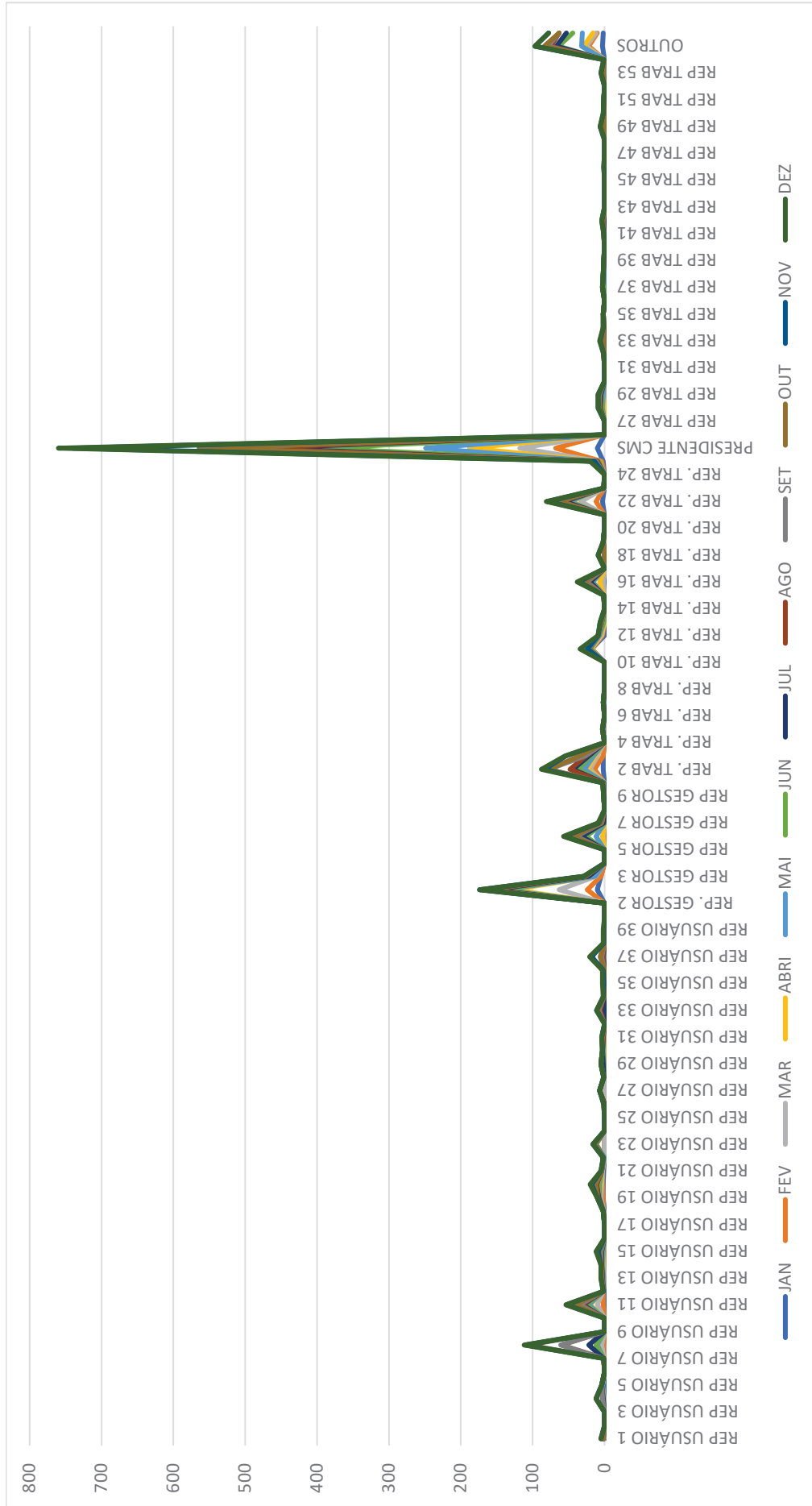
Desta forma analisar os registros de fala nos permite analisar se há concentração de falas em um determinado segmento ou representante. Os gráficos a seguir ilustram essa distribuição das falas de todos os segmentos e seus representantes nas atas analisadas por ano e conselho.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE NO ANO DE 2016



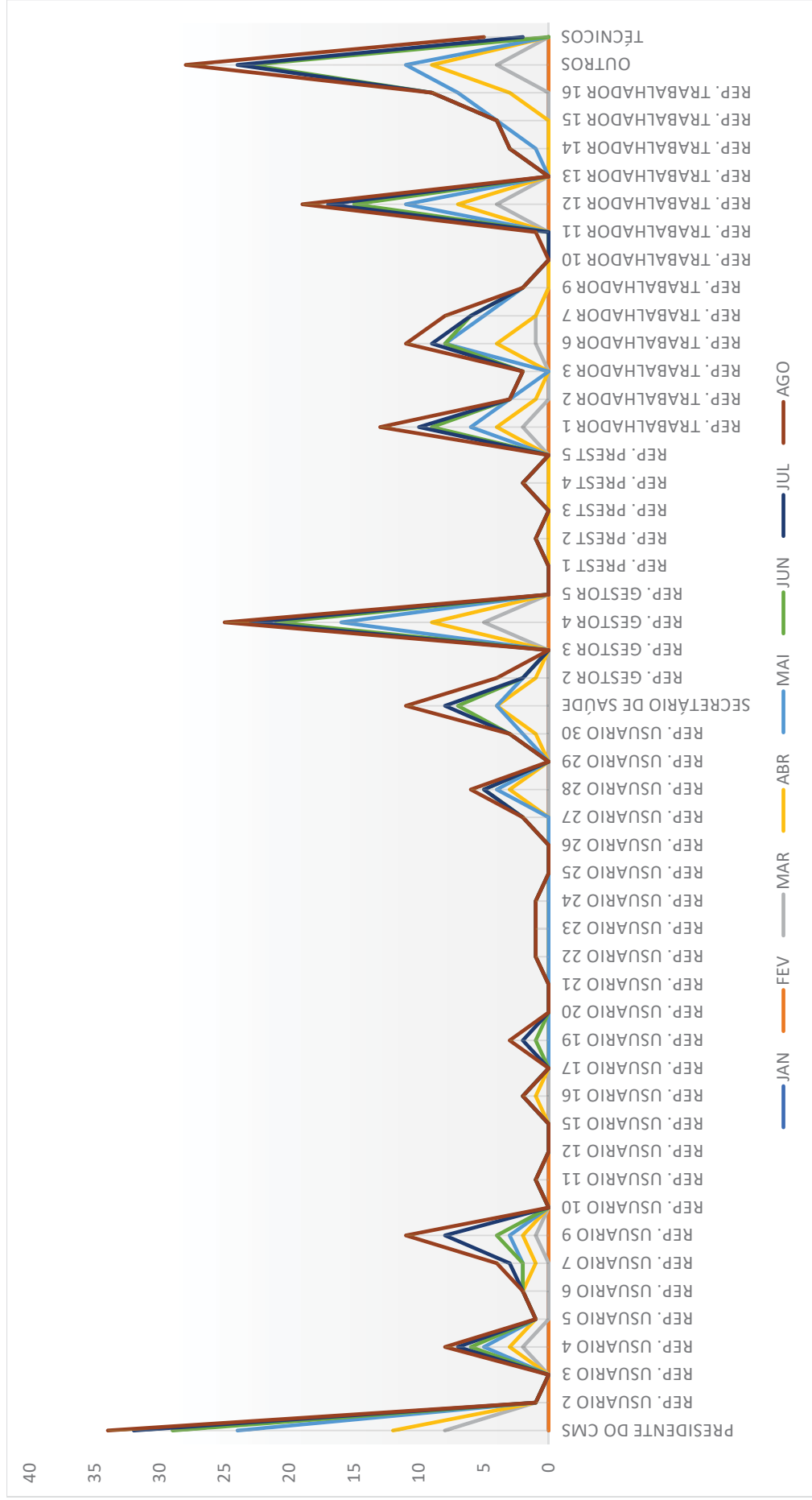
FONTE: Elaborado pela autora.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE NO ANO DE 2017



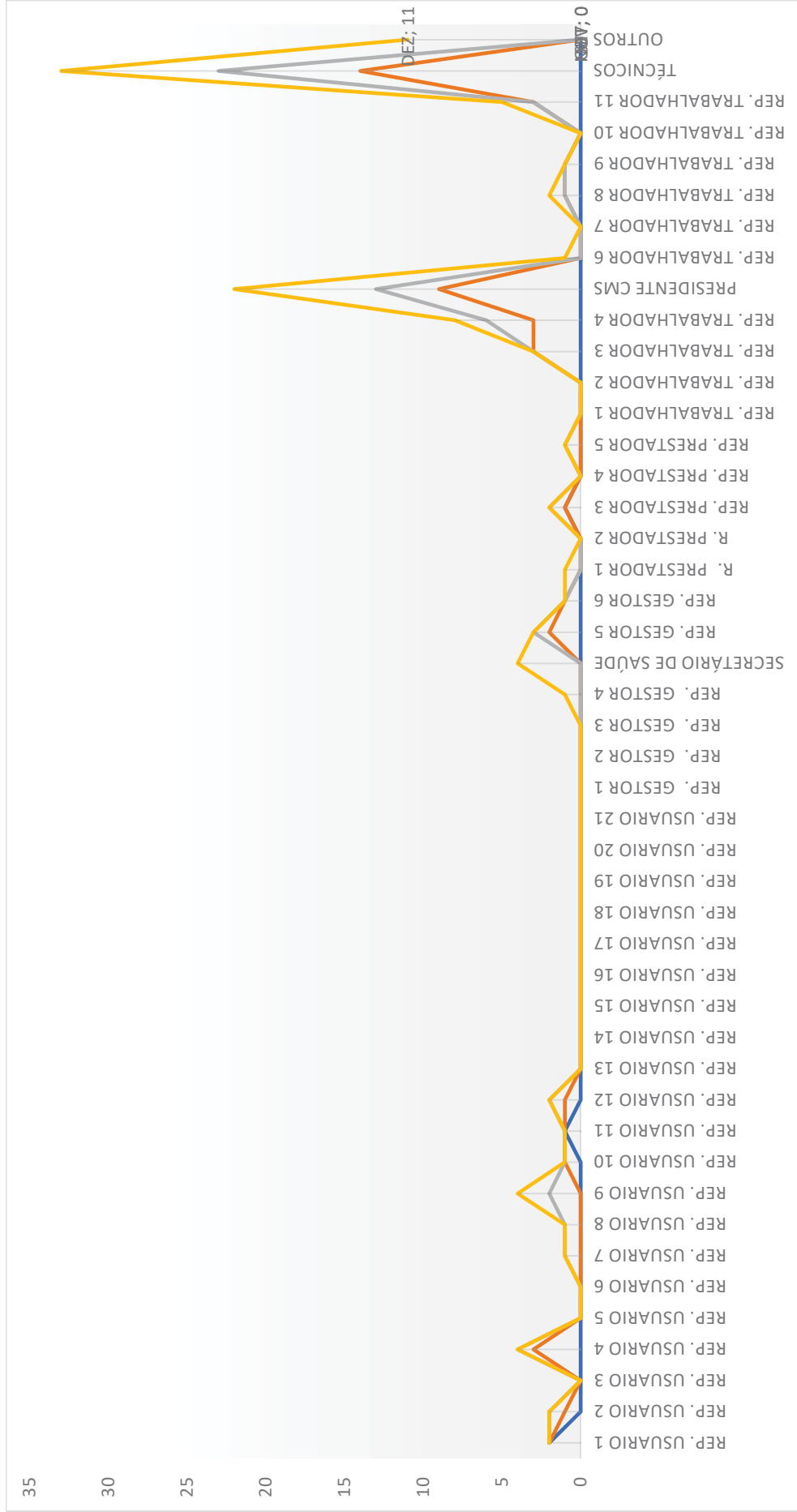
FONTE: Elaborado pela autora.

GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE NO ANO DE 2016. GESTÃO 2014-2016



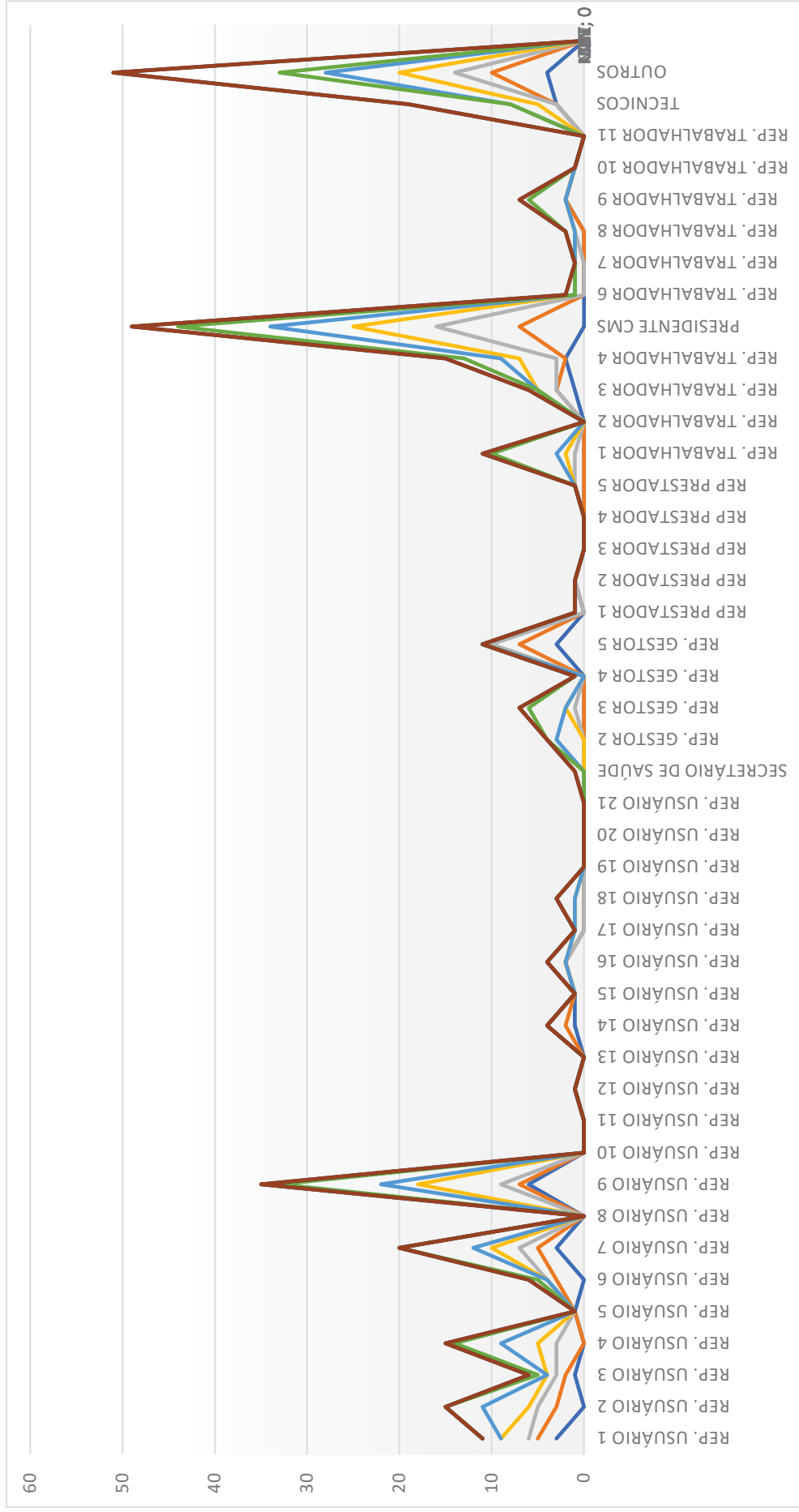
FONTE: Elaborado pela autora.

GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE NO ANO DE 2016. GESTÃO 2016-2018



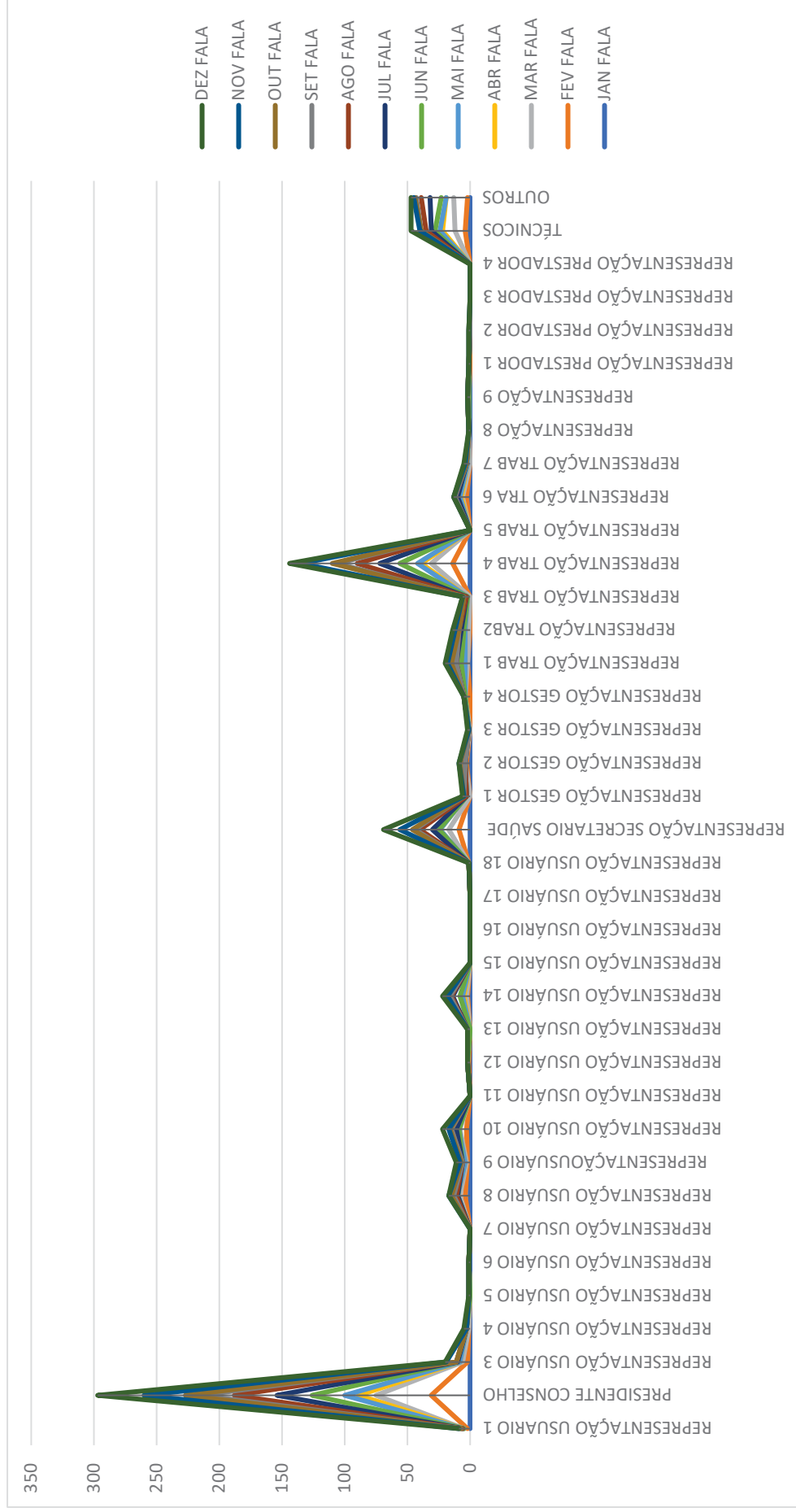
FONTE: Elaborado pela autora.

GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE NO ANO DE 2017



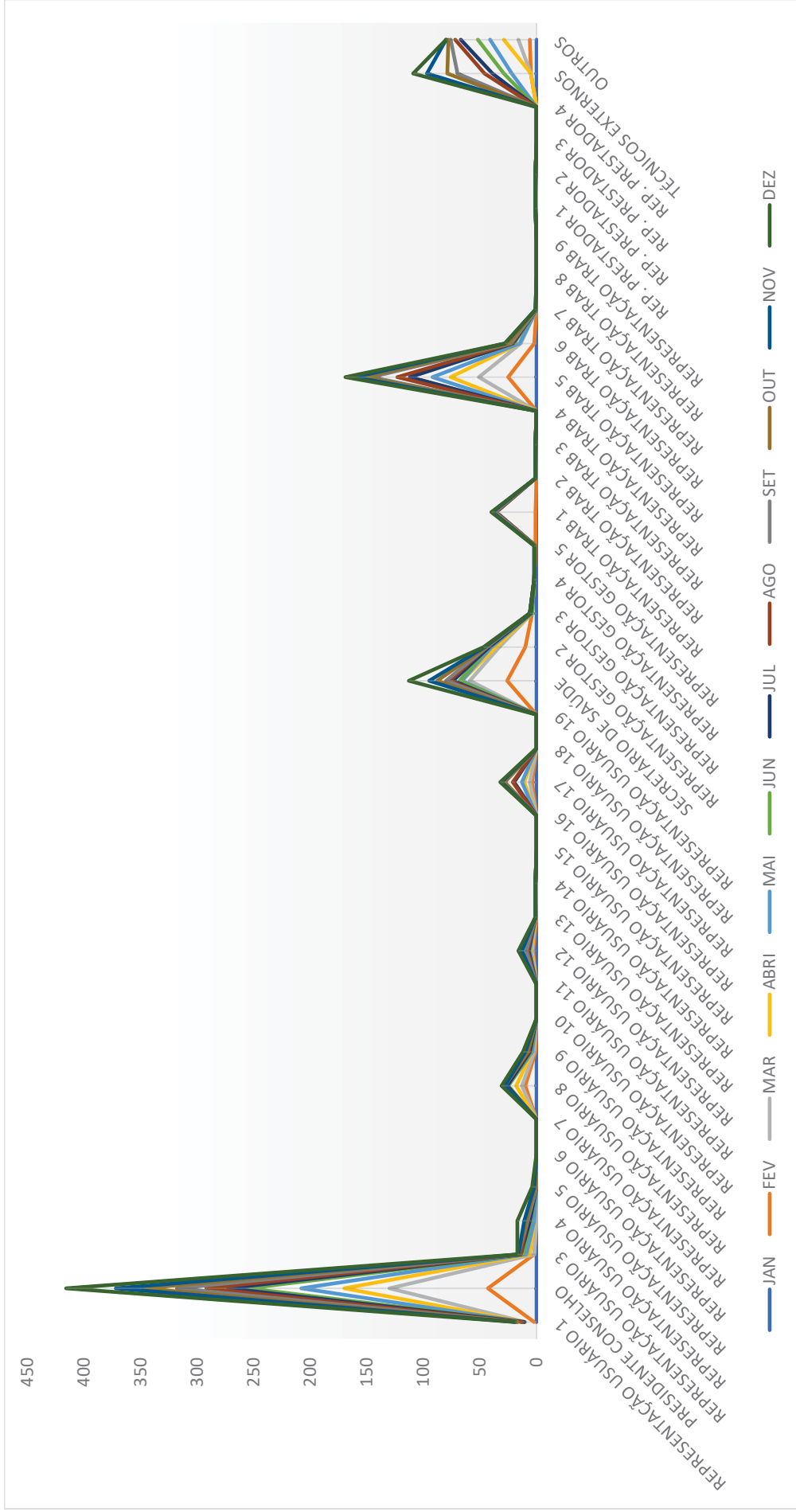
FONTE: Elaborado pela autora.

GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA NO ANO DE 2016



FONTE: Elaborado pela autora.

GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO DA VOZ NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA NO ANO DE 2017



FONTE: Elaborado pela autora.

Analisando os gráficos, observa-se comportamentos distintos entre os anos e os conselhos. Observa-se que há uma concentração de falas em determinadas entidades e seus representantes e, com isso, pode-se observar o comportamento ativo dos representantes dos usuários nas reuniões do conselho de Belo Horizonte em 2017 e o silêncio dos usuários em Porto Alegre no mesmo ano.

Belo Horizonte de forma geral apresentou uma maior distribuição das vozes e registro de uma vocalização expressiva por parte dos trabalhadores de saúde nos dois anos analisados. Curitiba demonstrou uma concentração de fala maior em determinados representantes e o registro de nenhuma fala em outros. Já Porto Alegre foi o conselho que mostrou maior variação no registro da fala de um ano para outro.

Um elemento que pode ter ampliado esta maior variação de fala em Porto Alegre foi a presença de um elemento aberto para o registro de voz foi observado na leitura das atas; no início de cada sessão há uma seção chamada “Informes” em que os conselheiros podem se inscrever e terem um espaço aberto para comunicar desde reclamações até ações em suas comunidades.

Smith (2009) coloca a importância de se analisar quais são os espaços que os participantes têm para vocalizar suas demandas. E uma conformação que traz um momento de fala para além da pauta da reunião, se mostrou importante para ampliar a diversidade de falas conforme registrado.

No entanto, a concentração das falas nos três conselhos e nos dois anos fica fortemente ilustrada em dois representantes: o presidente do conselho e o secretário de saúde. Este dado corrobora com o estudo realizado por Fuks e Perissinotto (2006) sobre os conselhos de políticas sociais em Curitiba em que inferiram um predomínio dos gestores nas falas e no processo decisório. No entanto, o estudo de Fuks e Perissinotto (2006) apresentou como uma das causas deste resultado o fato do gestor ocupar a presidência e usou como exemplo o conselho municipal de saúde de Curitiba na época. Isto não foi observado nesta pesquisa, já que o gestor não pode ocupar a cadeira do presidente, então houve uma divisão clara entre estes dois papéis no que concerne a centralidade da fala nos conselhos de saúde estudados.

No estudo realizado por Cunha (2007) em que a autora analisou nas atas de 185 conselhos municipais de saúde do Nordeste (Bahia e Pernambuco) a efetividade deliberativa, foi observada uma maior vocalização dos usuários nos conselhos. No

entanto, o outro elemento de voz aqui analisado – a formação de agenda - ficou fortemente centrado nos gestores. A autora coloca que mesmo que os usuários tenham maior oportunidade de expressão, ainda é o Estado que detém maior centralidade na definição do que é discutido e decidido pelos conselhos. Desta forma há “o risco de que os conselhos sejam apenas espaços de legitimação de decisões, de modo a cumprir normas que viabilizam o acesso do governo a recursos de todo tipo” (CUNHA, 2007 p. 12).

A ideia da ampliação da democracia está fundamentada na possibilidade de torná-la mais responsiva às necessidades do cidadão. Os gráficos gerados pelos registros das falas dos conselheiros e ainda, os resultados da análise dos resultados dos indicadores que analisam a produção de voz dentro dos conselhos tensiona o pressuposto da igualdade dos indivíduos, característica presente no discurso liberal da democracia. As concentrações de fala restringem, de certa forma, o pressuposto da igualdade deliberativa, que implica igual possibilidade de apresentação de temas à agenda e de razões ao debate por todos os sujeitos do processo deliberativo (CUNHA, 2007). Entretanto, não se ignora que existem elementos como a assimetria de habilidades comunicativas, de conhecimento técnico (MANSBRIDGE, 2003), de poderes, de riqueza ou outro tipo de desigualdade social (BOHMAN, 1996), que podem interferir e incidir na igualdade de vocalização, participação e qualidade do processo deliberativo.

Desta forma, em semelhança a produção de presença, os indicadores aferiram lacunas na expressão de voz.

Portanto, considerando as subdimensões de presença e voz, a inclusão é ainda um desafio a ser superado pelos três conselhos de saúde, já que este foi o bem democrático de menor pontuação atingida – uma igualdade formal *versus* uma desigualdade real. É necessário um olhar ainda mais atento aos critérios de seleção dos representantes, a frequência nas reuniões, a expressão da voz e formação da agenda que se mostraram fragilidades importantes aos conselhos estudados. Estudos complementares a essa metodologia são recomendados na busca de análises mais complexas e relações causais para tal desempenho.

4.3 A PRODUÇÃO DO CONTROLE POPULAR PELOS CONSELHOS DE SAÚDE

Para Smith (2009) usualmente as definições de democracia acentuam o direito igual dos cidadãos para participar de decisões coletivas. Ele menciona o trabalho influente Beetham e como ele baseia-se na compreensão do controle popular e igualdade política como princípios fundamentais da democracia; no entanto, para o autor é dada muito mais atenção à inclusão tanto na teoria como na prática, em comparação ao controle popular.

Analisar a forma como a participação, aqui por meio dos conselhos, afeta a política de saúde se constitui um desafio ante o risco da causalidade remota. A ideia da causalidade remota se refere à situação em que uma decisão tomada hoje pode ter efeito na política somente depois de algum tempo, mesmo anos, a depender da temática e de muitos elementos potencialmente determinantes da sua implementação. Lavallo (2011b) já relatava que, quanto mais distante for a causa do efeito, mais difícil é mostrar que existe uma conexão. Portanto, optou-se por analisar como o conselho afeta os instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que regem o SUS e que terão impacto na provisão e acesso aos serviços de saúde em seus anos correntes.

Assim, a dimensão *controle popular* foi analisada considerando-se a atuação dos conselhos na elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) e da Programação Anual de Saúde (PAS), na fiscalização do Relatório Anual de Gestão (RAG) e do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), bem como a produção decisória dos conselhos.

Para essas análises, além dos documentos que estavam no *site* do conselho, foi necessário buscar no *site* do SARGUS os documentos que permitiriam o computo dos valores, pois os sites institucionais não apresentaram todos os documentos.

A Tabela 36 resume a produção de controle popular pelos conselhos de saúde em 2016 e a Tabela 37 em 2017. Na sequência, analisaremos cada subdimensão separadamente.

TABELA 36: A PRODUÇÃO DO CONTROLE POPULAR PELOS CONSELHOS DE SAÚDE EM 2016

CONTROLE POPULAR 2016			
	OUTCOMES	OUTPUTS	TOTAL
CURITIBA	7,8091	8,874	16,683

BH	7,2812	7,488	14,769
POA	9,3525	6,893	16,245

Fonte: Elaborada pela autora.

TABELA 37: A PRODUÇÃO DO CONTROLE POPULAR PELOS CONSELHOS DE SAÚDE EM 2017.

CONTROLE POPULAR 2017			
	OUTCOMES	OUTPUTS	TOTAL
CURITIBA	12,5	9,732	22,232
BH	5,1968	7,287	12,483
POA	9,895	7,806	17,701

Fonte: Elaborada pela autora.

a) Outcomes

O indicador 2.1.1 Inserção nos Instrumentos de Gestão, apresentado na Tabela 31, em sua variável A, analisou como os conselhos participaram da elaboração do Plano Municipal de Saúde. O ano de 2017 era o primeiro ano de exercício de uma nova gestão e, conseqüentemente, de confeccionar um novo PMS, com vigência de 2018 a 2021. Porém, o ano de 2016 não, então analisou-se o processo de elaboração do Plano Municipal de 2014-2017 para pontuar o ano de 2016.

Os conselhos de Porto Alegre e Curitiba obtiveram uma pontuação máxima ou perto da máxima neste indicador (Curitiba – 2016). Comparando os dois anos analisados, Curitiba ampliou a sua nota de 2,081 para 3,125, o valor máximo. Já Belo Horizonte apresentou a pontuação 1,032, pois o seu Plano Municipal de Saúde 2018-2021 só foi apresentado ao conselho em junho de 2018, excedendo o recorte da pesquisa, o que levou a considerar para 2017 o valor alcançando na atuação do conselho para o Plano Municipal de 2014-2017.

A aprovação do Plano Municipal de Saúde é uma atribuição bem definida dos conselhos de saúde desde a Lei n. 8142/90, que cria os conselhos. No entanto, à medida que o ciclo de gestão do SUS foi sendo aperfeiçoado, o Plano Municipal de Saúde foi ganhando mais importância.

O valor máximo foi atingido quando se observou que o conselho participou ativamente do momento em que o Plano Municipal de Saúde foi apresentado ao pleno para ser aprovado, e ainda, que o Relatório Final da Conferência de Saúde fosse mencionado como uma fonte importante para as metas do PMS em ata ou parecer ou

algum documento. Curitiba e Porto Alegre participaram com sugestões e solicitações de mudanças nas metas dos PMS nos dois períodos analisados. Curitiba em 2017 chegou a “separar quatro metas” do PMS 2018-2021 para análise das comissões temáticas e apresentar uma nova redação na próxima reunião, tamanha a incidência do conselho. Comportamento semelhante de submeter o PMS às comissões temáticas para a análise também foi apresentado pelos conselhos de Porto Alegre e Belo Horizonte.

Belo Horizonte, no entanto, em sua ata da reunião em que o Plano Municipal de 2014-2017 foi apresentado, não registrou debate ou sugestões e, conseqüentemente, pontuou menos.

Na variável B, que investiga a atuação dos conselhos na elaboração do PAS, observamos uma menor ação dos conselhos, se comparada com o PMS. Todos, porém, atingiram a nota máxima em um ano analisado, Curitiba e Belo Horizonte em 2017 e Porto Alegre em 2016. Belo Horizonte atingiu a nota 1,034 em razão da resolução que **não** aprovava o PAS de 2017 ter sido publicada no *site*, mas a ata da reunião não, não sendo possível, portanto, analisar se foram sugeridas alterações. As razões da não aprovação do PAS que constam na Resolução n. 438/2017 referem a entrega fora do prazo e inadequações em determinadas metas.

Curitiba em 2016 atingiu a mesma pontuação de 1,034, devido à ata da reunião não ter registrado debates e sugestões, somente a aprovação.

Esses dois instrumentos PMS e PAS balizam o planejamento da política de saúde, em especial a alocação de recursos. O PMS é um planejamento para quatro anos e o PAS é a programação anual. O PAS precisa estar em consonância com o tempo para a elaboração da lei de diretrizes orçamentárias (LDO) e leis orçamentárias anuais (LOA). Sem isso, a alocação de recursos para a saúde fica prejudicada. Além disso, a Portaria do Ministério da Saúde n. 3.992/2017, que determinou a extinção dos blocos de financiamento dos SUS, fortaleceu a importância destes dois instrumentos de planejamento. Isso porque os recursos para o custeio das ações e serviços de saúde irão para uma conta única e serão gerenciados com base no estabelecido no PMS e PAS, e os repasses do Fundo Nacional de Saúde estão condicionados à apresentação desses dois instrumentos, mais o RAG, ao conselho de saúde da esfera correspondente.

Considerando o indicador 2.1.1, percebeu-se uma abertura da gestão às sugestões dos conselhos no que tange a determinadas metas e um caráter propositivo do conselho. Resultado este que difere de estudos anteriores que sinalizavam para decisões fechadas e sem possibilidade de ascendência dos conselhos sobre estas (GERSCHMAN, 2004; LENITA, WENDHAUSEN, 2006; GUIZARDI, PINHEIRO, 2006; BISPO JR.; SAMPAIO, 2008; GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010; MORGAN, *et al.*, 2010; COTTA *et al.*, 2011; VIEIRA; CALVO, 2011; CAVALCANTE *et al.*, 2012, MACHADO, LUCAS, 2013; SHIMIZIU, 2013; KOHLER, MARTINEZ, 2015; KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015), porém isto se aplica a este recorte e nestes instrumentos.

Este resultado coaduna com o resultado encontrado por Cunha (2007) que ao analisar as decisões do conselhos municipais de saúde do Nordeste encontrou na primeira posição decisões relacionadas a prestação de contas e em segundo, relacionados a projetos a serem desenvolvidos pelos gestores da área, apontando para decisões que “dizem respeito tanto a própria política quanto ao controle público sobre as ações de saúde (antiga reivindicação dos movimentos de saúde)” (p.16).

Em contrapartida, percebeu-se, na leitura das atas destes três conselhos, reclamações de que muitos temas que eram concernentes à atuação do conselho não estavam sendo levados ao pleno ou, ainda, somente após terem sido implementados, como relata a conselheira de saúde do conselho de Porto Alegre em 2017 “[...] a gente tem vivido aqui constantemente é esse momento assim, das coisas chegarem para nós depois que a gente não tem muito o que fazer.” (PORTO ALEGRE, 2017).

A capacidade de os conselhos serem efetivos canais de vocalização das demandas da sociedade civil tende a depender, em grande medida, do grau de discussão e debate que são empreendidos no seu âmbito (PIRES *et al.*, 2011). Se a política deliberativa obtém sua força legitimadora da estrutura discursiva de um processo público de formação da opinião e da vontade política (LUBENOW, 2010), como isso pode ser realizado se não estiver aberto ao debate?

A análise do indicador 2.1.2 Monitoramento dos Instrumentos de Gestão, fez referência à atuação dos conselhos nos instrumentos de prestação de contas da política de saúde, o Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

A variável A analisa se houve aprovação do RDQA pelo pleno do conselho. O RDQA é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da federação, conforme a lei n. 141/2012. Dessa forma, a lei atrela o PDQA à apresentação na câmara legislativa. No entanto, em seu artigo 41, estabelece que

Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, **avaliarão a cada quadrimestre** o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias. (BRASIL, 2012; grifo nosso).

Há, portanto, uma determinação legal para o conselho também analise o RDQA, mas, em relação a isso, cada conselho interpretou a lei de forma distinta. Para Belo Horizonte o acompanhamento do RDQA ocorre nas suas comissões temáticas, e os conselheiros são convidados a participar da apresentação do RDQA na câmara dos vereadores, não sendo então levado ao pleno. Já em Porto Alegre, a secretaria técnica (SETEC) acompanha e analisa os RDQAs e emite um parecer. O parecer é levado ao pleno e este é (ou não) aprovado. Já Curitiba, tem os RDQAs analisados pela sua comissão de orçamento que emite um parecer, mas o RDQA é também levado a pleno para aprovação. Estas diferenças da forma de interpretação da lei, gerou resultados díspares entre os conselhos com Belo Horizonte zerando o indicador e Curitiba atingindo a nota máxima.

A análise da variável B do indicador 2.1.2 averigou a atuação do conselho no RAG. O Relatório de Gestão é o instrumento de elaboração anual 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. Ele deve ser apresentado ao conselho de saúde até 30 de março do ano subsequente à execução do PAS. Com isso, cabe ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas instituídas na Lei n. 141/2012, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

A partir disso, a nota máxima foi atingida quando o conselho, além de aprovar ou reprovar o RAG, emitiu um parecer sobre este. Dessa forma, como o recorte da

pesquisa compreendeu os anos 2016 e 2017, no de 2016, analisou-se o RAG de 2015, e em 2017, o RAG de 2016. Com isso, todos os conselhos analisados atingiram a nota máxima, com exceção de Curitiba em 2016 (RAG 2015), para o qual não houve emissão de parecer, conduta que foi ajustada no ano seguinte com ajuda do Ministério Público.

As análises desse indicador precisaram de buscas adicionais, além do *site* dos conselhos, em especial na busca dos pareceres sobre o RAG, apesar da recomendação de a Lei n. 141/2012 estabelecer que se deve dar amplo acesso não só ao RAG, mas também ao posicionamento do conselho. As buscas adicionais foram realizadas no *site* SARGSUS, que a Portaria GM/MS n. 575/12 regulamenta, instituindo a sua obrigatoriedade como ferramenta eletrônica de elaboração e publicização do RAG, no âmbito do SUS.

Dessa forma, observou-se que os conselhos de Belo Horizonte e Porto Alegre não continham em seus *sites* os pareceres acerca do RAG de 2015, mas estes estavam no SARGSUS. O inverso também foi encontrado, de forma que o parecer que reprova do RAG 2016 em Porto Alegre está no *site* do conselho, mas não no SARGSUS.

De forma geral, os pareceres apresentam recomendações ou ressalvas, e somente o RAG 2016 em Porto Alegre foi reprovado.

Um dado bastante importante e revelado pelas análises desta pesquisa foi a participação das comissões temáticas para a boa execução destes indicadores – 1.2.1 e 1.2.2. Em Curitiba, a Comissão de Orçamento e Finanças e a de Assistência à Saúde emitem seus pareceres sobre estes instrumentos de gestão, assim como em Porto Alegre o SETEC e em Belo Horizonte a Câmara Técnica de Gestão da Força e do Trabalho (CTGFT), a Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização (CTCAM) e a Câmara Técnica de Financiamento. A importância das comissões temáticas será tratada na análise da dimensão de julgamento ponderado, mas registra-se aqui a relevância destas para a boa atuação do conselho nos instrumentos de gestão.

A existência de vários arranjos participativos em setores como saúde e assistência social, bem como de produtos deliberativos desses espaços, gerou num primeiro momento, uma crescente análise de como essas decisões afetam as políticas, o que levou os pesquisadores a buscar compreender melhor essa

associação entre participação e políticas públicas, bastante específica do caso brasileiro (AVRITZER, 2011). Em segundo lugar, tanto no Brasil como no exterior houve uma preocupação em relação à teoria democrática deliberativa, que é o arcabouço teórico de muitas inovações democráticas, o chamado giro deliberacionista (FARIA, 2007; GOODIN, 2007). Dessa forma, os estudos buscaram compreender a deliberação em sua aplicação na realidade, “aplicando o denso quadro normativo deliberacionista ao estudo das práticas diversas” (MENDONÇA, 2013, p. 56) e, a partir disso, disseminou-se uma preocupação com a efetividade da deliberação (DRYZEK, 2009; FUNG; WRIGHT, 2003). Cabe, no entanto, salientar que o elemento deliberativo é apenas um momento e que há necessidade de se agregarem outros elementos de análise para avaliar os efeitos da participação (CORTES, 2011; PIRES, VAZ 2011).

A pesquisa evidenciou que, tanto o PAS 2017 em Belo Horizonte quanto o RAG de 2016 em Porto Alegre não foram aprovados pelo pleno do conselho. Mas em que medida isso afetou o curso da política? Apesar do respaldo constitucional da primazia do executivo na decisão final e implementação de políticas, desde a lei n. 8142/90, que estipulou que as resoluções do conselho de saúde devem ser homologadas pelo chefe do poder executivo da esfera correspondente, que se espera alguma sanção aos gestores que não acolhem as decisões do pleno do conselho. A própria recente Portaria n. 3.992/2017 do Ministério da Saúde condiciona os repasses do Fundo Nacional de Saúde à mera apresentação do PMS, PAS e RAG ao conselho de saúde, não à sua aprovação.

Isto, corrobora a ilação de Almeida e Tatagiba (2012) de que os conselhos se configuram em meros espaços de passagem, não gerando nenhum ruído nos circuitos decisórios estatais. Para as autoras,

A inscrição do caráter deliberativo dos conselhos em legislação fornece o suporte institucional para que eles ocupem essa posição, enquanto o caráter híbrido de sua composição lhe fornece o suporte político. Portanto, o principal desafio institucional dos conselhos é buscar sua legitimidade política no interior do Estado de modo que não seja possível para os demais representantes legalmente constituídos desconsiderar suas exigências, por mais que elas estejam em confronto, a princípio, com determinados dispositivos e modalidades reguladoras e deliberativas (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012, p. 83).

Tatagiba e Almeida (2012) fazem ainda uma defesa de que a “[...] luta política não deve ser travada apenas no interior dos conselhos, mas pelo fortalecimento dos

conselhos no interior do Estado (p. 84)”, de forma a construir pontes e articulações e ampliar o poder relativo dos conselhos nas políticas setoriais.

b) Outputs

O indicador 2.2.1 analisou o volume da produção decisória dos conselhos de saúde. Além de resoluções, os conselhos de saúde se expressam por meio de recomendações, moções, pareceres, informativos e instruções normativas.

Para Lavalle, Voight e Serafim (2016), a análise da produção decisória permite averiguar, considerando as limitações, a capacidade de se incidir sobre políticas públicas; tendo em mente que emitir resoluções não equivale à sua realização, aferidas, porém, permite a elaboração de hipóteses informadas por conhecimento mais aprofundado acerca da variação na qualidade do trabalho dos conselhos.

A variável A analisou o volume de decisões emitidas por um ano pelos conselhos de saúde e evidenciou que houve variações nos resultados. Por exemplo, Curitiba em 2017 produziu 83 resoluções, contrastando com as 20 emitidas por Belo Horizonte no mesmo ano. Já Porto Alegre disponibilizou em seu *site* as resoluções de 2016 datadas até nº 23/2016, de 09/06/2016. Em 2017, elas só foram disponibilizadas após solicitação via lei de acesso a informação, mas só até a nº 30 /2017, datada de agosto de 2017.

De certa forma, se analisarmos a produção decisória de Curitiba, que evoluiu de 36 resoluções em 2016 para 83 em 2017, e compará-la com a formação da pauta das reuniões, perceberemos que as solicitações de pauta por parte do gestor também evoluíram de 19 em 2016 para 51 em 2017, o que pode ser um indício de que o conselho foi solicitado mais vezes à tomada de decisão; todavia seriam necessários mais estudos para estabelecer uma relação causal.

Um fenômeno não investigado por esta pesquisa, mas que é recorrente no estudos sobre conselhos de saúde, é a não homologação das resoluções dos conselhos (GERSCHMAN, 2004; GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010; LANDERDHAL *et al.*, 2010; MORGAN *et al.*, 2010; VIEIRA; CALVO, 2011; MACHADO; LUCAS, 2013; ZAMBON; OGATA, 2013). O estudo de Machado e Lucas (2013) inferiu que 24% das resoluções do conselho municipal de Belo Horizonte não foram homologadas, sendo que 41% destas eram textos contrários à vontade da

administração pública. A Lei n. 8142/90 é clara no que tange a necessidade de homologação das resoluções do conselho, a resolução 453/2012 coloca que em não havendo homologação das resoluções, pode-se solicitar análise do Ministério Público (BRASIL, 1990b, 2012 b).

Apesar de não ser foco desta análise, não foi possível desconsiderar que todas as resoluções publicadas no *site* do conselho de Curitiba estavam assinadas, tanto pelo presidente do conselho como pelo secretário de saúde. O mesmo não foi observado nos demais conselhos.

A análise da variável B na produção decisória demonstrou de que forma estas resoluções são tomadas e se são publicadas *ad referendum* ou com votação em plenário. Entende-se que resoluções *ad referendum* ocorrem quando não se pode esperar a reunião do pleno, mas que idealmente sejam apresentadas ao pleno posteriormente. Os resultados evidenciaram que somente duas resoluções de todos os conselhos e nos dois anos averiguados foram publicadas *ad referendum*, uma em Curitiba e outra em Porto Alegre, ambas em 2017.

A construção do pleno do conselho de saúde envolve gestores, prestadores, trabalhadores e usuários, e com isto espera-se o alargamento do espaço deliberativo. O pleno incorpora à cena atores com diversos matizes ideológicos e políticos, e buscar levar as decisões, sempre que possível, ao pleno, tende a torná-las mais acertadas e democráticas em face da possibilidade de diálogo e confronto de ideias e interesses (BISPO JR, 2015).

A análise da variável C sobre a produção de outros atos administrativos demonstrou uma baixa produção desses atos pelos conselhos ou, ainda, uma baixa publicização desses atos. Foram analisadas as moções, recomendações e instruções normativas produzidas pelo pleno. Observou-se que Curitiba, no ano de 2016, produziu duas instruções normativas e, em 2017, cinco. A estas somaram-se duas moções. Já Porto Alegre produziu uma moção em 2017 e Belo Horizonte, sete moções em 2017, mas no *site* só estavam publicadas três.

De forma geral, a dimensão do controle popular apresentou resultados positivos, de modo que Curitiba alcançou em 2016 16,68 e em 2017 a pontuação de 22,232 num máximo possível de 25. Porto Alegre em 2016 atingiu 16,24 e em 2017 17,7. E Belo Horizonte em 2016 atingiu 14,7 e 12,48 em 2017- reduzindo a produção de um ano para o outro, enquanto Curitiba e Porto Alegre aumentaram.

No entanto, permanecem questões a serem melhores analisadas à luz de outras metodologias. As deliberações dos conselhos são uma parte de um processo muito maior, complexo e incerto, e as deliberações e suas resoluções não são finalísticas (LABRA, 2009).

4.4 A PRODUÇÃO DO JULGAMENTO PONDERADO PELOS CONSELHOS DE SAÚDE

Os conselhos são instituições deliberativas em que se considera que deliberação é “um procedimento para se chegar a decisões coletivas que devem ser justificadas àqueles que são afetados por elas” (CUNHA *et al.*, 2011, p. 303). Smith (2009) discorre que a legitimidade da participação cidadã na tomada de decisões também depende da capacidade dos cidadãos em fazer julgamentos reflexivos e ponderados. Dessa forma, podemos dizer que uma avaliação informada e reflexiva tanto sobre os detalhes técnicos da questão em análise quanto sobre as perspectivas de outros participantes é condição essencial no momento deliberativo.

A dimensão do julgamento ponderado analisou em que medida os conselhos produzem condições para que os participantes possam tomar decisões mais esclarecidas e, ainda na medida em que uma análise documental permite, como estas decisões são tomadas.

A Tabela 38 resume a produção de julgamento ponderado pelos conselhos em 2016 e a Tabela 39, em 2017. A seguir cada subdimensão será tratada separadamente.

TABELA 38 – PRODUÇÃO DE JULGAMENTO PONDERADO PELOS CONSELHOS DE SAÚDE EM 2016.

JULGAMENTO PONDERADO 2016			
	EXTERNO	INTERNO	TOTAL
CURITIBA	11,554	6,45	18,00
BH	10,399	3,558	13,958
POA	10,802	6,640	17,442

Fonte: Elaborada pela autora.

TABELA 39 – PRODUÇÃO DE JULGAMENTO PONDERADO PELOS CONSELHOS DE SAÚDE EM 2017.

JULGAMENTO PONDERADO 2017			
	EXTERNO	INTERNO	TOTAL
CURITIBA	12,132	7,68	19,812
BH	9,359	4,6	13,962
POA	11,439	7,291	18,730

Fonte: Elaborada pela autora.

a) Julgamento Ponderado Externo

Na maioria dos estudos acerca dos conselhos de saúde, a assimetria de informação é uma das grandes barreiras a ser superada para que conselheiros possam tomar uma decisão fundamentada (SMITH, 2009). Questões como baixa escolaridade, necessidade de capacitações específicas e inclusão digital, dificuldade de entendimentos acerca de questões orçamentárias e o uso de um discurso competente foram encontradas em estudos anteriores e que afetam a produção de julgamento ponderado dentro dos conselhos, ou ao menos a condição para ocorra um decisão reflexiva e ponderada (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; GERSCHMAN, 2004; COELHO, 2004; LENITA; WENDHAUSEN, 2006; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; MOARES *et al.* 2009; MORGAN *et al.*, 2010; GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010, SHIMIZU *et al.*, 2013; FARIAS *et al.*, 2014; PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014; GONÇALVES *et al.*, 2011, JUNBERG *et al.*, 2014; KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015; BIANCHI; NICOLAU, 2017).

O conhecimento técnico é reconhecido como componente importante para o momento deliberativo (TATAGIBA, 2002, FUKS; PERISSINOTTO; RIBEIRO, 2003; ALMEIDA, 2010; FARIA, 2011). No entanto, Tatagiba (2002), em seu estudo sobre os conselhos gestores do Paraná, inferiu que a desqualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções é um dos principais constrangimentos à existência de uma relação mais simétrica entre Estado e sociedade.

O indicador 3.3.1 analisou se os conselhos ofertam capacitações aos conselheiros no intuito de diminuir as assimetrias de informação. O *site* de Curitiba mantinha o registro das capacitações realizadas nos dois anos analisados, no entanto para Belo Horizonte e Porto Alegre a informação de que foram realizadas capacitações nos dois anos analisados foram confirmadas via telefone e *e-mail*,

respectivamente. Desta forma, todos os conselhos atingiram nota máxima neste quesito nos dois anos analisados.

Esses achados levam diretamente a um dos elementos mais constantes nos estudos quando se analisam os conselhos: a necessidade inferida e referida de capacitação tanto política como técnica para os conselheiros (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; MOREIRA; ESCOREL, 2009; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; LANDERDHAL, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2011; ZAMBON; OGATA, 2013; PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014; JURBERG *et al.*, 2014; FERNANDES; SPAGNUOLO; NASCIMENTO, 2017).

Para Cohen e Rogers (2003), os modelos de Habermas e de Cohen sobre o procedimento deliberativo ideal não incluíam a preocupação com as desigualdades de poder e informação. Baseados na análise de Isaac e Heller (2003) de que a instituição de espaços participativos pode possibilitar *empowerment*, mas não deliberação, Cohen e Rogers mostram que, nos casos de grande desigualdade, é preciso haver uma disposição do governo e mudanças institucionais concretas que alterem as assimetrias, a fim de que a deliberação se efetive. Dessa forma as capacitações dos conselheiros se justificariam, pois, sem a capacitação sobre a política em questão, os atores ali inseridos dificilmente participarão adequadamente do processo, principalmente em um contexto marcado pela presença forte de assimetrias informacionais entre representantes do governo e dos outros segmentos. (FARIA; RIBEIRO, 2011).

Desta forma, os três conselhos atingiram nota máxima neste indicador nos dois anos analisados, revelando a preocupação com a ampliação da capacidade técnica dos conselheiros, e por conseguinte, oportunizando uma melhor condição para a produção de julgamentos ponderados.

No entanto, Cunha (2007) traz que apesar de um real esforço em se capacitar os conselheiros, se percebe muito pouca intervenção dos conselheiros na proposição ou na alteração da política e do orçamento para as áreas quando a autora analisou conselhos de saúde nordestinos. Mas esta pouca intervenção, em especial nos aspectos de organização da política, não foi observada neste estudo aos analisarmos a produção do bem democrático do controle popular.

Outro elemento bastante importante para a redução de assimetrias é a presença de comissões temáticas. Isto foi capturado pelo indicador 3.1.2 que constatou que todos os conselhos de saúde apresentam em sua estrutura organizativa comissões temáticas. O que variou de conselho para conselho foram os temas e forma de organização.

Em 2018, o conselho de Curitiba apresentou 12 comissões temáticas: i) Comissão de Assistência à Saúde; ii) de Comunicação e Educação Permanente; iii) de Saúde do Trabalhador; de Saúde Mental; iv) de Recursos Humanos; v) da Pessoa com Deficiência; vi) de Saúde Bucal; vii) de Urgência, viii) Emergência e Assistência Hospitalar; ix) de Revisão de Regimento, Regulamento, x) de Vigilância em Saúde, xi) de Orçamento e Finanças e xii) Legislação do Conselho Municipal).

O conselho de Belo Horizonte divide suas comissões em Câmaras Técnicas, que são permanentes e Comissões Temáticas. Em 2018, as Câmaras Técnicas que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte foram: a) Câmara Técnica de Comunicação; b) Câmara Técnica de Financiamento; c) Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica; d) Câmara Técnica de Gestão da Força de Trabalho; e) Câmara Técnica de Saneamento e Políticas Intersetoriais; e f) Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Municipalização. Já as Comissões Temáticas foram: a) Comissão de Educação Permanente; b) Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica; c) Comissão de Saúde Humana na sua Relação com os Animais; d) Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora; e) Comissão de Integração de Ensino para o Controle Social no SUS BH.

O conselho de Porto Alegre possui uma estrutura distinta. Ele tem uma Secretaria Técnica (SETEC) cuja finalidade é subsidiar e qualificar as deliberações do Plenário, além de ter função assessora. A SETEC tem composição de: 4 (quatro) membros representantes dos usuários; 2 (dois) membros representantes dos trabalhadores em saúde; 1 (um) membro representante dos prestadores de serviço; 1 (um) membro representante do governo, que conta com o assessoramento de uma assessora técnica da Secretaria Executiva. Possui, ainda, comissões temáticas e executivas, sendo as temáticas de caráter consultivo. São elas: a) práticas integrativas e complementares em saúde; b) DST/Aids; c) de saúde mental; d) da pessoa com deficiência; e) de saúde da população negra; e f) de saúde do trabalhador. Já as

comissões executivas são: a) comissão de comunicação e informação; b) de educação permanente; e c) de fiscalização.

A preocupação com a presença de comissões temáticas também apareceu em outros estudos (PESSOTO; NASCIMENTO; HEIMANN, 2001; MOREIRA; ESCOREL, 2009; GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2011; VIEIRA; CALVO, 2011; PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014; KEZH; BOGUS; MARTINS, 2016). Neles inferiu-se que o número de comissões temáticas era insuficiente. A orientação para a formação de comissões internas que apoiem os conselheiros em suas decisões é recomendada desde a resolução 333/ 2003 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003).

Conforme descrito anteriormente, a participação das comissões temáticas se mostrou decisiva para que o pleno pudesse deliberar sobre os instrumentos do SUS. Questões técnicas como orçamento e dados epidemiológicos eram analisadas por essas comissões, que emitiam um parecer sobre o tema e/ou instrumento e levavam ao pleno. A análise das atas demonstrou ainda, que ante situações de dúvida do pleno, a proposta ou o tema era submetido à comissão temática correspondente para analisar o caso e emitir um parecer e só então, o pleno deliberaria.

Desta forma, os três conselhos também obtiveram a nota máxima neste indicador nos dois anos e reforça a compreensão que os conselhos têm sobre as complexidades inerentes ao tema saúde e a necessidade de ampliar o entendimento dos representantes para o aprofundamento dos debates e avanços nas construções e avaliações da política de saúde.

Coelho (2004) ressalta que é fundamental cuidar para que o processo de deliberação proporcione condições equitativas aos atores para as práticas de diálogo e resolução de conflitos envolvidas nos processos de tomada de decisão. Para Chauí (1997), os sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem, em especial, a partir das suas possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma a poderem intervir como produtores do saber.

Avançando na análise da produção da condição para se realizar julgamentos ponderados, o indicador 3.1.3 analisou a presença de técnicos externos nas reuniões do conselho, com vistas a prestar esclarecimentos ao pleno acerca do tema a ser deliberado. O que se observou foi que em grande medida as reuniões contaram com

técnicos, no entanto, a maioria deles pertencia à secretaria municipal de saúde ou à própria estrutura administrativa municipal. Desta forma, não se pode garantir a imparcialidade destes ou a ausência de viés e ainda, a quem interessa a sua participação.

Desta forma o indicador revelou em Curitiba uma pontuação de 3,2 em 2016 e 3,8 em 2017- num máximo de 4,16 a ser atingido. Seguida de Porto Alegre que atingiu 2,48 e 3,11 em 2016 e 2017. Já Belo Horizonte apresentou um desempenho inferior, com 2,07 e 1,03 nos referidos anos, respectivamente. O que demonstra a presença marcante de técnicos nas reuniões do pleno de Curitiba, a seguir Porto Alegre e Belo Horizonte que atinge 1,03 em 2016. Lembrando que este indicador também foi afetado pela falta de atas.

No entanto, mesmo que quantitativamente houvesse a presença de um técnico externo ao conselho, cabe utilizar outras metodologias avaliativas para mensurar até que ponto este técnico – que pertence a em sua maioria à administração pública – conduz seus esclarecimentos, se há algum viés empregatício nas suas ponderações e se de fato, a sua presença promove melhor condição para decisões mais ponderadas e reflexivas.

Sugere - se assim, novos estudos para uma análise mais aprofundada da temática.

b) Julgamento Ponderado Interno

O julgamento ponderado não exige simplesmente que os cidadãos aprendam mais 'fatos' sobre o tema em questão, embora tal conhecimento técnico seja crucial. Também exige que eles apreciem os pontos de vista de outros cidadãos com perspectivas e experiências sociais bem diferentes (SMITH, 2009).

A partir disso, presume-se que o processo de tomada de decisão seja orientado pelo princípio do bem comum (COHEN, 1999) e pautado na ideia do consenso, à luz do melhor argumento, de modo que a legitimidade do processo deliberativo está ligada, entre outras coisas, às justificativas apresentadas em público pelos atores em debate (FARIAS *et al.*, 2012).

Para Manin (1987) a legitimidade das decisões se dá no próprio processo de discussão e debate que as forma. Em outras palavras: a deliberação - o debate entre diferentes propostas - é o critério que legitima as decisões tomadas.

Desta forma, o indicador 3.2.1 buscou analisar como de davam as decisões dentro do conselho - se ocorriam debates, e estavam registrados em ata e se havia formação de consenso (aqui assumido como unanimidade) após o debate. Foi pensada uma escala onde o valor máximo atingido ocorria quando houvesse debate registrado, acima de três posicionamentos sobre o tema e, votação por unanimidade. Como dentro de uma mesma reunião, várias decisões são tomadas, considerou-se para efeito de cálculo a decisão que atingiu a maior pontuação.

A pontuação no indicador 3.2.1, descrita na Tabela 31 revela uma produção mediana de decisões debatidas e consensuais em Curitiba e Porto Alegre. Estes conselhos atingiram médias 6,45 e 6,64 em 2016, respectivamente, e 7,68 e 7,29, em 2017, num máximo de 12,5 a ser atingido. Já Porto Alegre apresentou em 2016 uma pontuação de 3,55 e 4,60 em 2017.

Além disso, analisando a natureza da decisão, observou-se que Curitiba, num total de 29 atas analisadas nos dois anos, apresentou sete que descreviam decisões sem debate prévio e oito com debates e decisões consensuais. Porto Alegre, num total de 44 atas nos dois anos, apresentou 15 sem debate registrado e somente duas com decisões consensuais pós-debate. No entanto, a sua pontuação se justifica pela pontuação advinda de atas que descreviam debates, mas em que as decisões não eram consensuais. Já Belo Horizonte, num total de 24 atas, apresentou sete com decisões sem debate registrado e três com consenso. A sua nota, no entanto, se deu em razão da pontuação advinda de debates registrados, mas não contabilizavam os votos da decisão, apenas mencionavam “aprovada”.

Desta forma, ainda se percebe decisões tomadas que parecem apenas cumprir as formalidades de aprovação, pois são temas muito pouco deliberados em suas reuniões. No entanto, ao se analisar a produção do controle popular e a participação dos conselhos nos instrumentos de gestão do SUS observou-se um amplo debate de determinados temas e instrumentos, o que de certa forma pactua com os resultados encontrados na análise da formação de consensos que descreve que mesmo a votação não tenha alcançado a unanimidade, houve um debate de ideias e posicionamentos sobre o tema.

Os indicadores sugeridos seriam apenas algumas das variáveis que teriam algum tipo de impacto na condição para a produção de qualidade deliberativa dos conselhos, mas há de se olhar para a miríade de outros elementos que podem influir no processo, como o tipo de partido político e/ou coalizão da gestão (WAMPLER; AVRITZER, 2004), o perfil associativo ou sua densidade associativa dos municípios (AVRITZER, 2002; PUTNAM, 2002) - e é claro, o desenho institucional (FUNG, 2004b; LÜCHMANN, 2002; TATAGIBA, 2004), que regula questões como tempo de fala, réplicas e tréplicas, por exemplo.

Para que uma institucionalidade democrática seja conduzida por um caráter deliberativo é fundamental que todos os participantes tenham igual possibilidade de formular, apresentar e defender propostas. Mais do que isso, de que as propostas por eles apresentadas precisam ser fundamentadas em razões que todos os participantes poderiam considerar como possíveis de serem aceitas (MOREIRA, 2016) na busca do consenso.

Apesar de a dimensão do julgamento ponderado ter tido o desempenho mais equilibrado entre os conselhos e atingindo pontuações máximas especialmente no que tange à busca pela diminuição da assimetria de informações, analisando-se os dois anos observa-se lacunas ainda a serem investigadas em relação ao processo decisório e como os representantes votam.

Decisões tomadas sem debates, ou, ainda, pareceres não questionados e até mesmo o não registro dos debates em atas precisam ser melhores analisados à luz de outras metodologias.

4.5A PRODUÇÃO DA TRANSPARÊNCIA PELOS CONSELHOS DE SAÚDE

Para Smith (2009), a transparência de uma institucionalidade participativa pode ser analisada sob duas perspectivas: a) como a institucionalidade é transparente com seus participantes e informa quais são as regras do jogo ao qual serão submetidos (transparência interna); e b) como ela transmite para a sociedade suas decisões, posicionamentos e atividades (transparência externa).

Assim, a dimensão da transparência foi analisada com base na forma como os conselhos executam a publicização das suas atividades e ações, e, ainda, se eles informam seus participantes acerca de seu funcionamento.

A Tabela 40 traduz a produção da transparência pelos conselhos no ano de 2016 e a Tabela 41, no ano de 2017.

TABELA 40 – PRODUÇÃO DA TRANSPARÊNCIA PELOS CONSELHOS DE SAÚDE EM 2016

TRANSPARÊNCIA 2016			
	EXTERNA	INTERNA	TOTAL
CURITIBA	7,812	6,25	14,062
BH	9,375	6,25	15,625
POA	7,509	6,25	13,759

Fonte: Elaborada pela autora

TABELA 41 – PRODUÇÃO DA TRANSPARÊNCIA PELOS CONSELHOS DE SAÚDE EM 2017

TRANSPARÊNCIA 2017			
	EXTERNA	INTERNA	TOTAL
CURITIBA	7,812	6,25	14,062
BH	9,375	6,25	15,625
POA	7,509	6,25	13,759

Fonte: Elaborada pela autora

Analisadas as Tabelas 40 e 41, observa-se que não houve variações entre os dois anos, isso se deu porque a análise da transparência foi realizada pela observação dos *sites* dos conselhos e de seus regimentos internos. Como a coleta e sistematização dos dados ocorreu em 2018, a observação do *site* só foi realizada neste tempo, portanto, limitada à investigação dos eventos publicados em 2018, referentes aos anos analisados. A seguir, discutiremos cada subdimensão em separado.

a) Transparência Externa

O acesso à informação é um direito garantido pela Constituição brasileira (os artigos 5º, inciso XXXIII, 37, § 3º, inciso II, e 216, § 2º) (BRASIL, 1988) e regulamentado pela Lei n. 12.527, de 2011, a Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011). A efetivação

do direito do acesso à informação requer que os atores públicos divulguem e deem transparência às informações que estão sob sua posse.

Na saúde mais especificamente, o direito à informação está regulamentado desde as leis orgânicas do SUS, que estabelece o direito à informação do seu estado de saúde aos cidadãos e dos serviços ofertados pelo SUS. Além disso, a Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017, que versa sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, estabelece no seu artigo n. 8 que

Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação. § 1º O direito previsto no caput deste artigo, inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados: I - o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e sobre o SUS II - **os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS** [...] (BRASIL, 2017 grifo nosso).

As dificuldades de acesso às informações foi um dos elementos mais difíceis nesta pesquisa, a ponto de se ter que utilizar a Lei de Acesso à informação para solicitar informações a uma institucionalidade que, em razão de toda a sua trajetória histórica, deveria estar apta e aberta ao escrutínio público.

A análise do indicador 4.1.1 em sua variável A inferiu se existia um *site* para o conselho de saúde e como ele poderia ser encontrado no portal da prefeitura, a nota máxima seria alcançada se esta página estivesse visível ou de fácil acesso na página principal da prefeitura. Todos os três conselhos possuíam um *site*, no entanto, estes estavam disponibilizados na página de secretaria de saúde.

A pesquisa realizada prévia a aplicação dos indicadores verificou importantes lacunas no que tange à publicização dos conselhos. Analisando a publicização dos conselhos municipais de saúde das capitais federativas brasileiras, observou-se que 37% dos conselhos municipais de saúde analisados não possuíam *sites* nos portais da prefeitura, e, dos que possuíam *sites* (n=17), cinco publicavam somente informações gerais, como localização, horário de atendimento e legislações sobre o controle social.

Desta forma, o indicador 4.1.1 variável B averiguou que conteúdo os *sites* disponibilizavam, analisando a publicação de pautas, atas, regimento interno, instrumentos de gestão do SUS e, ainda, uma ferramenta “Fale Conosco”. Curitiba alcançou a nota máxima neste indicador: 3,125; Porto Alegre somente não publicizava

as pautas das reuniões, alcançando 2,82; e Belo Horizonte não divulgava as pautas, e no *site* não havia, de forma clara, uma seção “Fale Conosco”/“Entre em Contato” e, sim, uma seção de assessoria de comunicação e/ou secretaria executiva, o que não deixa claro a função destes espaços, atingindo, assim, 1,562.

A portaria do MS/GM n. 1802/2009, consolidada agora na Portaria n. 01, de setembro de 2017, orienta que os conselhos de saúde deverão informar à população sobre

I - formas de participação; II - composição do conselho de saúde; III - regimento interno dos conselhos; IV - Conferências de Saúde; V - data, local e pauta das reuniões; e VI - deliberações e ações desencadeadas.

§ 6º O direito previsto no caput desse artigo inclui a participação de conselhos e conferências de saúde, o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS.

Apesar de os conselhos analisados por esta pesquisa apresentarem as informações requeridas pelo indicador, há de se buscar mais estudos no que tange à qualidade das informações prestadas. Ausência de atas, resoluções e recomendações, e ainda, transcrições com problemas foram alguns dos elementos encontrados por esta pesquisa.

Como foi apresentado anteriormente, ações externas ao conselho podem gerar constrangimentos à publicização de suas ações. Mesmo que a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde afirme a necessidade de os gestores garantirem a autonomia administrativa para o pleno funcionamento do conselho de saúde no que concerne à dotação orçamentária, autonomia financeira e secretaria executiva, com a necessária infraestrutura e apoio técnico, este apoio também passa pela necessidade de se viabilizarem canais de informações entre estes espaços e o público que representam.

b) Transparência Interna

Compreender o funcionamento dos conselhos torna-se relevante ao exercício da participação, pois, à medida que se conhecem as regras do jogo, sabe-se como se jogar.

A análise da transparência interna inferiu se os regimentos internos dos conselhos estabeleciam as regras para o funcionamento dos conselhos e das

reuniões do pleno tomando como referência o regimento para o Conselho Nacional de Saúde.

O indicador 4.2.1 inferiu se no regimento interno e nas reuniões do pleno haviam informações acerca do funcionamento das reuniões plenárias. A nota máxima era atingida quando as orientações acerca do funcionamento das reuniões atingiam 50% das reuniões. Observou-se que todos os conselhos possuíam informações sobre o funcionamento das reuniões em seus regimentos, porém, ao se analisar a ocorrência de informações sobre as regras das reuniões nas atas das reuniões, observou-se um pequeno número. Desta forma, todos os conselhos atingiram a pontuação 3,125. Isto muitas vezes pode ser um elemento de restrição à participação dos representantes, já que a ausência de informações prestadas durante a reunião pode incidir na qualidade da participação dos usuários e uma redução da transparência interna, como observado.

A análise do indicador 4.2.2 verificou se os regimentos internos informavam aos seus participantes sobre o funcionamento deles com base na resolução n. 453/2012 do CNS. Assim, foram observadas as informações prestadas acerca da: a) presença de orientações da secretaria executiva; b) reunião mensal; c) material entregue dez dias antes da reunião ordinária para conselheiros; d) orientações sobre as funções mesa diretora; e) orientações sobre a natureza das decisões, explicando o que seria quórum qualificado.

O desempenho dos três conselhos foi mediano, atingindo 3,125 de uma nota máxima de 6,25. A informação que destoava em todos os conselhos era a entrega do material prévio à reunião ordinária, que, para Curitiba, data de três dias antes, Belo Horizonte dois e em Porto Alegre não há menção de prazo em regimento. A orientação do CNS é que seja entregue dez dias antes da reunião. Isto de certa forma interfere também na possibilidade de se fazer julgamentos mais ponderados e ainda de ampliar o controle popular, pois se documentos complexos como o Relatório Anual de Gestão, chegam somente dois dias antes do pleno, há de se supor que dificuldades de leitura a apreensão em documento.

Outra informação que não apareceu completa nos regimentos foi acerca da natureza do quórum para as decisões. Curitiba informa apenas o quorum para alteração de regimento e os outros não. E a Resolução nº 453/2012 menciona três tipos de quórum possíveis no plenário.

Muitos estudos referem falta de clareza por parte dos conselheiros acerca do funcionamento dos conselhos (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009; BATISTA *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2011; FARIAS *et al.*, 2014; PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014; BIANCHI; NICOLAU, 2017). Embora as funções dos conselhos estejam explicitadas em lei e confirmadas nos seus Regimentos Internos, na prática, percebe-se que os papéis consultivo, deliberativo e fiscalizador se confundem no entendimento de seus conselheiros (PRESOTO; WESTPHAL, 2005).

A transparência dos conselhos em seus dois aspectos, externo e interno, apresentou lacunas a serem analisadas por outras metodologias, no entanto, a forma de publicização dos conselhos é um fato que precisa de ações terminantes para que se faça cumprir não só as legislações vigentes, mas o direito fundamental de acesso à informação. Sem informação, não há processo democrático.

De certa forma os quatro bens democráticos essenciais (SMITH, 2009) não se constituem em efeitos ou produtos independentes, mas são de certa maneira entrelaçados entre si e até interdependentes. Sem transparência como efeito, a produção de julgamento podenrado fica afetada. Sem inclusão - não há controle popular e, como uma engrenagem que se movimenta de forma conjunta, a ausência de um bem, dificulta a realização de outro e o todo da participação nas inovações democráticas fica fragilizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conselhos de saúde inauguraram e serviram de modelo para a prática participativa no Brasil. A busca pela participação da sociedade na política de saúde, que desde a 8ª Conferência de Saúde desencadeou mobilizações sociais, permitiu que os conselhos e as conferências se tornassem o lócus de participação na política de saúde. Isto colocou os conselhos como uma importante inovação democrática na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro (GERSCHMAN, 2004; BISPO JR, 2015).

Os conselhos congregam milhares de participantes investidos de representantes da sociedade civil, trabalhadores da saúde, prestadores de serviço e gestores, que discutem os rumos mais adequados para o SUS.

No entanto, estudos demonstram avanços e entraves à efetivação da diretriz constitucional da participação da sociedade na política de saúde. Cada conselho de saúde está inserido em uma tecelagem local de elementos internos e externos que podem influir no seu desempenho enquanto espaço de partilha de poder. Questões como cultura política local, grau de mobilização social, disposição das autoridades locais para partilhar o poder geram conselhos com experiências participativas transformadoras e conselhos com participações inócuas (BISPO JR, 2015)

Estas variáveis e as diversas correntes teóricas sobre democracia, os diversos entendimentos do que seria participação e que efeitos ela deveria gerar imputam aos estudos desafios metodológicos.

Com isso, este trabalho se propôs, a partir da metodologia de tradução empírica de Corbeta (2007) e do quadro analítico desenvolvido por Smith (2009), analisar como a participação têm sido realizada nos conselhos de saúde por meio de indicadores que aferissem de que forma a inclusão, o controle popular, julgamento ponderado e a transparência têm sido realizados pelos conselho.

Desta forma, três conselhos de saúde das cidades de Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre foram analisados. Em síntese, observou-se uma maior participação com base na produção destes bens no conselho de Curitiba, seguido por Porto Alegre e depois Belo Horizonte.

Os dados apontaram que a inclusão, dentre os elementos essenciais à democracia e também dimensão da participação, ainda apresenta as maiores lacunas. O estudo demonstrou fragilidades na representação das minorias sociais e/ou grupo de vulneráveis, dificuldades em relação à presença dos usuários nas reuniões do conselho e na vocalização das demandas dos usuários nestes espaços.

Os resultados apontaram para um desempenho próximo do máximo esperado na produção do bem democrático do controle popular no conselho de Curitiba, no ano de 2017. E, nos outros conselhos, uma atuação máxima no que se refere ao comportamento na análise do Relatório Anual de Gestão. A dimensão de controle popular atingiu estes resultados porque os conselhos de saúde atuaram de forma ativa e por meio de debates, sugestões e reprovações dos instrumentos de gestão do SUS. No entanto, os instrumentos de gestão do SUS são responsabilidade objetiva dos conselhos e, apesar do desempenho apresentado nas pontuações, a pesquisa inferiu também insatisfações de conselheiros quanto à forma como a gestão prestava contas ao conselho.

Já o julgamento ponderado foi um bem democrático que teve uma distribuição equitativa entre os conselhos analisados, de forma que os três conselhos e seus regimentos mostraram preocupação com a busca de qualificação técnica dos seus conselheiros, seja por meio de capacitações ou uso de comissões técnicas e, ainda, técnicos nas reuniões do pleno. No entanto, ao se analisar o elemento de tomada de decisão, observamos muitas decisões tomadas sem debate ou, ainda, decisões sem a votação registrada, o que dificultava a análise de consensos e dissensos formados dentro do conselho.

A transparência dos conselhos, no que concerne à publicização dos conselhos e seus atos, apresentou lacunas não só na disponibilização dos documentos, como também na forma de registro. As dificuldades em relação à transparência afetaram todas as demais dimensões, na medida em que afetavam os indicadores. Em relação à transparência interna, observou-se os regimentos regendo os conselhos, mas nem todos em conformidade com as orientações do Conselho Nacional de Saúde, especialmente no que tange ao tempo de entrega dos materiais prévios à reunião do pleno.

Comparando-se a produção de bens democráticos em um mesmo conselho em dois anos seguidos, observou-se alterações nos resultados. O conselho de saúde

de Curitiba e Porto Alegre aumentaram as pontuações gerais e Belo Horizonte diminuiu. Da mesma forma, estas variações foram encontradas ao se comparar as dimensões de um ano para o outro.

Com isso, observou-se que a participação – quando analisada por meio da produção dos bens democráticos – pode ser ampliada ou reduzida com base nos desempenhos nos indicadores. E estes, por sua vez, estão condicionados a situações externas, dinâmicas internas e desenho institucional.

Não se negam os avanços inerentes à consolidação dos conselhos de saúde como espaços para participação da sociedade, haja vista os resultados positivos encontrados nos termos que foram sendo normatizados à medida que o SUS avançava como política pública. Não obstante, os resultados encontrados reiteram a necessidade de se discutir os percursos e as dinâmicas que precisam ser alteradas, diante de questões das lacunas encontradas como a questão da representatividade nestes espaços; a presença do gestor e a ausência do usuário; as decisões do pleno não vinculativas à política de saúde; dificuldades no transparência externa; a necessidade de vitalização dos movimentos sociais nesses espaços ou, ainda, a burocratização dos conselhos.

Por fim, vale ressaltar que as conclusões aqui apresentadas traduzem a produção de bens democráticos dos três conselhos de saúde analisados e o recorte realizado. Diante disso, outros estudos que utilizem o mesmo referencial teórico e metodologia descrita, não sendo conselhos de saúde, deverão levar em consideração as competências esperadas pelos conselhos, suas normatizações e regulamentos.

REFERÊNCIAS

- ABELSON, J.; GAUVIN, F. **Assessing the impact of public participation: concepts, evidence, and policy implications**. Hamilton, Canadá: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, 2006.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, D. R. Metamorfose da representação política: lições práticas dos conselhos municipais de saúde no Brasil. *In*: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 129-174.
- ALMEIDA, A. Sobre a estimação de efeitos causais: uma nota metodológica com aplicações à pesquisa sobre os efeitos das instituições participativas. *In*: PIRES, R. R. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. v. 7, p. 323-345.
- ALMEIDA, D. C. R.; CUNHA, E. S. M. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. *In*: PIRES, R. R. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. v. 7, p. 109-124.
- ALMEIDA, D. R. Pluralização da representação política e legitimidade democrática: lições das instituições participativas no Brasil. **Opin. Publica**, Campinas, v. 20, n. 1, p. 96-117, abr. 2014
- ALMEIDA, C.; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 68-92, mar. 2012.
- ALMEIDA, C.; CAYRES, D.; TATAGIBA, L. Balanço dos estudos sobre os conselhos de políticas públicas na última década. **Lua Nova**, São Paulo, n. 94, p. 255-294, abr. 2015.
- ARENDT, H. **Lectures on Kant's Political Philosophy**. Chicago: University of Chicago Press, 1982.
- AVRITZER, L. **Teoria democrática e deliberação pública**. Lua Nova, São Paulo, n. 50, p. 25-46, 2000.

AVRITZER, L. **Democracy and the public space in Latin America**. Princeton: Princeton University Press, 2002.

AVRITZER, L. **Cooperação técnica para o desenvolvimento de Sistema de Monitoramento da Política Estadual de Assistência Social**. Relatório de Projeto. Departamento de Ciência Política. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005.

AVRITZER, L. Ação, fundação e autoridade em Hannah Arendt. **Lua Nova**, São Paulo, n. 68. 2006a p. 147-167.

AVRITZER, L. New public spheres in Brazil. **International Journal of Urban Regional Research**, Wiley Blackwell, v. 30, n. 3, p. 623-637, Sept. 2006b.

AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 50, p. 443-464, 2007.

AVRITZER, L. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. *In*: AVRITZER, L. (Org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 27-54.

AVRITZER, L. **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

AVRITZER, L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. *In*: PIRES, R. R. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. v. 7. p. 13-28.

AVRITZER, L.; NAVARRO, Z. (ed.). **A inovação democrática no Brasil: o orçamento participativo**. São Paulo: Cortez, 2003. 335 p.

BARRETO, D. S. Pesquisa de informações básicas municipais (MUNIC): instrumento para avaliação de instituições participativas locais. *In*: PIRES, R. R. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. v. 7, p. 211-224.

BAPTISTA, G. C; STANCKZYK, L.; OLIVEIRA, K. C. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: 25 anos de realizações no exercício do controle social do SUS. 1.

ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. Disponível em:
https://issuu.com/conselhodesaudepoa/docs/livro_digital_25_anos_cms_web.
Acesso: 2 jan. 2019.

BATISTA, A. A.; MUNIZ, J. N.; FERREIRA NETO, J. A.; COTTA, R. M. M. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v.19, n. 4, p. 784-793, out./dez. 2010.

BATISTA, R.; MOREIRA, M. R. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1409-1420, 2016.

BAUM, C.; DI MAIO, A. **Gartners four phases of e-government model**. 2000. Disponível em: <http://www.gartner.com/DisplayDocument?id=317292>. Acesso em: 2 jan. 2019.

BEIERLE, T. C.; CAYFORD, J. Democracy in practice: Public participation in environmental decisions. **Resources for the Future**, Washington, DC, 2002.

BEETHAM, D. **Democracy and Human Rights**. Cambridge: Polity, 1999.

BENEVIDES, M. V. **A cidadania ativa**. São Paulo: Editora Ática, 1991

BIANCHI, P. C.; NICOLAU, S. M. Trajetórias de conselheiros de saúde: refletindo sobre cultura política e participação popular. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 53-66, 2017.

BISPO JUNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 23, n. 6, 2008.

BISPO JUNIOR, J. P. **Participação em Saúde: avanços e entraves na democratização do poder político**. Salvador BA: Ed. EDUFBA. 2015. 202p.

BISPO JUNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 183-193, jan. 2015.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

BOHMAN, J. **Public deliberation: pluralism, complexity and democracy**. Massachusetts: MIT press, 2000.

BRAGA, A. L. C. **Governança democrática no Conselho Municipal da Cidade de Curitiba**: presença de voz dos atores sociais. 2015. 197 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Curitiba, 2015.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 128, 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990a.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 128, 249, p. 25694- 25695, 31 dez. 1990(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 fev. 2006.

BRASIL. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília. 2009

BRASIL. **Balanco de Governo 2003-2010**. 2010. Livro 6. Capítulo 3: Democracia e Diálogo. Disponível em: http://www.secom.gov.br/sobre-a-secom/publicacoes/arquivos-privados/balanco-de-governo-2003-2010/livro-6/6.3-participacao-social/at_download/file 2010. Acesso em: 10 jul. 2014.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 18 dez. 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 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. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 16 jan. 2012a.

BRASIL. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 575, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da 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). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 15 jan. 2018. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso554.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html. Acesso em: 14 dez. 2018.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Popular participation in a local health council: limits and potentials. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, 2015

CANELA, G.; NASCIMENTO, S. (coord). **Acesso à informação e controle social das políticas públicas**. Brasília, DF: ANDI; Artigo 19, 2009.

CARNEIRO, Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 277-292, mar./abr. 2002.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase; Ibam, 1995.

CARVALHO, G. C. M. **Participação da Comunidade na Saúde**. 2ªed. Campinas SP: Ed. Saberes, 2014. 253p.

CASSEPP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. *In*: PASQUALI, Luiz (org.). **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 506-520.

CASTIGLIONE, D.; WARREN, M. E. **Rethinking democratic representation**: eight theoretical issues. Paper presented at the Rethinking Democratic Representation Workshop University of British Columbia, 2006.

CHAUÍ, M. **Cultura e Democracia**. 7. ed. Cortez, São Paulo. 1997.

CINI, L. **Between participation and deliberation**: toward a new standard for assessing democracy? *In*: PAVIA GRADUATE CONFERENCE IN POLITICAL PHILOSOPHY, 9., 2011, Pavia. **Annals** [...]. Pavia: Faculty of Political Science of the University of Pavia, Jul. 2011. p. 4-6.

CEBES. A questão democrática da área da saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 9, jan./fev./mar. 1980.

COELHO, V. S. Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? *In*: COELHO, V. S, NOBRE, M. (orgs.). **Participação e Deliberação**: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo. São Paulo: Ed. 34, 2004.

COELHO, V. S. Democratization of Brazilian health councils: the paradox of bringing the other side into the tent. **International Journal of Urban and Regional Research**, v. 30, n. 3, p. 656-671, 2006.

COELHO, V. S. *et al.* Participation and mobilization: a win-win game? *In*: COELHO, V.; LIERES, B. **Mobilizing for democracy**: citizen involvement and the politics of public participation. Londres: Zed Books, 2010. p.123-156.

COELHO, V. S. Uma metodologia para a análise comparativa de processos participativos: pluralidade, deliberação, redes e política de saúde. *In*: PIRES, R. R. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011. v. 7. p. 279-286.

COHEN, J. Deliberation and democratic legitimacy. *In*: BOHMAN, J.; REHG, W. (ed.). **Deliberative democracy**: essays on reason and politics. Cambridge: MIT Press, 1997. p. 67-92.

COHEN, J.; ROGERS, J. Power and reason. *In*: FUNG, A.; WRIGHT, E. O. **Deepening democracy**: institutional innovations in empowered participatory governance. London; New York: Verso, 2003. p. 237-255.

COHEN, J.; FUNG, A. Radical democracy. **Swiss Journal of Political Science**, v. 10, n. 4, p. 26-46, 2004.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, São Paulo, v. 19, p. 123-140, nov.1989.

COLUCI, M., Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 3 p.925-936, 2015.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, ago. 2010.

COTTA, R. M. M. *et al.* O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1138, 2011.

CORBETTA. **Piergiorgio. Metodología y técnicas de investigación social**. Edición revisada. Madrid: McGraw Hill, 2007.

CORTES, S. V. As diferentes instituições participativas existentes nos municípios brasileiros. *In*: PIRES, R. R. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. IPEA, Brasília, 7, 137-150. 2011.

CÔRTEZ, S. V. et al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societários. In: CÔRTEZ, S. V. (Org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CORNWALL, A. **Democratising engagement**: what the UK can learn from international experience. Londres: Demos, 2008.

CORNWALL, A.; COELHO, V. S. (org.). **Spaces for change? The politics of participation in new democratic arenas**. Londres: Zed Books, 2007.

CORNWALL, A; SHANKLAND, A. Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system. *Soc Sci Med*. May, v. 66, n. 10, p. 2173-2184, 2008.

CREMONESE, D. A participação como pressuposto da democracia. **Desenvolvimento em Questão**, v. 10, n. 19, p. 78-102, jan./abr. 2012.

CUNHA, E. S. M. **Aprofundando a democracia**: o potencial dos conselhos de políticas e orçamentos participativos. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Departamento de Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CUNHA, Eleonora S. M. A Efetividade Deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde e da Criança e Adolescente no Nordeste, *In*: AVRITZER, L. (org.), *A Participação Social no Nordeste*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. p. 135-162.

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

CUNHA, E. S. M. *et al.* Uma estratégia multidimensional de avaliação dos conselhos de políticas: dinâmica deliberativa, desenho institucional e fatores exógenos. *In*: PIRES, R., R. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA. 2011. p. 297-322.

DAHL, R. **Sobre a democracia**. Brasília: UnB, 2001.

DRYZEK, J. S. Democratization as deliberative capacity building. **Comparative Political Studies**, v. 42, p. 1379-1402, 2009.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 126-137, May 2012.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. 512p.

ELSTER, J. **Democracia Deliberativa**. Cambridge University Press: Cambridge, 1998.

EVANS, M. **Social participation in holistic perspective**: Lessons from Europe. Canberra: AnzsoG Institute for Governance, 2012.

FARIA, C. F. O estado em movimento: complexidade social e participação política no Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado Ciência Política) – Departamento de Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

FARIA, C. F. Sobre os determinantes das políticas participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos conselhos municipais da saúde e de direitos da criança e do adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, L. **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: UFMG, 2007. p. 111-133.

FARIA, C. F.; RIBEIRO, U. C. Desenho institucional: variáveis relevantes e seus efeitos sobre o processo participativo. In: PIRES, R. R. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011. v. 7, p. 125-136.

FARIA, C. F. *et al.* **Conferências locais, distritais e municipais de saúde**: mudança de escala e formação de um sistema participativo, representativo e deliberativo de políticas públicas. Texto para discussão n. 1727. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

FARIAS FILHO, M. C.; SILVA, A. N.; MATHIS, A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1911-1919, jun. 2014.

FERNANDES, V. C.; SPAGNUOLO, R. S.; NASCIMENTO, E. N. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 218-228, mar. 2017.

FONSECA, I. F. Relações de poder e especificidades do contexto em fóruns participativos. In: PIRES, R. R. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. v. 7, p. 159-170.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; RIBEIRO, E. A. Cultura política e desigualdade: o caso dos conselhos municipais de Curitiba. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 21, p. 125-145, 2003.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 60, p. 67-81, 2006.

FUNG, A; WRIGHT, E. O. Thinking about Empowered Participatory Governance. In: FUNG, A; WRIGHT, E. O. (ed.). **Deepening democracy: institutional innovation in empowered participatory governance**. London: Verso, 2003.

FUNG, A. Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais e suas conseqüências. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: 34 Letras, 2004a.

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

GARSTEN, B. Representative government and popular sovereignty. In: SHAPIRO, I. *et al.* (Ed.). **Political Representation**. New York: Cambridge University Press, 2009. p. 90-111.

GAVENTA, J. **Triumph, deficit or contestation? Deepening the deepening democracy debate**. Londres: Institute of Development Studies, 2006. (IDS Working Paper, n. 264).

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, Dec. 2004.

GOHN, M. G. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. **Revista Cadernos Metrópole**, 7, n. especial, p. 9-31. 2002. Disponível em: <http://www.cadernosmetropole.net/>. Acesso em: 24 jul. 2017.

GONCALVES, A. O.; GONCALVES, R. S.; TAVARES, A. L. O olhar dos conselheiros de saúde sobre os relatórios de prestação de contas no município de Natal (Rio Grande do Norte), Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 659-672, Set. 2011

GOODIN, R. E. Enfranchising All Affected Interests, and Its Alternatives. **Philosophy and Public Affairs**, 35, p. 40-68, 2007.

GOODIN, R. E. **Innovating democracy**: democratic theory and practice after the deliberative turn. Oxford: Oxford University, 2008.

GUIZARDI, F. L., PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, maio 2010.

HABERMAS, J. **The theory of communicative action**. Beacon Press: Boston, 1984.

HABERMAS, J. Further reflections on the public sphere. *In*: CALHOUN, C. (ed.). **Habermas and the Public Sphere**. Cambridge: MIT Press, 1992.

HABERMAS, J. Três modelos normativos de democracia. **Lua Nova**, São Paulo, n. 36, 1995.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos municípios brasileiros 2009**. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/.../perfilmunic/2009/munic2009.pdf. Acesso em: 9 nov. 2018.

IBGE. **Coordenação de População e Indicadores Sociais**: perfil dos municípios brasileiros 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

ISAAC, T.; HELLER, P. Democracy and development: decentralized planning in Kerala. In: FUNG, A.; WRIGHT, E. O. (ed.). **Deepening democracy**: institutional innovations in empowered participatory governance. London; New York: Verso, 2003. p. 77-110.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Brasil**: o estado de uma nação. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão/Ipea, 2005. Disponível em: <http://en.ipea.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2009.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores Sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações. 5. ed., Campinas: Alínea, , 2012. 160p.

JURBERG, C.; OLIVEIRA, E. M.; OLIVEIRA, E. S. G. Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4513-4523, nov. 2014.

KEZH, N. H. P.; BOGUS, C. M.; MARTINS, C. L. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. **Saude soc.**, São Paulo. v. 25, n. 4, p. 950-963, dez. 2016.

KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 556-567, jun. 2015.

KOHLER, J. C.; MARTINEZ, M. G. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? **International Journal for Equity in Health**The official journal of the International Society for Equity in Health, 19, p. 12-21, 2015.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S., LOBATO, L. V. C. (org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

LANDERDHAL, M. C. *et al.* Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, ago. 2010.

LAVALLE, A. G.; HOUTZAGER, P.; CASTELLO, G. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. **Lua Nova, Revista de Cultura e Política**, v. 67, n. 67, p. 49-103, 2006.

LAVALLE, A. G. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: PIRES, R. R. (org). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. IPEA, Brasília, 2011a. v. 7. p. 33-43.

LAVALLE, A. G. Após a participação: Nota Introdutória. **Lua Nova**, São Paulo, n. 84, p. 13-23, 2011b.

LAVALLE, A. G.; VOIGT, J.; SERAFIM, L. O que Fazem os Conselhos e Quando o Fazem? Padrões Decisórios e o Debate dos Efeitos das Instituições Participativas. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 609-650, set. 2016.

LENITA, Á.; WENDHAUSEN, P. Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 80, n. 6, p. 697-704, dez. 2006.

LEVITSKY, S.; HELMKE, G. **Informal institutions and democracy: lessons from Latin America**. Baltimore: John Hopkins University Press, 2006.

LIJPHART, A. Unequal Participation: Democracy's Unresolved Dilemma. **American Political Science Review**, v. 91, n. 1, p. 1-14, Mar. 1997.

LINDBLOM, C. E. The Science of "Muddling Through". **Public Administration Review**, v. 19, n. 2, p. 79-88, 1959.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

LOSEKANN, C. A esfera habermasiana, seus princípios críticos e as possibilidades do uso deste conceito no contexto brasileiro. **Pensamento Plural**, Pelotas, v. 4, p. 37-57, jan./jun. 2009.

LOWNDES, V.; WILSON, D. Social Capital and Local Governance: Exploring the Institutional Design Variable. **Political Studies**, 49, p. 629-647, 2001.

LUBENOW, J. A. Esfera pública e democracia deliberativa em Habermas. Modelo teórico e discursos críticos. **Kriterion**, Belo Horizonte, v. 51, n. 121, jun. 2010.

LÜCHMANN, L. H. H. Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional. **Revista de Ciências Sociais da Unisinos**, São Leopoldo, v. 38, n. 161, p. 43-79, jul./dez. 2002.

LÜCHMANN, L. H. H. Os sentidos e desafios da participação. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 42, n. 1, p. 19-26, jan./abr. 2006.

LÜCHMANN, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, Rio de Janeiro, n. 70, p. 139-170, 2007.

LÜCHMANN, L. H. H. Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. **Cad. CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, p. 87-97, apr. 2008

MACHADO, J. A.; LUCAS, S. D. Análise das resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte no período de 1991 a 2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2401-2411, ago. 2013.

MACPHERSON, C. B. **A democracia liberal**: origens e evolução. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MANIN, B. **On Legitimacy and Political Deliberation**. *Political Theory*, Beverly Hills, v. 15, n. 3, p. 388-368, 1987.

MANSBRIDGE, J. Deliberative democracy or democratic deliberation? In: ROSENBERG, S. W. (Ed.). *Deliberation, participation and democracy: can the people govern?* New York: Palgrave Macmillan, 2007. p. 251- 271.

MAIA, T. M. C. *Por uma Administração Pública Democrática: além da Administração Pública gerencial, a Administração Pública societal*. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. 2009.

MARTINS, G. A. Sobre Validade e Confiabilidade. **RBGN**. São Paulo, v. 8 n. 20 p. 1-12. 2006.

MELVILLE, K.; WILLINGHAM, T. L.; DEDRICK, J. R. National issues forums: a network of communities promoting public deliberation. In: GASTIL, J.; LEVINE, P. (ed.). **The deliberative democracy handbook**: strategies for effective civic

engagement in the twenty-first century. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2005. p. 37-58.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, R. F. Teoria Crítica e democracia deliberativa: diálogos instáveis. **Opin. Pública**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 49-64, jun. 2013

MILL, J. S. Considerações sobre o governo representativo. São Paulo: IBRASA, 1964.

MONTEIRO, M. G. & FLEURY, S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. **Saúde em Debate**, 30(73/74): 219-233, 2006

MONTEIRO, L. M.; MOURA, J. T. V.; LACERDA, A. D. F. Teorias da democracia e a prática política e social brasileira: limites e possibilidades. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 17, n. 38, p. 156-191, abr. 2015.

MORAES, I. H. S. *et al.* Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 879-888, jun. 2009.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, jun. 2009.

MOREIRA, M. R. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 25-38, dez. 2016.

MORGAN, B. S *et al.* Conselhos de saúde: perfil dos usuários e das entidades por eles representadas. **Rev. Min. Enferm.**, v. 4, n. 3, p. 417-423, jul./set., 2010.

NEWMAN, J. *et al.* Public participation and collaborative governance. **Journal of Social Policy, in press**, v. 33, n. 2, p. 203-223, Apr. 2004.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, ago. 2010.

OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

PAIVA, F., STRALEN, C. J. V.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 487-498, Feb. 2014.

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

PATTIE, C.; SEYD, P.; WHITELEY, P. **Citizenship in Britain: Values, Participation and Democracy**. Cambridge University Press. 2005.

PEREIRA, B. A. D; LOBLER. M. L.; SIMONETTO, E. O. Análise dos modelos de tomada de decisão sob o enfoque cognitivo. **Rev. Adm. UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 260-268, maio/ago. 2010.

PEREIRA, R. M. *et al.* Conselhos gestores de políticas públicas: relações entre estado e sociedade civil no contexto local. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 5, n. 1, p. 29-40, jan./jun. 2016

PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, fev. 2001.

PHILLIPS, A. **Engendering Democracy**. Cambridge: Polity. The Politics of Presence. Oxford University Press. 1995.

PIRES, R. C. C.; VAZ, A. C. N. Participação faz diferença? Uma avaliação das características e efeitos da institucionalização da participação nos municípios brasileiros. *In*: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 253-304.

PIRES, R. R. C. *et al.* Em busca de uma síntese: ambições comuns e abordagens diversificadas na avaliação da efetividade das instituições participativas. In: PIRES, R. R. C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, 2011. v. 7.

POGREBINSCHI, T.; SANTOS, F. Participação como representação: o impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional. **DADOS: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 259-305, 2011.

POGREBINSCHI, T.; VENTURA, T. Mais Participação, Maior Responsividade? As Conferências Nacionais de Políticas Públicas e a Qualidade da Democracia no Brasil. **Dados**, vol.60, n.1, p.7-43, 2017.

PONTUAL, P. Desafios à construção da democracia participativa no Brasil: a prática dos conselhos de gestão das políticas públicas. **Coleção Cadernos da CIDADE**, São Paulo, v. 12, n. 14, p. 27, nov. 2008.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Ata 02 de 2017. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=1183
Acesso em: 10 out. 2018.

PORTO ALEGRE. Posse do conselho municipal na rua. **CUT Rio Grande do Sul**, 2 mar. 2018. Disponível em: <http://cutrs.org.br/conselho-municipal-de-saude-toma-posse-do-lado-de-fora-da-secretaria-e-protesta-contra-intervencao-do-governo-marchezan/>. Acesso em: 12 dez. 2018.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Irregularidades na eleição no conselho. Posicionamento do Ministério Público. 2018. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=188&p_secao=8. Acesso em 12 dez. 2018.

POULANTZAS, N. **Poder político e classes sociais**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

POWELL, G. B. The Chain of Responsiveness. **Journal of Democracy**, v. 15, n. 4, p. 91-105. 2004.

PRESOTO, L. H.; WESTPHAL, M. F. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga – SP. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 1, jan./abr. 2005.

PUTNAM, R. **Making democracy work**: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press, 2002. 280 p.

RAWLS, J. A. **Theory of Justice**. Cambridge: Harvard University Press, 1980.

RAWLS, J. A. **Political Liberalism**. New York: Columbia University Press, 1996.

ROUSSEAU. **O Contrato Social**. Trad. port. de L. M. P. Brum. Mem-Martins: Publ. Europa América, 2003.

ROVER, A. J. *et al.* Avaliação de portais e sítios governamentais no Brasil. In: ROVER, A. J., GALINDO, F. (org.) **O Governo Eletrônico e suas múltiplas facetas**. Lefis Series, Zaragoza, 10, 2010. p. 11-38.

ROWE, G.; FREWER, L. J. Evaluating public participation exercises: a research agenda. **Science, Technology, & Human Values**, 29, n. 4, p. 512-556, 2004.

SALVI, L. T. *et al.* Avaliação de Portais de Prefeituras da Região Metropolitana de Curitiba. **Informática Pública**, v. 10, n. 1, p. 11-27. 2008.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodología de la investigación**. Mexico: MacGRAW HILL, 1996.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 39-84.

SANTOS, P. M. **Framework de apoio à democracia eletrônica em portais de governo com base nas práticas de gestão do conhecimento**. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento) – Centro Tecnológico. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

SANTOS, C. L. **Democracia e participação no Sistema Único de Saúde**: desenho institucional e voz nas conferências municipais de saúde de Curitiba – PR em 2011 e 2013. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Economia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

SANTOS, P. R.; GUGLIANO, A. A. Efetividade das políticas participativas no governo brasileiro: o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. **Rev. Sociol. Polit., Curitiba**, v. 23, n. 56, p. 3-19, dez. 2015.

SCHMITTER, P. C.; TRECHSEL, A. H. **The Future of Democracy in Europe: Trends, Analyses and Reforms**. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2004.

SILVA, M. K. Dos casos aos tipos: notas para uma apreensão das variações qualitativas na avaliação das instituições participativas. *In*: PIRES, R. R. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. IPEA, Brasília, 2011. v. 7. p. 233-v246.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo**: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. 3. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1979.

SHIMIZU, H. E. *et al.* Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, ago. 2013.

SMITH, G. **Democratic Innovations Designing institutions for citizen participation**. Cambridge University Press, Cambridge, 2009.

SOLINGO, V. Indicadores: conceito e complexidade do mensurar em estudos de fenômenos sociais. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 23, n. 52, p. 12-25, maio/ago. 2012.

TATAGIBA, L. Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. *In*: DAGNINO, E. (org.) **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 279-303.

TATAGIBA, L. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. *In*: AVRITZER, L. (org.). **A participação em São Paulo**. São Paulo: UNESP, 2004. p. 323-370.

TEIXEIRA, A. C. C. **Para além do voto**: uma narrativa da democracia participativa no Brasil (1975-2010). 2013. 235 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) — Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2013.

TOCQUEVILLE, A. **A democracia na América**. São Paulo: Folha de S. Paulo, 2010.

VAZ, A. C. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In: PIRES, R. R. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. v. 7. p. 91-108.

VEDEL, T. L'Idée de démocratie électronique: origines, visions, questions. In: PASCAL, P. **Le Désenchantement démocratique**. La Tour d'Aigues: Editions de l'Aube, 2003. p. 243-266

VERBA, S.; NORMAN H. N.; KIM, J. **Participation and Political Equality**. Cambridge University Press. 1978.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14, supl. 1, p. 1.565-1.577, 2009.

VIEIRA, M.; CALVO, M. C. M. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2315-2326, dez. 2011.

VILELA, M. D. A. **Legislação que disciplina os conselhos de políticas públicas**. Estudo da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. 2005. Disponível em: www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/.../tema6/2005_740.pdf. Acesso em: 7 jul. 2014.

WAMPLER, B.; AVRITZER, L. Participatory publics: civil society and new institutions in democratic Brazil. **Comparative Politics**, v. 36, n. 3, p. 291-312, 2004.

WAMPLER, B. **Participatory budgeting in Brazil: cooperation, contestation and accountability**. University Park: Pennsylvania State Press, 2007.

WAMPLER, B. Que tipos de resultados devemos esperar das instituições participativas? In: PIRES, R. R. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. v. 7. p. 43-52.

WARREN, M. E. What Should We Expect from More Democracy? Radically Democratic Responses to Politics, **Political Theory** 24, p. 241-270, May 1996.

WARREN, M. E. (ed.). **Democracy and Trust**. Cambridge University Press, Cambridge. 1999.

WEBER, M. **Economia e sociedade**. 3. ed. Brasília: UnB, 1994. v. 1

WENDHAUSEN, Á.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, dez. 2002.

WESTPHAL, M.F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: o caso de Cotia e Vargem Grande Paulista**. São Paulo, 1992. [Tese de Livre-docência da FSP/USP]

WHITELEY, P. F. Rational Choice and Political Participation. Evaluating the Debate. **Political Research Quarterly**, v. 48, n. 1, p.211-233, March. 1995.

YOUNG, I. M. **Inclusion and democracy**. Oxford: Oxford University, 2000.

YOUNG, I. M. Representação política, identidade e minorias. *Lua Nova* [online], n.67, p.139-190, 2006.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 890-897, ago. 2011.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 921-927, dec. 2013.

APÊNCICE A – CARTA ENVIADA AOS ESPECIALISTAS

CARTA CONVITE

Prezado(a) Prof.(a) Dr.(a) XXXXX

Sou Christiane Luiza Santos, doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas na Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Brasil.

Como parte de meu trabalho de tese, intenciono construir um índice que permita analisar os conselhos de saúde sob a luz da democracia participativa. Para tanto, estou contatando especialistas que possuem publicações e pesquisas sobre o tema da tese e tenham conhecimento da estrutura conceitual envolvida, como é vosso caso.

Por isso peço sua colaboração, participando da validação do conteúdo do instrumento a ser aplicado na tese para a análise dos atributos de democracia participativa nos conselhos de saúde.

Caso tenha interesse em colaborar com esse processo de validação, pedimos que acesse o link abaixo

<https://goo.gl/forms/b6nW3bsVcIG2oorq2>

É importante para a validação do instrumento que todas as perguntas sejam respondidas na íntegra. As suas respostas serão tratadas em conjunto com as dos demais especialistas e de forma totalmente confidencial.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Atenciosamente,

Christiane Luiza Santos
Cirurgiã-dentista Esp. Saúde Coletiva. Msc Políticas Públicas

Com ciência e aval do Orientador
Prof. Dr. Huáscar Fialho Pessali

APÊNCICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui informado(a) de que o questionário a seguir faz parte de um estudo sobre um "“DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO EM CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ESTUDO COMPARATIVO A PARTIR DE INDICADORES DE PRODUÇÃO DE BENS DEMOCRÁTICOS”", principal objeto do projeto de pesquisa da tese sob a responsabilidade da pesquisadora Christiane Luiza Santos e orientação do Professor Dr. Húascar Fialho Pessali.

O objetivo desta pesquisa é propor um índice que permita analisar os conselhos de saúde e os seus efeitos produzidos em relação a participação e seus atributos essenciais dentro da democracia participativa.

Sei que tenho a liberdade para não aceitar participar, assim como desistir do processo a qualquer momento e que os dados por mim fornecidos serão tratados de forma totalmente confidencial, mantendo o meu anonimato como respondente.

Também fui informado(a) da disponibilidade da pesquisadora em esclarecer dúvidas que tenha agora ou no futuro sobre a minha participação nesse trabalho, bem como sobre o destino que será dado às informações e os conhecimentos resultantes.

Para isso poderei contatar com Msc. Christiane Luiza Santos: aluizachris@gmail.com

Curitiba, 05 de novembro de 2017.

Comprometo-me com as informações descritas anteriormente.

Christiane Luiza Santos

Pesquisadora

Declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, voluntariamente, da pesquisa conforme condições descritas acima.

Nome:

Email do(a) respondente:

VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Este questionário tem como objetivo validar um instrumento desenvolvido para analisar os conselhos de saúde em sua capacidade de promover atributos centrais à democracia participativa.

Apesar do desafio em se analisar as Instituições Participativas (IP's) ante a sua multidimensionalidade em aspectos práticos, teóricos e institucionais, presume-se que há efeitos esperados na atuação de toda instituição democrática.

A construção deste índice se dá a partir da metodologia de tradução empírica de Corbetta (2007) que se propõe a medir uma teoria ou conceito complexo. Para o autor, um conceito complexo pode ser medido a partir da sua divisão em dimensões que representem os seus principais significados, da criação de indicadores para observar cada uma das dimensões e ainda, de variáveis que permitam aferir os indicadores. Ao fim, sintetiza-se as múltiplas variáveis para a formação do índice.

Para a análise e construção das dimensões da participação nos conselhos de saúde, utilizamos o trabalho de Graham Smith (2009) no estudo das inovações democráticas.

Smith (2009) sintetiza a partir das diversas vertentes da teoria democrática determinados atributos essenciais que se pode esperar de toda Instituição Participativa. São eles: i) a inclusão, entendida como a forma que a institucionalidade seleciona e dá voz aos seus participantes; ii) o controle popular, visto como a incidência da tomada de decisão na IP sobre as políticas públicas; iii) o julgamento ponderado, entendido como a capacidade dos cidadãos em fazer avaliações reflexivas e ponderadas com relação a um assunto específico e às demais posições no debate; e iv) a transparência, entendida como a forma em que a IP torna pública suas ações e informa aqueles que atuam dentro da institucionalidade.

Desta forma, peço que nos ajude a examinar as variáveis propostas por este questionário cobrem os indicadores e, por conseguinte, as dimensões/subdimensões propostas.

A análise das variáveis se dará a partir da verificação da sua clareza, pertinência e relevância.

- Clareza: analisa se a linguagem do item é facilmente compreendida e está adequada.
- Pertinência: infere se o item é representativo do conceito que se quer medir ou de uma das dimensões dele.
- Relevância: investiga se os itens são adequados para inferir os objetivos propostos.

Desta forma, avalie as variáveis a seguir segundo a clareza, a pertinência e a relevância considerando a seguinte escala: 1 não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item representativo.

É importante para a validação do instrumento que todas as perguntas sejam respondidas na íntegra. Suas respostas serão tratadas em conjunto com as dos demais especialistas e de forma totalmente confidencial.

O ÍNDICE

A figura a seguir contém um resumo das dimensões, sub-dimensões, indicadores e variáveis que serão utilizadas para analisar a participação nos conselhos de saúde.



Fonte: Desenvolvido pela autora.

1. DIMENSÃO INCLUSÃO

A participação desigual é uma preocupação persistente em vários modos de participação política. Por isso o atributo inclusão é significativo nas instituições democráticas (SMITH, 2009). O atributo envolve a construção da “demos” da institucionalidade participativa a partir de duas sub-dimensões: a presença e a voz.

1.1 SUB DIMENSÃO PRESENÇA

A presença pode ser representada pelo processo por meio do qual se dá a seleção dos participantes e em que medida esse processo permite a inclusão dos segmentos relevantes da sociedade, especialmente, dos potencialmente afetados ou minorias (GOODIN, 2007) bem como dos cidadãos comuns.

1.1.1 Indicador “Sociedade Civil Organizada”

Entendemos que o processo de seleção das entidades da sociedade civil organizada nos conselhos é elemento importante para se analisar o potencial inclusivo de uma institucionalidade. Além disso, mais do que as entidades conseguirem assentos, é necessária a presença e assiduidade dos seus representantes nas reuniões do conselho (VAZ, 2011; SMITH 2009, SILVA 2011, BISPO Jr, 2015). Este indicador visa quantificar as organizações de sociedade civil participantes da instituição no que tange a sua seleção e presença nas reuniões do conselho.

As variáveis abaixo estão correlacionadas ao indicador “sociedade civil organizada” e serão extraídas das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos.

a) Qual é a proporção de entidades que obtiveram assento no conselho em relação às que se candidataram?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Como se dá a presença dos representantes da sociedade civil nas reuniões do conselho?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1.2 Indicador “Sociedade Civil Organizada Especial”

Este indicador busca analisar a presença das minorias sociais nos conselhos no intuito de permitir a inclusão dos segmentos carentes, pouco mobilizados e nem sempre organizados (CORNWALL, 2008; GAVENTA, 2006).

A variável visa quantificar as organizações de sociedade civil participantes da instituição que representam as minorias sociais (SMITH, 2009; COELHO 2011) e será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos.

a) Qual a proporção de entidades representantes de minorias sociais em relação às demais entidades de representantes da sociedade civil organizada?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1.3 Indicador “Sociedade Civil Não Organizada”

Além de ser um lócus de diálogo entre os representantes dos segmentos envolvidos, a abertura e a presença dos cidadãos comuns nestes espaços é importante para a concretização da participação da sociedade.

A variável a seguir visa quantificar a participação do cidadão comum nas reuniões do conselho (auto-apresentação) (LUCHMANN, 2008) e será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos.

a) Qual a presença dos cidadãos comuns (não-organizados) nas reuniões?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 SUB DIMENSÃO VOZ

Smith (2009) traz a percepção de que a simples presença não se traduz em participação, havendo necessidade de a instituição dar oportunidade de expressão a todos os participantes e estas serem ouvidas, além disso, a voz também fala sobre as chances dessas manifestações afetarem o output da instância participativa.

1.2.1 Indicador “Alternância de poder na presidência do conselho”

Entendemos que a presidência do conselho possui um papel relevante na voz da instituição, pois de um modo geral, os conselhos se estruturam em torno desse cargo e da mesa diretora. Desta forma a presidência detém poderes e prerrogativas diferenciados, como a condução dos trabalhos junto a mesa diretora, o voto de desempate e decidir determinadas questões ad referendum. Portanto, a presidência concentra poder. (FARIA RIBEIRO, 2011). Carvalho (2014) menciona que apesar de não haver legislação concernente a alternância da presidência do conselho de saúde, ele considera que o ideal seria a eleição entre os representantes do segmento usuários. Sendo assim, a variável a seguir visa mensurar como se dá a alternância de poder dentro do conselho e será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos.

a) Como se dá a Alternância de Poder da Presidência dos Conselhos?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2.2 Indicador “Formação da Agenda”

Autores defendem o controle sobre o processo de formação de agenda de discussão se constitui em um dos principais indicadores relativos à distribuição do poder entre os participantes de um fórum. Nesse sentido, sua construção indica a capacidade dos atores de ter vez e voz no processo decisório. Uma pauta construída coletivamente permite que mais vozes estejam inseridas, mas se esta ficar concentrada na presidência, independentemente do segmento que a ocupe, indica menor democratização do processo (SILVA e cols., 2009, COELHO, 2011, FARIA, RIBEIRO, 2011).

A variável a seguir visa quantificar quem coordena a agenda e coloca as questões para discussão e será extraída das pautas de reunião publicadas, atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos.

a) Que segmentos estão presentes na formação (solicitação) da agenda (pauta) das reuniões?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2.3 Indicador “Proporção de Expressão da voz”

Smith (2009) salienta a necessidade da instituição dar oportunidade de momentos de expressão de demandas para todos os participantes e estas serem ouvidas. É o princípio da igualdade deliberativa em que todos os que participam devem ter a mesma oportunidade de apresentar suas razões, mesmo que haja distribuição desigual de recursos (materiais e informacionais) e de poder (igualdade substantiva); as regras que regulam a deliberação valem para todos (igualdade formal) (ALMEIDA, CUNHA, 2011 p. 111)

Esta variável visa quantificar os momentos de expressão de voz dentro da instituição participativa, em especial nas reuniões do conselho. (SMITH, 2009, SANTOS, 2015). Ela será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos.

a) Quantos segmentos tem registro de fala nas atas das reuniões?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. DIMENSÃO CONTROLE POPULAR

Para Smith (2009), mais do que enfatizar presença e voz, as definições de democracia se preocupam em examinar até que ponto os participantes podem influenciar diferentes aspectos do processo de tomada de decisão e os resultados da política.

2.1 SUB DIMENSÃO OUT COMES

De forma geral assume-se que as instituições participativas foram criadas para que os cidadãos pudessem participar dos processos de tomada de decisão sobre as ações de planejamento, execução e fiscalização do Estado.

A lei 141/2012 definiu que os conselhos de saúde aprovam, apreciam, deliberam, fiscalizam e emitem parecer acerca de temas e instrumentos de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual e Quadrimestral de Gestão. Além disso, o conselho de saúde participa ativamente na organização e normatização das conferências de saúde, tendo ainda que, aprovar o seu Relatório Final (Lei 8142/90).

2.1.1 Indicador “Inserção nos instrumentos de planejamento”

As variáveis a seguir visam quantificar as decisões tomadas nos mecanismos de participação e a inserção destas nos instrumentos de planejamento do SUS (WAMPLER, 2007, 2011; AVRITZER; NAVARRO, 2003).

O relatório final da conferência de saúde deve servir de insumo para a elaboração do Plano Municipal de Saúde e cabe ao conselho fiscalizar esta diretiva (CARVALHO, 2014).

As variáveis a seguir serão extraídas do Relatório Final da Conferência de Saúde e do Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde subsequentes.

a) Quantas propostas do Relatório Final da Conferência de Saúde estão presentes no Plano Municipal de Saúde?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Das ações/ metas previstas na Programação Anual de Saúde quantas são oriundas do Relatório Final da Conferência de Saúde?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1.2 Indicador “Monitoramento dos instrumentos de execução da política”

A lei 141/2012 determina que os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor sobre as condições de saúde e a qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

As variáveis a seguir visam quantificar as decisões tomadas no conselho e o monitoramento dos instrumentos de execução do SUS (WAMPLER, 2007, 2011; AVRITZER; NAVARRO, 2003).

As variáveis serão extraídas das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos.

a) Houve registro em Ata da apresentação e aprovação do Relatório Quadrimestral a cada quadrimestre?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Houve registro em ata da emissão de Parecer sobre o Relatório Anual de Gestão no mês de março conforme a legislação preconiza?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 SUB DIMENSÃO OUTPUTS

Para além das ações nos mecanismos legais de Gestão do SUS, os conselhos de saúde possuem uma produção consistente e volumosa de atos administrativos (LAVALLE; VOIGHT; SERAFIM, 2016). Parte-se que não só o seu volume, mas também a qualidade destas decisões afeta a forma com que o Controle Popular é exercido pela institucionalidade.

2.2.1 Indicador “Produção Decisória da Institucionalidade Participativa”

As variáveis a seguir visam quantificar e analisar os tipos de atos normativos produzidos pelos conselhos (LAVALLE, VOIGHT, SERAFIM, 2016) e serão extraídas das atas de reunião, publicações no site do conselho/secretaria de saúde e diários oficiais.

a) Qual foi o total de resoluções emitidas pelo Conselho de Saúde num ano?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Quantas resoluções do ano foram emitidas com votação no plenário?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Quantos atos normativos (excluindo as resoluções) foram emitidos pelos conselhos de saúde em um ano?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. DIMENSÃO JULGAMENTO PONDERADO

Sendo os conselhos de saúde instituições deliberativas consideramos que deliberação é um procedimento para se chegar a decisões coletivas que devem ser justificadas àqueles que são afetados por elas (CUNHA et al., 2011, p.303). Smith (2009) discorre que a legitimidade da participação cidadã na tomada de decisões também depende da capacidade dos cidadãos em fazer julgamentos reflexivos e ponderados. Desta forma podemos dizer que julgamento ponderado implica permitir o entendimento dos cidadãos tanto sobre os detalhes técnicos da questão em análise quanto sobre as perspectivas de outros cidadãos no momento deliberativo.

3.1 SUB DIMENSÃO JULGAMENTO PONDERADO TÉCNICO

Consideramos que domínio da linguagem técnica e dos conhecimentos especializados necessários reduz a desigualdade de poder e amplia a capacidade de participação (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009, FONSECA, 2011). Desta forma, para permitir que os participantes tenham capacidade de emitir julgamentos ponderados, algumas assimetrias de conhecimento precisam ser reduzidas e ofertadas pela institucionalidade.

3.1.1 Indicador: Capacitações para o desempenho da função

Esta variável visa quantificar as capacitações ofertadas pelas institucionalidades aos seus participantes e a sua regularidade (CARVALHO, 2014) e será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos.

a) Foi ofertada capacitação aos conselheiros no ano?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1.2 Indicador: Presença de Comissões Temáticas

Esta variável visa quantificar a presença de comissões temáticas que apoiam a tomada de decisão dos participantes seja em caráter consultivo, propositivo ou assessoramento (FARIA, ALMEIDA, 2011, CUNHA et al., 2011, BISPO JR, 2015) e será extraída das atas de reunião, regimentos, regulamentos internos dos conselhos e site do conselho/secretaria de saúde.

a) Quantas comissões temáticas estão presentes no conselho?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1.3 Indicador: Esclarecimentos externos

Esta variável visa quantificar a presença de agentes externos chamados pela institucionalidade para esclarecimentos sobre determinados temas e serão extraídas das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos.

a) Há registro em ata da presença de técnicos externos nas reuniões do Conselho?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 SUB DIMENSÃO JULGAMENTO PONDERADO INTERNO

Entendemos que procedimentos organizacionais podem contribuir para tornar ambientes assimétricos e conflituosos mais próximos das condições ideais de debate público (COELHO, 2011; ROWE; FREWER, 2004). Desta forma, mediadores são importantes para ampliar a participação daqueles que contam com menos recursos (FUNG, 2003). Esta variável visa quantificar se há um mediador para gerenciar os conflitos e a chegada a um consenso nos debates . Esta variável será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos.

a) Há presença de mediadores nas reuniões do conselho?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2.2 Indicador: Gestão do Consenso

Visa quantificar como a institucionalidade toma suas decisões, se mediante votações ou acordos consensuais (COELHO, 2011). Esta variável será extraída das atas de reunião, regimentos e regulamentos internos dos conselhos.

a) Como se dá as decisões: mediante votações ou acordos consensuais?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. DIMENSÃO TRANSPARÊNCIA

A análise do bem da transparência remete a duas instâncias. Primeiro, vê-se a transparência ou publicidade externa: até que ponto público não participante está ciente de como a inovação funciona. Segundo, vê-se a transparência interna: até que ponto os participantes são conscientes das condições em que participam (SMITH, 2009).

4.1 SUB DIMENSÃO TRANSPARÊNCIA EXTERNA

A transparência externa é muitas vezes referida como 'Publicidade' - condição aberta e pública dos procedimentos, do debate, das disputas e da definição coletiva do interesse público e da razão que informa esse interesse (ALMEIDA, CUNHA, 2011). A realização da publicidade é crucial para o público considerar as instituições e seus resultados legítimos e confiáveis. (SMITH, p. 25-26).

4.1.1 Indicador "Acesso a sites oficiais do conselho"

Estas variáveis visam analisar como se há o acesso às informações do conselho de saúde e quais informações estão disponíveis (BRASIL, 2009, SANTOS, 2014). Estas variáveis serão extraídas a partir da análise do site do conselho de saúde ou da secretaria de saúde.

a) Existe uma página (site/endereço) que é exclusivo do conselho de saúde?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Qual é o conteúdo exposto on-line para o público externo?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.1.2 Indicador “Publicações de atos administrativos no site do Conselho”

Esta variável quantificar se as publicações dos atos administrativos da institucionalidade emitidas em Diário Oficial estão acessíveis via site dos conselhos (LAVALLE; VOIGHT; SERAFIM, 2016). Esta variável será extraída a partir da análise do site do conselho de saúde ou da secretaria de saúde.

a) Quantos atos administrativos presentes no Diário Oficial estão com publicação no site do Conselho?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2 SUB DIMENSÃO TRANSPARÊNCIA INTERNA

As análises sobre as regras de funcionamento das instituições participativas identificaram que as normas e os procedimentos funcionam, simultaneamente, como catalisadores e limitadores da ação de diferentes atores e grupos que ali se apresentam (TATAGIBA, 2004, FARIA, RIBEIRO, 2011) Desta forma, se faz necessário que os participantes tenham clareza de como a institucionalidade funciona, as suas "regras do jogo" (SMITH, 2009)

4.2.1 Indicador “Acesso às informações sobre o funcionamento das reuniões”

São nas reuniões do conselho em que ocorrem os momentos deliberativo. Compreender como estas reuniões funcionam reduz a assimetria de informação entre os participantes (ALMEIDA e CUNHA, 2011, BISPO Jr, 2015).

Esta variável visa verificar se o regimento interno informa sobre o funcionamento das reuniões e será extraída dos regimentos internos dos conselhos.

a) O Regimento Interno fornece orientações sobre o funcionamento das reuniões?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.2 Indicador “Acesso às informações sobre o funcionamento do conselho”

Compreender como os conselhos se estrutura e organiza permite uma maior capacidade deliberativa dos participantes (ALMEIDA e CUNHA, 2011, BISPO Jr, 2015).

As variáveis a seguir visam verificar se o regimento interno informa sobre o funcionamento do conselho e como os conselheiros têm acesso às informações do conselho. Estas variáveis serão extraídas das atas de reunião, regimentos, regulamentos internos dos conselhos e site dos conselhos.

a) O Regimento Interno descreve o funcionamento do conselho?

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Existem canais regulares (intranet, redes sociais, murais ou outros) para comunicação entre

	1	2	3	4
Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugestões

Se houver alguma sugestão em relação às variáveis, indicadores e dimensões, por gentileza utilize o espaço abaixo.

Observações

Agradecimentos

Agradecemos a sua participação e contribuição. Nos colocamos à disposição para enviarmos os resultados da pesquisa, caso queira, por gentileza assinale a sua intenção abaixo.

Deseja receber os resultados da pesquisa

() Sim

() Não

Obrigada