

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Norberto Ferreira Rocha

**Relações de participação e representação no Conselho Municipal de Saúde de Marabá
(CMS-M), Estado do Pará, Brasil. 2018-2020**

Rio de Janeiro

2022

Norberto Ferreira Rocha

**Relações de participação e representação no Conselho Municipal de Saúde de Marabá
(CMS-M), Estado do Pará, Brasil. 2018-2020**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Relations of participation and representation in the Municipal Health Council of Marabá (CMS-M), State of Pará, Brazil. 2018-2020.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

R672r Rocha, Norberto Ferreira.
Relações de participação e representação no Conselho Municipal de Saúde de Marabá (CMS-M), Estado do Pará, Brasil. 2018-2020 / Norberto Ferreira Rocha. — 2022.
159 f. : il. color. ; mapas ; tab.

Orientador: Marcelo Rasga Moreira.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Participação Social. 2. Deliberações. 3. Conselhos de Saúde. 4. Democracia. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Análise Espaço-Temporal. 7. Representação. 8. Configuração Representativa. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1042098115

Norberto Ferreira Rocha

**Relações de participação e representação no Conselho Municipal de Saúde de Marabá
(CMS-M), Estado do Pará, Brasil. 2018-2020**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 25 de abril de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Jax Nildo de Aragão Pinto
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

Prof. Dr. André Luis Bonifácio de Carvalho
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Assis Luiz Mafort Ouverney
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

No momento em que mais uma etapa de minha vida é concluída, dentre tantas outras já realizadas, gratifica-me poder expressar meus agradecimentos àqueles que, com seu modo especial contribuíram e me incentivaram em todo esse processo do doutorado. Essa vitória é coletiva.

Em especial agradeço:

A minha esposa amada Maria Edinazélia de Aguiar Rocha (Dina), minhas filhas Iná Aguiar Rocha Zamarchi e Inê Aguiar Rocha, meu genro Eduardo Zamarchi e meu netinho Nicolas, que privaram do nosso convívio por alguns momentos em que estava escrevendo esta tese.

Ao Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira, meu orientador, que de forma brilhante e segura de sua orientação apontou as diretrizes a trilhar, pela intensa dedicação e paciência proporcionou-me nesse período incontáveis momentos de aprendizado que levarei para a vida pessoal e acadêmica.

Aos brilhantes professores da banca avaliadora da qualificação e defesa da tese: José Mendes Ribeiro, Assis Luiz Mafort Ouverney, André Luis Bonifácio de Carvalho, Jax Nildo de Aragão Pinto e Fernando Manuel Bessa Fernandes. Obrigado pelo aceite, pelas importantes contribuições e reflexões para a minha formação.

À Unifesspa na pessoa do reitor a época Prof. Dr. Maurilio Monteiro ao implementar o Dinter em Saúde Pública pautado em processos de formação e produção acadêmica que permitam o desenvolvimento de uma ciência crítica voltada ao enfrentamento dos problemas e desafios de saúde da Amazônia.

Em nome dos coordenadores do Dinter em Saúde Pública representando a ENSP/Fiocruz, Prof. Carlos Machado e Profa. Dra. Rosely Magalhães de Oliveira, e pela Unifesspa a Profa. Dra. Joseane Carvalho Costa substituída pelo Prof. Dr. Carlos Podalirio Borges De Almeida, estendo gratidão a equipe técnica e de professores do DINTER e da Unifesspa pela disponibilidade e apoio proveram todas as condições para a realização do curso em Marabá-PA.

Ao meu amigo Jax Nildo colega de trabalho e de doutorado, pelo seu apoio, entusiasmo, e profundo conhecimento das questões amazônicas debatidas nas disciplinas do curso, contribuiu sobremaneira para problematizar questões na pesquisa desta tese.

Aos meus colegas do DINTER, cada um do seu jeito, nesta rede de colaboração em Marabá, no Rio de Janeiro e até virtualmente, foram cruciais para que eu concluísse o curso.

Muito obrigado a você: Aloma Chaves, Annelise Figueiredo, Camila Nemer, Edcarlos Silva, Emanuelle Cossolosso, Hugo Freitas, Jax Nildo, Jordanio Santos, Juliana Gagno, Lidiane Aguiar, Lourdes Gomes, Luciana Fernandes, e Marcelo Vinhote. Vocês são especiais para mim.

À Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa), em especial a Faculdade de Ciências Contábeis (FACIC) por permitir o afastamento para o estágio doutoral e apoio para o trabalho de campo.

Aos colegas da FACIC: Miraci Matos do Carmo, Denilson da Mata Daher, Elaine Aparecida Teixeira, Eliane Silva Sampaio, Gabriel Moraes de Outeiro, Mario Cezar Souza de Oliveira, Marla de Oliveira Feitosa, Marurilio Arruda de Araújo, Michel Melo Arnold e Marcelo de Santana Porte pela torcida e suporte na substituição e flexibilização das disciplinas para que eu pudesse participar do estágio doutoral e escrever a tese.

À CAPES, pelas bolsas de estudo nos meses de estágio doutoral no Rio de Janeiro.

À direção do Conselho Municipal de Saúde de Marabá (CMS-M), a equipe técnica e aos(as) conselheiros(as) que me acolheram, e voluntariamente disponibilizaram de seu tempo, dedicação e relevantes reflexões para colaborar com a pesquisa. Agradeço especialmente a secretária executiva do Conselho, Sra. Andréia de Oliveira Gaia Alves pela colaboração.

Aos irmãos das Igrejas Batistas de Rondon do Pará, que intercederam em oração em meu favor nesse período.

À todos(as) que de alguma maneira me ajudaram, incentivaram e oraram em meu favor no desenvolvimento desse estudo.

Dedico esta Tese:

À Deus em primeiro lugar

À minha querida família, pelo amor,
compreensão e incentivo de sempre:

À minha amada esposa Maria Edinazelia de
Aguiar Rocha (Dina) que compartilhamos a
vida juntos há mais de 3 décadas

Às minhas lindas filhas Iná Aguiar Rocha
Zamachi e Inê Aguiar Rocha

Ao meu filho do coração: Raul Freire Aguiar

Ao meu genro Eduardo André Zamarchi

Ao mais novo membro da família, meu neto
Nicolas Rocha Zamarchi

Ao meu querido pai Agenilto Ferreira Rocha
(In memoriam)

À minha guerreira mãe Anete da Cunha Rocha

Aos meus irmãos Albertino Ferreira Rocha,
Arnaldo Ferreira Rocha, Sergio Santana
Rocha, Maria Regina Santana Rocha, João da
Cunha Rocha, Reginaldo da Cunha Rocha e
Paulo Santana Rocha

RESUMO

O presente estudo propõe-se a analisar a influência da “configuração representativa” na atuação dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Marabá (CMS-M), Estado do Pará, Brasil, no período 2018-2020. Pouquíssimos estudos têm como universo os conselhos de saúde da região amazônica, o que traz para este um caráter quase pioneiro. Adotando o estudo de caso como método, realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, que conjuga fontes primárias (entrevistas com conselheiros(as) e observação participante em reuniões realizadas no CMS-M) e secundárias (documentos públicos, especialmente os “institucionais/legais”, “pautas” e “atas” de reuniões). O modelo de análise adotado foi o da ‘Configuração Representativa’, proposto por Rezende e Moreira e baseado no estudo das ‘regras de participação’, ‘regras de representação’ e ‘regras de elegibilidade’. Tal modelo foi aqui aperfeiçoado mediante a introdução de 11 variáveis que, articuladas, produzem um índice composto, o ‘Poder de Decisão’ (PD), que indica em que medida a ‘configuração representativa’ centraliza a tomada de decisões no comando do Conselho ou descentraliza este poder aos conselheiros, segmentos e entidades. Ao se analisar o ‘Objetivo Institucional’ das entidades dos usuários e sua ‘Vinculação com o Setor Saúde’, constata-se que apenas a ‘Associação Paraense de Portadores de Hemofilia e Coagulopatias’ tem um vínculo classificado como ‘direto’, isto é, o objetivo de sua criação foi a de organizar pessoas que efetivamente utilizam-se e precisam do SUS, enquanto os trabalhadores pautados pelas normas de “Multiplicidade Convergente” totalmente alinhados aos interesses para o SUS. As regras de elegibilidade e participação demonstra que os representantes do segmento dos usuários são selecionados pelas regras “eleitorais” do CMS-M e os conselheiros das Entidades são escolhidos seguindo as suas normas internas alternando entre “eleitorais” e “não eleitorais” e do segmento dos trabalhadores 100% por regras eleitorais do CMS-M e 100% das regras internas não eleitorais (indicação) para escolha dos representantes. Constatou-se que os principais agravos de saúde do município apontados na tese não aparecem nos debates dos processos deliberativos do CMS-M. Os achados apontaram fragilidade no processo das regras de representação na relação entre conselheiro-entidade e entidade-segmento. Por fim, a Configuração Representativa articulada com o Poder de Decisão Semi-Delegação Fraca do CMS-M, mostrou baixa influência na atuação dos conselheiros(as) dos segmentos dos usuários e trabalhadores em vocalizar no processo decisório/deliberativo as demandas de saúde da população; na implementação de políticas para qualificar as condições assistenciais do SUS, e na participação espontânea da sociedade nos debates do plenário

Palavras-chave: Representação, Participação, Deliberação, Conselhos de Saúde, Configuração Representativa

ABSTRACT

The present study proposes to analyze the influence of the “representative configuration” in the performance of the counselors of the Municipal Health Council of Marabá (CMS-M), State of Pará, Brazil, in the period 2018-2020. Very few studies have the health councils of the Amazon region as their universe, which brings to this an almost pioneering character. Adopting the case study as a method, a qualitative approach was carried out, combining primary sources (interviews with counselors and participant observation in meetings held at CMS-M) and secondary sources (public documents, especially “institutional/ legal”, “agendas” and “minutes” of meetings). The analysis model adopted was the 'Representative Configuration', proposed by Rezende and Moreira and based on the study of 'participation rules', 'representation rules' and 'eligibility rules'. This model was improved here through the introduction of 11 variables that, when articulated, produce a composite index, the 'Decision Power' (PD), which indicates the extent to which the 'representative configuration' centralizes decision-making in the command of the Council or decentralizes this power to councilors, segments and entities. When analyzing the 'Institutional Objective' of the users' entities and their 'Link with the Health Sector', it appears that only the 'Association of Paraense Carriers of Hemophilia and Coagulopathies' has a link classified as 'direct', that is, the purpose of its creation was to organize people who effectively use and need the SUS, while workers guided by the norms of “Convergent Multiplicity” are fully aligned with the interests of the SUS. The eligibility and participation rules demonstrate that the representatives of the users' segment are selected by the “electoral” rules of the CMS-M and the Entities' counselors are chosen according to their internal rules, alternating between “electoral” and “non-electoral” and the segment of workers 100% by CMS-M electoral rules and 100% by non-electoral internal rules (nomination) for choosing representatives. It was found that the main health problems in the municipality pointed out in the thesis do not appear in the debates of the deliberative processes of the CMS-M. The findings pointed to fragility in the process of rules of representation in the relationship between counselor-entity and entity-segment. Finally, the Representative Configuration articulated with the Power of Decision Semi-Weak Delegation of the CMS-M, showed little influence on the performance of the counselors of the segments of users and workers in vocalizing the health demands of the population in the decision-making/deliberative process. ; in the implementation of policies to improve SUS care conditions, and in the spontaneous participation of society in plenary debates.

Keywords: Representation, Participation, deliberation, Health Councils, Representative Configuration

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Poder de Decisão: Eixo Concentração-Delegação	62
Figura 2 -	Imagem de satélite da cidade de Marabá – PA	66
Figura 3 -	Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Marabá (SMS-M)	72
Figura 4 -	Sede do Conselho Municipal de Saúde de Marabá (CMS-M). 2021..	75
Figura 5 –	Poder de Decisão das Entidades (PDE) que compõem o CMS-M (2018-2020)	103
Figura 6 –	Poder de Decisão’ dos Segmentos (PDS) que compõem o CMS-M (2018-2020): Usuários do SUS e dos Trabalhadores da Saúde	104
Figura 7 –	Poder de Decisão’ do Conselho Municipal de Saúde de Marabá no biênio (2018-2020)	104
Quadro 1 –	Agendamento das entrevistas com os conselheiros dos segmentos dos usuários e trabalhadores	29
Quadro 2 –	Cronograma da Pesquisa: distribuição das etapas da pesquisa por mês e ano	35
Quadro 3 –	Configuração Representativa dos Conselhos de Saúde: distribuição por ‘regras de participação’, ‘regras de representação’ e ‘regras de elegibilidade’ e pelas Variáveis que compõem estas regras	60
Quadro 4 –	Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Marabá, comparado com os Conselhos Municipais de Saúde dos municípios de porte populacional similar ao de Marabá (PA)	76
Quadro 5 –	Entidades que compõem o CMS de Marabá no Biênio: 2018-2020 ..	78
Quadro 6 –	Composição da Mesa Diretora do CMS-M no Biênio 2018-2020, agrupados por cargos e segmentos representativos/entidades que a integram	81
Quadro 7 –	Configuração Representativa do CMS-M: Regras de Participação e suas respectivas Pontuações	83
Quadro 8 –	Características Seleccionadas das Entidades que participam do CMS-M no Biênio 2018-2020: segmentos, categorias de atuação, objetivos institucionais e vinculação com o setor saúde	84
Quadro 9 –	Normas de Representação das Entidades dos Segmentos dos	

	Usuários e dos Trabalhadores, agrupadas pelas regras e práticas de representação, pelas relações entre representantes e representados; pela postura do representante e na Relação entre as Entidades e seus representados	89
Quadro 10 –	Configuração Representativa do CMS-M: Regras de Representação e suas respectivas Pontuações	95
Quadro 11 –	Regras de Elegibilidade para ‘Escolha das Entidades’ e ‘Escolha dos Conselheiros(as)’ dos Segmentos dos Usuários do SUS e dos Trabalhadores da Saúde no Biênio 2018-2020	101
Quadro 12 –	Poder de Decisão das Entidades dos usuários do SUS e dos trabalhadores que compõem o CMS-M no biênio 2018-2020	102
Quadro 13 –	Poder de Decisão’ dos Segmentos (PDS) que compõem o CMS-M (2018-2020): Usuários do SUS e dos Trabalhadores da Saúde	103
Quadro 14 –	Poder de Decisão’ do Conselho Municipal de Saúde de Marabá (PDCS-M) no biênio (2018-2020)	104
Quadro 15 -	Variáveis de Atuação no Processo Decisório/Deliberativo do CMS-M: 2018-2020	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pontos de Pauta discutidos nas Reuniões Ordinárias do CMS-M, distribuídos por Temas, Subtemas, e Ano da Reunião. Agosto de 2018 a julho de 2020. (n=126)	107
Tabela 2 - Debates gerados pelos Pontos de Pauta nas Reuniões Ordinárias do CMS-M entre agosto de 2018 à julho de 2020: distribuição por entidades e seus segmentos, proponentes, posição divergentes e convergentes e se a pauta foi aprovada ou não. (n=54)	108
Tabela 3 - Processo Decisório do CMS-M, julho/18 a agosto/2020: propostas debatidas distribuídas pelas entidades proponentes, posições convergentes e divergentes das entidades, tema a que se referem as propostas e aprovação ou não pelo pleno do CMS-M. (n=54)	111
Tabela 4 - Deliberações do CMS-M no período de agosto/2018 à julho/2020: distribuição por Temas, Subtemas, Ano e Reação do Poder Executivo. (n=54)	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de ética em pesquisa
CEPASP	Centro de educação, pesquisa e assessoria sindical e popular
CF	Constituição federal
CMS	Conselho municipal de saúde
CMS-M	Conselho municipal de saúde de marabá
CMS-RJ	Conselho municipal de saúde do rio de janeiro
CNPJ	Cadastro nacional de pessoa jurídica
CNS	Conselho nacional de saúde
CONEP	Comissão nacional de ética em pesquisa
CPT	Comissão pastoral da terra
CS	Conselho de saúde
D-POP	Denúncias da população
DINTER	Doutorado interinstitucional
ENSP	Escola nacional de saúde pública
FACIC	Faculdade de ciências contábeis
F-CMS	Funcionamento do conselho municipal de saúde
FMS	Fundo municipal de saúde
F-SUS	Funcionamento do sus
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
INCRA	Instituto nacional de colonização e reforma agrária
OE	Objetivo específico
MD	Mesa diretora
MRSB	Movimento da reforma sanitária brasileira
MS	Ministério da saúde
PA	Pará
PBF	Programa bolsa família
PCB	Partido comunista brasileiro
PD	Poder de decisão
PDE	Poder de decisão para cada entidade
PDS	Poder de decisão dos segmentos
PDCS	Poder de decisão dos conselhos de saúde
PFC	Projeto ferro carajás

PGC	Projeto grande carajás
PIB	Produto interno bruto
PIC	Projeto integrado de colonização
POLAMAZÔNIA	Programa de polos agropecuários e agro minerais da Amazônia
RFB	Receita federal do brasil
RI	Regimento interno
SIACS	Sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde
SMS-M	Secretaria municipal de saúde de marabá
SUS	Sistema único de saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UNIFESSPA	Universidade federal do sul e sudeste do pará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	24
2.1	OBJETO E OBJETIVOS	24
2.2	A PESQUISA DE CAMPO	25
2.2.1	As Entrevistas	26
2.2.2	A Observação Participante	31
2.2.3	A Pesquisa Documental	32
2.3	UNIVERSO DA PESQUISA	33
2.4	CRONOGRAMA DA PESQUISA	34
2.5	A TESE	35
3	A TEORIA DEMOCRÁTICA E SUA APLICAÇÃO NESTA TESE	37
3.1	PARTICIPAÇÃO, REPRESENTAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO	41
3.2	DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO NO SETOR SAÚDE	43
3.3	DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE: CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL	47
3.4	CONSELHOS DE SAÚDE: AVANÇOS, AMEAÇAS E PERSPECTIVAS	52
4	PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE: UM MODELO DE ANÁLISE BASEADO NA ‘CONFIGURAÇÃO REPRESENTATIVA’ E NO ‘PODER DE DECISÃO’	58
5	MARABÁ – PA: UMA CIDADE ESTRATÉGICA NA FRONTEIRA AMAZÔNICA	65
5.1	MARABÁ: ORIGENS, OCUPAÇÃO POPULACIONAL E CICLOS ECONÔMICOS AMAZÔNICOS	66
5.2	MARABÁ: ASPECTOS POLÍTICOS	68
5.3	MARABÁ: ASPECTOS ECONÔMICOS	69
5.4	MARABÁ: ASPECTOS RELATIVOS AO SETOR SAÚDE	70
6	O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ (CMS-M)	73
6.1	INSTITUCIONALIDADE DO CMS-M	73
6.2	ESTRUTURA, RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS DO CMS-M	74
6.3	COMPOSIÇÃO DO CMS-M NO PERÍODO 2018/2020	77
7	A CONFIGURAÇÃO REPRESENTATIVA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ	79
7.1	REGRAS DE PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ	79
7.1.1	RP1- Escolha do(a) Presidente	79
7.1.2	RP2 - Escolha da Mesa Diretora	80
7.1.3	RP3 - Composição das Comissões	81
7.1.4	RP4 - Poder de Agenda	82
7.1.5	RP5 - Vocalização Extra Conselheiros	82
7.2	REGRAS DE REPRESENTAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ	82
7.2.1	RR1 – Paridade entre os Segmentos	84
7.2.2	RR2 – Vinculo da Entidade com o Setor Saúde	84
7.2.3	RR3 – Relação Conselheiro(a)-Entidade	88
7.2.4	RR4 – Relação Entidade-Segmento	93
7.3	REGRAS DE ELEGIBILIDADE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ	95

7.3.1	RE1 - Escolha das Entidades	95
7.3.2	RE2 - Escolha dos Conselheiros(as)	97
7.4	VINCULAÇÃO ENTRE AS REGRAS DE PARTICIPAÇÃO, REPRESENTAÇÃO E DE ELEGIBILIDADE	102
7.4.1	Poder de Decisão das Entidades (PDE) que compõem o CMS-M (2018-2020)	102
7.4.2	‘Poder de Decisão’ dos Segmentos (PDS) que compõem o CMS-M (2018-2020): Usuários do SUS e dos Trabalhadores da Saúde	103
7.4.3	‘Poder de Decisão’ do Conselho Municipal de Saúde de Marabá no biênio (2018-2020)	104
8	PARTICIPAÇÃO, REPRESENTAÇÃO E DELIBERAÇÃO NO PROCESSO DECISÓRIO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ-PA (2018-2020)	107
9	RELAÇÃO DA CONFIGURAÇÃO REPRESENTATIVA COM A ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS NO PROCESSO DECISÓRIO/DELIBERATIVO DO CMS-M 2018-2020	116
9.1	APRESENTAÇÃO DOS PONTOS DE PAUTA E TEMAS DISCUTIDOS	116
9.2	POSICIONAMENTOS CONVERGENTES E DIVERGENTES.....	117
9.3	DELIBERAÇÕES	118
9.4	RESULTADO DO PROCESSO DELIBERATIVO	119
9.5	REAÇÃO DO PODER EXECUTIVO EM RELAÇÃO AS DELIBERAÇÕES	119
10	CONCLUSÕES	122
	REFERENCIAS	128
	ANEXO A - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS CONSELHEIROS DO SEGMENTO DOS USUÁRIOS DO SUS	135
	ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS CONSELHEIROS DO SEGMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE	139
	ANEXO C - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS REUNIÕES DO CMS-M: SEGMENTO DOS USUÁRIOS	143
	ANEXO D - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS REUNIÕES DO CMS-M: SEGMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE	144
	ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	145
	ANEXO F - TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO	150
	ANEXO G - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA ENSP/FIOCRUZ	151

1 - INTRODUÇÃO

“Há de se convir que a pessoa que entra para o movimento social não tem mais vida própria, ela passa ter a vida da comunidade. Por isso que a democracia é a força do povo, entendeu? [...] as pessoas da comunidade é que me impulsionam a gritar, a correr atrás, a cobrar [...] O SUS é um dos melhores planos do nosso País. Como conselheira, tenho uma visão mais ampla da efetivação e do grande valor que o SUS exerce na sociedade! [...]. O que não pode é parar o que não pode é retroceder!”.

Conselheira de Saúde do CMS-M, representante dos Usuários.

A fala da conselheira de saúde, que representa o segmento dos usuários, interpreta as lutas populares por participação no contexto de sua atuação no Conselho Municipal de Saúde de Marabá (CMS-M). Decorrente da marcha de conquistas inscritas na Constituição Federal (CF) de 1988, princípio fundamental do SUS e oficializada pela Lei 8142/90, a participação da sociedade no processo decisório das políticas de saúde constitui-se em condição imprescindível para a construção democrática (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

Na América Latina, a democracia foi e ainda é resultado de um processo histórico de lutas e participação popular que, nos anos 1960-80, enfrentaram, na maioria dos países, ditaduras sangrentas. No Brasil, após longos anos de mobilização social e política, envolvendo inúmeros movimentos - armados e/ou políticos - no campo, nas florestas e nas cidades, a Constituição Federal (CF) de 1988 marcou um novo momento histórico, com a formulação de uma Carta que apregoava novos valores de igualdade, direitos e justiça social. Em pauta estavam os já pleiteados direitos à saúde, à educação, entre outros, entendidos como conjunto dos direitos de cidadania.

Foi neste processo histórico que se construiu, no setor saúde, uma práxis de lutas democráticas consolidada na Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando, pela primeira vez desde o acirramento da ditadura militar com o AI-5 (1968), mais de cinco mil representantes da sociedade organizada discutiram e sistematizaram um novo paradigma de saúde para o País.

O resultado da “Oitava” - majoritariamente ligado ao ideário do Partido Comunista Brasileiro (PCB) - conseguiu disputar espaço político na Assembleia Nacional Constituinte, logrando conquistas, em especial a de que ‘Saúde’ fosse legalizada como direito do cidadão e dever do Estado, garantido mediante a construção de um sistema de saúde público e universal. Este foi consagrado em 1990, com a normatização do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Leis Orgânicas da Saúde, 8080/90 e 8142/90 (Brasil, 1990^a; Brasil, 1990b; Moreira e Escorel, 2009).

O SUS, portanto, constrói-se no bojo de uma efervescência político-social caracterizada pela participação da sociedade organizada, o que consolida o ideário de que a concepção e a gestão de políticas de saúde devem incorporar, no seu processo decisório, a participação e a representação dos cidadãos.

Destarte, na prática, o princípio da participação no SUS estabeleceu-se por meio da institucionalização de Conferências e Conselhos de Saúde, mandatórios nos três níveis de governo, para integrar, com função deliberativa (Conselhos), o conjunto de instâncias decisórias do setor saúde.

O processo de institucionalização dos Conselhos de Saúde (CS) possibilitou, em cerca de duas décadas, sua implantação em todos os municípios e Unidades da Federação nacional, reunindo uma diversidade de atores sociais, atuando nos cantos e recantos do país, disputando propostas, programas e projetos de saúde, em uma luta permanente para a garantia do direito universal e gratuito da saúde. Moreira e Escorel (2009) apontaram a existência, em 2008, de 5.564 conselhos de saúde e em torno de 72 mil conselheiros, mais do que o número de vereadores do País à época. Levando-se em conta a paridade, desse contingente, cerca de 36.000 conselheiros representavam os usuários do SUS (Moreira e Escorel, 2009).

Tal processo tem incentivado uma importante produção acadêmica com destaque aos estudos que demonstram os avanços na democratização setorial como resultante da ampliação e diversificação da participação de representantes de segmentos sociais, historicamente relegados dos processos decisórios. E também para os que apresentam críticas, a maioria dirigida à baixa capacidade deliberativa e a supostas cooptações de entidades e segmentos pelo poder público.

Entretanto, na produção teórica que discute as relações entre gestão, Conselhos de Saúde, Participação e Controle Social, a inclusão da região amazônica – como objeto de estudo e/ou produtora de investigações - é incipiente, restrita a poucos artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Perde-se, assim, a percepção de que, em âmbito nacional, os CS são muito diversos, não possuem as mesmas capacidades de mobilização da sociedade, lidam com diferentes peculiaridades regionais e, sobretudo, vivenciam relações políticas próprias da história de cada município e de seus atores sociais e políticos.

Há, pois, que se saudar iniciativas que tentam efetivamente superar estas lacunas científicas, especialmente a colaboração entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e a Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA), na estruturação e consolidação do Doutorado Interinstitucional (DINTER) em Saúde Pública

em Marabá, congregando pesquisadores da ENSP e de Instituições de Ensino Superior da Amazônia.

Fruto deste esforço interinstitucional, a presente Tese ambienta-se no município de Marabá, Estado do Pará, localizado na fronteira amazônica, com 283.542 habitantes (IBGE). Cidade polo da mesorregião ‘Sudeste Paraense’. Marabá é o quarto município mais populoso e terceiro no ranking dos maiores PIBs do Estado; apresenta intensa miscigenação de pessoas e culturas, como já indica o significado de seu nome - "filho da mistura"; e sedia as principais unidades regionais públicas federais e estaduais (Unifesspa, 2018).

Para estudar esta realidade, adotou-se como pressuposto a concepção-prática de que a participação da sociedade nos processos políticos de formulação e deliberação das políticas públicas, em especial no setor saúde, é essencial na conformação de um sistema público de acesso universal e igualitário. Tal fundamento relaciona-se à minha história pessoal e profissional, na qual me dediquei à (i) participação, desde as ‘DIRETAS JÁ!’, no processo de redemocratização do País; (ii) compreensão da importância da participação da sociedade na construção de uma nação democrática; (iii) atuação profissional em CMS e na gestão de políticas públicas em cidades vizinhas a Marabá; (iv) docência do magistério superior, na UNIFESSPA de Marabá, fomentando formação e produção acadêmica reflexiva voltadas ao enfrentamento dos desafios peculiares de saúde do estado do Pará e da Amazônia; e (v) na participação/coordenação de grupos de pesquisas, com destaque: inserção no grupo coordenado por Marcelo Rasga Moreira, cuja temática é ‘participação social, instituições e democracia’ - DCS/ENSP/FIOCRUZ; e coordenador da pesquisa “Democracia e Conselhos Gestores de Políticas Públicas na Amazônia”, desenvolvido na FACIC/ICSA/UNIFESSPA (Moreira, 2009).

Esta trajetória encaminhou a pesquisa para o CMS-M que, com seus 28 anos de existência, congrega usuários(as) e trabalhadores(as) do SUS. A principal esperança do estudo é a de que o conhecimento e a compreensão destes atores políticos sobre as demandas, necessidades e aspirações da população local gere informações e evidências para se compreender as relações que envolvem participação, representação e democratização das políticas de saúde. Tais categorias serão problematizadas a partir de abordagens típicas das ciências sociais e políticas, na tentativa de contribuir com novas evidências para o debate, jogando luz sobre a realidade vivida na Amazônia.

Para tanto, busca-se aprimorar o modelo de análise desenvolvido por Rezende e Moreira (2016), em seu estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Seu principal diferencial é o da criação e uso da categoria “configuração representativa” que visa à

análise da articulação entre regras de elegibilidade, participação e representação no âmbito de instituições participativas, seus impactos na atuação dos conselheiros que representam os segmentos dos usuários e dos trabalhadores de saúde e sua contribuição para o processo decisório e deliberativo das políticas de saúde municipal.

Este modelo foi replicado no CMS-M com o intuito de averiguar em que medida este é capaz de explicar realidades bem diversas que aquela a partir da qual foi criada (CMS-RJ), ou seja, em um conselho de saúde localizado em município de menor porte populacional (Marabá) e em outro contexto regional (Amazônico).

É sob tal perspectiva que desponta a **pergunta-problema** que deflagrou a pesquisa da qual esta Tese é o principal produto: em que medida a “configuração representativa” influencia a atuação dos conselheiros dos segmentos dos usuários e trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde de Marabá?

A resposta a tal pergunta, formulada ainda sem as informações da pesquisa e, portanto, provisória, constitui-se no **raciocínio hipotético**, que, para esta Tese, consolida-se na concepção de que (i) a ‘configuração representativa’ permite compreender adequadamente um conjunto de relações políticas fundamentais para a efetiva democratização das políticas de saúde no âmbito dos conselhos de saúde, funcionando como um importante modelo de análise para os estudos sobre Conselhos de Saúde; (ii) as relações travadas pelos segmentos dos usuários e trabalhadores da saúde são diretamente influenciadas pela configuração representativa; (iii) conselhos cuja configuração representativa apontam para regras de elegibilidade, participação e representação que estimulam a relação entre conselheiros(as)-entidades-segmento/população (relação representante-representado), mais a atuação de conselheiros(as) tenderá a ser democrática; (iv) ao contrário, uma configuração representativa que não estimula tais relações tendem a influenciar no afastamento entre representante-representado, depositando na vontade do conselheiro(a) a possibilidade de atuação democrática; e (v) conselhos com configuração representativa que estimular a relação representante-representado tendem a produzir políticas mais diretamente relacionadas com as demandas e necessidades da população representada.

Testar a capacidade explicativa deste raciocínio buscando aperfeiçoá-lo (mesmo que isto signifique sua completa reconstrução) a partir dos resultados de pesquisa foi a tarefa do pesquisador.

Circunscrita no tempo pelos quatro anos do doutorado e na prática pela pandemia de COVID-19, esta empreitada precisou ser recortada de uma maneira peculiar, que resultou no seguinte **objeto de estudo**: a influência da configuração representativa na atuação dos

conselheiros que representam o segmento dos usuários e trabalhadores de saúde no período 2018 a 2020.

Os resultados, reflexões, aportes metodológicos, conclusões e limites do estudo deste objeto serão apresentados e discutidos após essa Introdução, nas sessões que compõem esta Tese:

A **Seção 2 – Aspectos metodológicos** apresenta a trilha metodológica aplicada, com reflexões sobre os caminhos, rumos, opções, dificuldades e limites encontrados na condução da pesquisa, expondo os caminhos do debate metodológico para a discussão científica para atingimento dos objetivos propostos.

Já a **Seção 3- A Teoria Democrática e sua Aplicação nesta Tese**, apresenta uma discussão sobre a democracia, enquanto sistema de governo que carrega na sua gênese a função de ampliar, cada vez mais, o acesso dos cidadãos aos espaços de representação e participação da sociedade. Analisa apontamentos apresentados por autores que problematizam o tema sobre sistemas democráticos ao longo da história, destacando os avanços e os desafios contemporâneos do processo de participação, representação e controle social, destacando, assim, a importância da construção dos conselhos municipais de saúde e da atuação de atores sociais no fomento de políticas públicas no campo da saúde.

A **Seção 4 - Participação e Representação nos Conselhos de Saúde: um modelo de análise baseado na ‘Configuração Representativa’ e no ‘Poder de Decisão’** - O modelo de análise aqui utilizado procurou trabalhar e aperfeiçoar aquele que foi desenvolvido por Rezende e Moreira (2016) em seu estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A ‘configuração representativa’ é constituída por um conjunto de três tipos de regras institucionais (participação, representação e elegibilidade) que, articuladas, viabilizam uma análise sobre a atuação dos conselheiros (representantes), relacionando-a às relações de responsividade que travam com seus respectivos segmentos e entidades (representados).

A **Seção 5 – Marabá – PA: uma cidade estratégica na fronteira Amazônica** – apresenta uma contextualização de um município de porte médio (283.542 habitantes) na fronteira amazônica. Inicialmente debatendo a lacuna científica nacional em pesquisas sobre os problemas da região amazônica, e as iniciativas desenvolvidas para mitigar esses desafios, com destaque na estruturação do Doutorado Interinstitucional (DINTER) em Saúde Pública em Marabá, em parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e a UNIFESSPA e outras Instituições Federais de Ensino do Pará e do Amapá, no qual o pesquisador está integrado como discente. Aborda ainda os fatores históricos de povoamento do município e da região e ciclos econômicos amazônicos; seus

aspectos políticos, econômicos e, por último as peculiaridades do setor saúde, com destaque no enfrentamento dos principais agravos de morbimortalidade ocorridas no período estudado.

Em relação a **Seção 6 – O Conselho Municipal de Saúde de Marabá (CMS-M)**, detalha sua organização institucional sob três dimensões de análise: Autonomia (estrutura física, recursos humanos e recursos financeiros); Organização (reuniões, capacitação e instâncias internas); e, Inclusividade (forma de escolha do presidente e participação da sociedade nas reuniões). Demonstra ainda os aspectos institucionais das entidades representativas dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores no CMS-M, caracterizando seus objetivos institucionais, e a vinculação ou não com a área de saúde.

A **Seção 7 – A Configuração Representativa do Conselho Municipal de Saúde de Marabá**, evidencia a aplicabilidade do modelo de análise da “Configuração Representativa”⁷ para aprofundar a compreensão do funcionamento dos Conselhos. Tal modelo foi aperfeiçoado e replicado no CMS-M, demonstrando a caracterização das regras de elegibilidade, participação e representação do Conselho com fito a compreender a atuação dos representantes (conselheiros(as) dos usuários do SUS e dos trabalhadores da saúde em relação aos segmentos, entidades e interesses que representam.

A **Seção 8 - Participação, Representação e Deliberação no Processo Decisório do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA (2018-2020)**, A seção objetiva analisar o processo decisório do CMS-M, com base nos temas discutidos nas reuniões ordinárias ocorridas no período e, entender a atuação dos segmentos representados no conselho nos debates (participação), com ênfase nos representantes dos usuários do SUS e dos trabalhadores de saúde (representação) e na homologação das deliberações do Conselho pelo Poder Executivo (deliberação).

Dando sequência, a **Seção 9 – Relação da Configuração Representativa com a Atuação dos Conselheiros no Processo Decisório/Deliberativo do CMS-M 2018-2020**, analisa a Configuração Representativa configurada no PD do CMS-M como um todo (PDCS-M), nos PDs para cada segmento (PDS) (usuários e trabalhadores) e nos PDs para cada entidade (PDE) demonstrados na Seção VII, correlacionando-o com a atuação dos conselheiros no processo decisório/deliberativo do CMS-M (Seção VIII). Com isso atinge-se o **OE IV** e por conseguinte o **OG** desta tese.

Finalizando, a **Seção 10 – Conclusões**, apresenta com base nos dados obtidos uma recapitulação sintética dos resultados mais importantes encontrados na pesquisa, evidenciando na prática de atuação dos conselheiros(as) dos segmentos dos usuários e trabalhadores a influência da “Configuração Representativa” no CMS-M no período estudado, além de propor

indicativos da viabilidade de replicação do modelo analítico originalmente concebido no CMS-RJ em outras realidades (regionais, estruturais, segmentos, etc), possibilitando que pesquisadores(as) e todos(as) interessados em compreender o funcionamento das Instituições Participativas (conselhos gestores de políticas públicas) dentre estas, os conselhos de saúde.

2 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Conforme discutido na ‘Introdução’, a **pergunta-problema e o raciocínio hipotético** que deflagraram a pesquisa da qual a presente Tese é o principal produto, referem-se à influência da ‘configuração representativa’ (categoria que visa à análise da articulação entre regras de elegibilidade, participação e representação no âmbito de instituições participativas) na atuação dos conselheiros(as) que, no Conselho Municipal de Saúde de Marabá, representam os segmentos dos usuários e dos trabalhadores. Tal influência, portanto, constitui-se no objeto de estudo.

Sob tal contexto, a presente seção propõe-se a apresentar e refletir sobre os caminhos, rumos, opções, dificuldades e limites encontrados ao longo da pesquisa, explicitando-os de maneira a propiciar o debate metodológico necessário para a discussão científica. Pretende-se, também, que as discussões sobre o método aplicado possam apoiar novas pesquisas direta e indiretamente relacionadas ao tema abordado.

Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ, sob o n. 27694720.0.0000.5240, a Pesquisa adotou como método o Estudo de Caso, viabilizado por meio de abordagem qualitativa, que, ao adotar como técnicas a entrevista aberta, a observação participante e a pesquisa documental, conjugou fontes primárias e secundárias de informação.

Tal opção metodológica reflete a inserção do pesquisador e autor da Tese no grupo de pesquisa do DCS/ENSP/FIOCRUZ coordenado por seu Orientador cuja temática é ‘participação social, instituições e democracia’.

Neste grupo, um estudo de caso similar já havia sido aplicado no CMS do Rio de Janeiro⁷ e produzido excelentes resultados e reflexões, em especial por ter conseguido formular o conceito de ‘configuração representativa’.

A proposta de replicar o método no CMS-M teve como intuítos (i) analisar a capacidade de o método ser replicado em Conselhos de outros municípios (e até mesmo em Conselhos Estaduais e Nacional); (ii) aperfeiçoar o modelo de análise das relações travadas pelos conselheiros(as) de saúde ao longo do processo decisório; e (iii) consolidar o conceito de ‘configuração representativa’ de maneira a identificar em que medida é capaz de explicar outras realidades que não aquela a partir da qual foi criado, gerando evidências que permitam a utilização por outros pesquisadores(as) e todos(as) interessados em compreender o funcionamento dos conselhos de saúde.

2.1 - OBJETO E OBJETIVOS

O **Objetivo Geral (OG)** da pesquisa é analisar a influência da “configuração representativa” do CMS-M na atuação dos conselheiros titulares que representavam os segmentos dos usuários e dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, no período entre 2018 a 2020.

Para atingir este Objetivo Geral fez-se necessário construir um conjunto de **Objetivos Específicos (OEs)**, que representam e organizam os passos e estratégias essenciais da investigação, aqueles por meio dos quais a pesquisa levanta, sistematiza e analisa o conjunto de informações vitais para o OG. Foram, então, definidos quatro Objetivos Específicos:

OE I: Analisar as regras de elegibilidade aplicadas ao CMS-M, com destaque para aquelas que definem as entidades representantes dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores, e as regras de participação que norteiam as formas de atuação dos conselheiros no órgão colegiado;

OE II: Caracterizar as entidades que representam os usuários e os trabalhadores no CMS-M, com foco nos processos de escolha de seus conselheiros titulares e nas relações que estabelecem com os mesmos;

OE III: Analisar a atuação dos conselheiros titulares dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores no processo decisório do CMS-M no período entre 2018 a 2020, com direcionamento nas posturas de representação por eles adotadas;

OE IV: Relacionar as práticas de representação adotadas pelos conselheiros titulares dos usuários e dos trabalhadores às regras de elegibilidade e participação do CMS-M e às características das entidades que eles representam; correlacionando os achados do OE III com as informações apuradas em OE I e OE II.

Para a consecução de **OE I e II** foram realizadas entrevistas semiestruturadas (técnica de investigação que trabalha com fontes primárias) e pesquisa documental (técnica de investigação que trabalha com fontes secundárias). Para a conclusão do **OE III**, foram aplicadas a técnica de observação participante (técnica de investigação que trabalha com fontes primárias) e pesquisa documental. Por ser uma articulação analítica entre os três primeiros OEs, o **OE IV** utilizou-se das informações neles levantadas.

A seguir, detalham-se as ações, estratégias e dinâmicas desenvolvidas ao longo da aplicação das entrevistas, da observação participante e da pesquisa documental, bem como as opções e limites que o campo de pesquisa apresentou ao pesquisador.

2.2 - A PESQUISA DE CAMPO

Na pesquisa de campo foram aplicadas as técnicas de entrevista, observação

participante e pesquisa documental. Os tópicos a seguir descrevem a aplicação destas técnicas. Importante destacar que, no conjunto de informações levantadas no âmbito da pesquisa, os arquivos com os dados produzidos foram guardados em lugar seguro com condições e prazos previstos na Resolução CNS 466/2012, cujo acesso é exclusivamente realizado pelo autor e/ou por seu orientador (Brasil, 2012).

2.2.1 - As Entrevistas

A partir do OG e dos OEI e OEII, identificou-se que os sujeitos de pesquisa a serem entrevistados reuniam os(as) 10 conselheiros(as) de saúde de Marabá que representavam o segmento dos usuários e os(as) 5 conselheiros(as) que representavam o segmento dos trabalhadores, totalizando 15 conselheiros(as).

Para tanto, foi elaborado, inicialmente, um instrumento adaptado do aplicado por Rezende e Moreira (2016) no CMS-RJ. Realizou-se um pré-teste desta primeira versão do instrumento com o intuito de (i) verificar a inteligibilidade e clareza das questões e (ii) realizar uma primeira análise sobre as informações levantadas a fim de compreender em que medida eram as mais adequadas para atender os objetivos da pesquisa.

Para este pré-teste, buscou-se identificar entrevistados(as) que reunissem características similares aos dos sujeitos da pesquisa, ou seja, que fossem conselheiros municipais de saúde que atuam na região. Em 10 de março de 2021, o pesquisador entrou em contato com conselheiros de cidades vizinhas a Marabá, ocasião em que 3 conselheiros concordaram em participar, sendo um do município de Abel Figueiredo/PA e dois, do município de Rondon do Pará/PA.

As entrevistas do pré-teste iniciaram-se em 12 de março de 2021. Antes de cada entrevista, o pesquisador esclareceu os objetivos da pesquisa e do pré-teste e só iniciou a aplicação da técnica após o entrevistado concordar em participar por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A primeira entrevista, via ligação telefônica (por conta da COVID-19), foi com o conselheiro municipal de saúde de Abel Figueiredo/PA, representante do segmento dos usuários, com 10 anos de atuação no conselho local e indicado por uma entidade religiosa.

Em 16 de março de 2021, foram realizadas as duas outras entrevistas, também por meio remoto (telefone), com os conselheiros de saúde do Município de Rondon do Pará/PA, sendo o primeiro com mais de 20 anos de experiência representando os trabalhadores e indicado por entidade sindical e o segundo, do segmento dos usuários, indicado por uma entidade de moradores com mais de 5 anos na função.

De maneira geral, os entrevistados não tiveram dificuldades para entender as questões formuladas e não apresentaram respostas do tipo “*não sei responder*”. Somente para alguns termos pontuais das perguntas, os entrevistados usaram o termo “*não compreendi*”, o que levou a modificações no instrumento.

Estas entrevistas de pré-teste foram gravadas mediante autorização (TCLE) e integralmente transcritas pelo pesquisador com o objetivo de averiguar a suficiência do instrumento para alcançar os objetivos da investigação.

Verificou-se que as respostas foram favoráveis para confirmar a adequação do instrumento aos objetivos, não havendo a necessidade de alteração na sua estrutura e tampouco de ser testado novamente. Foram feitas correções pontuais de algumas palavras introdutórias (principalmente nas questões 22 e 23), culminando com a criação de uma versão final do instrumento para aplicação nas entrevistas com os conselheiros do CMS-M.

Como seriam entrevistados conselheiros de dois segmentos diferentes, optou-se por dividir o Instrumento em dois que são iguais em conteúdo, diferindo apenas no texto das perguntas que se referem especificamente ao segmento, ou seja: se uma pergunta se refere em um Instrumento aos ‘usuários’, no outro Instrumento a pergunta é a mesma, mas o termo ‘usuários’ é substituído por ‘trabalhadores’ (anexos I e II).

Esta versão final do instrumento é composta por 23 questões dispostas em 5 ‘blocos’: (i) identificação dos Conselheiros; (ii) Caracterização das entidades representantes dos usuários e trabalhadores; (iii) Regras de elegibilidade para ingresso no CMS-M e processo de escolha dos conselheiros; (iv) Relações entre representantes e representados do segmento dos usuários e dos trabalhadores na atuação no CMS-M; e (v) aspectos da atuação dos conselheiros dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores no processo decisório do CMS-M.

Com a versão final do instrumento de pesquisa pronta, o passo seguinte foi o de buscar o contato dos conselheiros(as) do CMS-M, processo iniciado em 19 de março de 2021. A realização de entrevistas presenciais foi descartada por conta da situação de emergência decretada no município de Marabá em decorrência do agravamento da pandemia do Coronavírus. Optou-se, então, pelo contato telefônico e/ou aplicativos e programas que viabilizassem contato virtual online (‘zoom’, ‘teams’ ou ‘whatsapp’).

O primeiro contato foi com o Presidente do CMS-M tendo como intuito a explicação da pesquisa e a solicitação dos números telefônicos e de outras formas de contato com os conselheiros(as) que seriam entrevistados.

O Presidente do CMS-M foi solícito no contato telefônico e requereu o envio formal

da demanda, o que foi feito de imediato, via e-mail institucional do CMS-M (cms.maraba@yahoo.com.br). Decorridas duas semanas sem uma resposta para este e-mail, mesmo com incursões recorrentes por parte do pesquisador, a secretária executiva do CMS-M esclareceu que estava dialogando com os conselheiros para obter as respectivas autorizações, pois não poderia disponibilizar os números telefônicos ou outros meios de comunicação sem a devida permissão por parte dos mesmos.

Paralelamente, em 26 de março de 2021, o pesquisador fez contato com um informante-chave no CMS-M, conselheiro titular representante do segmento dos trabalhadores, que, em razão do seu relacionamento cotidiano no ambiente do conselho, poderia potencializar a iniciativa de participação dos seus pares na pesquisa, o que de fato ocorreu com a disponibilização do contato telefônico de 2 conselheiros representantes dos trabalhadores.

Decorrida mais uma semana do pedido inicial feito ao CMS-M e sem a devida manifestação por parte do Órgão, foi realizado novo contato, nesta oportunidade com a responsável pela secretaria executiva, que informou ao pesquisador que estava com dificuldades de receber a autorização por parte dos conselheiros para disponibilizar seus contatos telefônicos, sem especificar os motivos de tais recusas.

Após inúmeras tentativas de obter as informações solicitadas à gestão do CMS-M, em 27 de abril de 2021, a servidora responsável pela secretaria executiva enviou a relação dos contatos de quatro conselheiros, sendo 3 representantes dos trabalhadores e 1 dos usuários e ratificou a dificuldade de receber a autorização dos conselheiros em disponibilizar os seus contatos pessoais. Dos 4 contatos recebidos haviam dois que já tinham sido disponibilizados pelo informante-chave, portanto obteve-se 2 novos contatos.

Depois disso, a intervenção incisiva do presidente do CMS-M solicitando apoio dos conselheiros para a realização da pesquisa, manifestando a relevância do estudo e a visibilidade que o Conselho teria com a sua publicação, os conselheiros comprometeram-se a agendar as entrevistas, o que de fato aconteceu em 30 de abril de 2021, quando foram disponibilizados os contatos dos outros demais conselheiros.

O Quadro 1 sistematiza toda a dinâmica de contato com os conselheiros de saúde. Nele, cada entrevistado recebe um código alfa-numérico, no qual a letra representa o segmento ('U' para usuários e 'T' para trabalhadores) e o número a ordem em que foram feitos os contatos ('U1' representa, portanto, o conselheiro representante dos usuários que foi contatado em primeiro lugar). Este código será utilizado em toda a Tese, garantindo o sigilo e o anonimato conforme a ética em pesquisa e facilitando as análises e discussões.

Quadro 1- Agendamento das entrevistas com os conselheiros dos segmentos dos Usuários e trabalhadores

Conselheiro(a)	Datas do contato	Data do agendamento	Data da entrevista	Status da entrevista
Segmento dos Usuários				
Entrevistado U1	13/05/2021 19/05/2021	21/05/2021	21/05/2021 às 10.0h	Realizada via telefone
Entrevistado U2	21/05/2021 04/06/2021 18/06/2021	-	-	Não realizada – Não concordou em participar
Entrevistado U3	21/05/2021	01/06/2021	01/06/2021	Realizada via rede social WhatsApp
Entrevistado U4	27/05/2021 02/06/2021 18/06/2021 23/06/2021	-	-	Não realizada – Não concordou em participar
Entrevistado U5	27/05/2021 04/06/2021 18/06/2021 23/06/2021	31/05/2021 18/06/2021	08/07/2021	Realizada via rede social WhatsApp
Entrevistado U6	27/05/2021 04/06/2021 18/06/2021 23/06/2021	-	-	Não realizada – Não atendeu os contatos realizados
Entrevistado U7	31/05/2021	03/06/2021	03/06/2021 as 18.0h	Realizada via telefone
Entrevistado U8	13/05/2021 19/05/2021 21/05/2021	15/05/2021 21/05/2021 02/06/2021	02/06/2021 às 15.0h	Realizada via telefone
Entrevistado U9	13/05/2021	27/05/2021	27/05/2021 às 14.30h	Realizada via telefone
Entrevistado U10	13/05/2021 24/05/2021	27/05/2021 02/06/2021	02/06/2021 às 17.0h	Realizada via telefone
Segmento dos Trabalhadores				
Entrevistado T1	21/05/2021	24/05/2021	24/05/2021	Realizada via telefone
Entrevistado T2	27/04/2021	04/05/2021 07/05/2021 22/05/2021	22/05/2021 às 10.0h	Realizada via vídeo conferencia pela plataforma Google Meet
Entrevistado T3	13/05/2021 31/05/2021	31/05/2021 23/06/2021 08/07/2021	-	Não realizada – cancelou a entrevista em função de atividade profissional na área de saúde na linha de frente do combate a Covid
Entrevistado T4	26/03/2021	23/04/2021 01/05/2021 08/05/2021 10/05/2021	10/05/2021 às 19.30h	Realizada via vídeo conferencia pela plataforma Google Meet
Entrevistado T5	28/04/2021 31/05/2021 04/06/2021 23/06/2021	02/06/2021	-	Não realizada – cancelou a entrevista em função de atividade profissional na área de saúde na linha de frente do combate a Covid

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da pesquisa

Observa-se no ‘Quadro 1’, a insistência do pesquisador em contatar os conselheiros, efetuando várias tentativas de apresentar os termos da pesquisa e de realizar o convite para a efetiva participação no estudo. Outro fator marcante foram as inúmeras remarcações de

agendamento, quer sejam por motivos de atividades profissionais dos conselheiros, principalmente dos trabalhadores que estavam na linha de frente do enfrentamento da pandemia do Covid-19, ou por compromissos institucionais de membros da mesa diretora do Conselho.

O ‘Quadro 1’ também ilustra que 10 dos 15 conselheiros (66%) aceitaram participar do estudo, transformando-se no ‘n’ da pesquisa. Dos entrevistados, 7 eram representantes do segmento dos usuários (70% dos 10 possíveis) e 3, dos trabalhadores (60% dos 5 possíveis).

Em consequência da pandemia do Covid19, que impossibilitou a atuação presencial, as entrevistas conduzidas pelo pesquisador foram todas realizadas por meios de comunicação virtuais através de ligações telefônicas, rede social *WhatsApp* e pela plataforma *Google Meet*.

Na oportunidade que foram realizadas as entrevistas, o pesquisador apresentou verbal e detalhadamente aos entrevistados os objetivos da pesquisa e enviou, via *e-mail*, o TCLE com intuito de demonstrar a transparência do estudo, para dirimir quaisquer dúvidas que porventura pudesse suscitar, e ratificar a seriedade e relevância da pesquisa.

Todas as entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados que manifestaram essa intenção ao assinar os seus respectivos TCLEs. As gravações foram devidamente transformadas em arquivos de áudio e/ou vídeo que foram guardados em local seguro pelo pesquisador, conforme determinam as normas vigentes sobre segurança de dados disponibilizados em pesquisas.

Com base nos arquivos das gravações, as entrevistas foram transcritas com o uso do aplicativo *Gglot.com* que transcreve automaticamente áudios e vídeos para formato de texto. A utilização do aplicativo foi importante para diminuir o tempo de realização da tarefa. Entretanto, a transcrição não foi exata, o que exigiu uma nova rodada de audição a fim de identificar possíveis falhas.

As transcrições das entrevistas foram sistematizadas em dois documentos: o primeiro, voltado para a ‘leitura vertical’ do texto, reuniu o conjunto de entrevistas, permitindo que fossem estudadas em sua sequência original e em sua totalidade; o segundo, viabilizou a ‘leitura horizontal’ ao agregar as entrevistas por perguntas, permitindo com isso a análise comparada de todas as respostas a uma determinada pergunta.

A leitura massiva dos dois documentos (a ‘*introjeção do conteúdo*’ proposta por Bourdieu) permitiu ao pesquisador selecionar as passagens e trechos das entrevistas que produziram as melhores informações para a consecução dos objetivos da pesquisa. Este conjunto de informações foi transformado, novamente como proposto por Bourdieu, no *corpus*, que, daí em diante, tornou-se o documento único utilizado na análise das entrevistas,

cujo resultado será apresentado nas sessões seguintes.

2.2.2 - A Observação Participante

Para atingir ao OE III – *“Analisar a atuação dos conselheiros titulares do segmento dos usuários e dos trabalhadores no processo decisório do CMS-M no período entre 2018 a 2020, com direcionamento nas posturas de representação por eles adotadas”*, adotou-se, num primeiro momento, a técnica de observação participante.

Como as reuniões do CMS-M são abertas ao público, o autor desta tese participou, como cidadão-ouvinte, das 7 reuniões ordinárias que foram realizadas entre agosto de 2019 e março de 2020. Importante destacar que, nestas reuniões, tal participação foi devidamente avisada ao Presidente do CMS-M e, por este, informada ao plenário do Conselho.

Porque o CEP/ENSP só aprovou o Projeto de pesquisa em 17/02/20, nas 5 reuniões anteriores a esta data, a participação do autor desta tese transcorreu como cidadão interessado. Nas duas reuniões posteriores, foi possível aplicar a técnica de observação participante.

Logicamente, a aplicação da observação participante permitiu ao pesquisador refletir sobre as informações que tinha levantado por meio de sua posição de cidadão interessado nas reuniões anteriores à aprovação pelo CEP/ENSP. Não é possível dizer que a técnica foi aplicada nestas cinco reuniões, mas é possível afirmar que seus pressupostos, conceitos e reflexões foram empregados na sistematização e análise das informações.

Nas duas reuniões em que foi aplicada, a técnica de observação participante foi orientada por um roteiro (anexo III) cujos intuitos eram os de identificar o posicionamento dos conselheiros diante das pautas das reuniões; as dinâmicas e relações travadas no processo deliberativo; e a formação de alianças e/ou conflitos entre os conselheiros (e, por conseguinte, as entidades e segmentos que representam), especialmente os que representam os usuários e os trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

A continuidade na aplicação desta técnica foi prejudicada pela pandemia de COVID-19. Em 23 de março de 2020, por meio do decreto 26, a Prefeitura Municipal de Marabá tomou medidas de proteção e distanciamento social que levaram o CMS-M a interromper as reuniões presenciais de 23/03/2020 até 31/07/2020, realizando, neste período, uma única reunião virtual, em abril de 2020. O pesquisador não conseguiu participar desta reunião pois ela não foi publicizada, restringindo assim a possibilidade da população de acompanhar as pautas debatidas.

Para levantar o conjunto de informações necessárias para a consecução dos objetivos

da pesquisa, optou-se por realizar pesquisa documental nas ‘Pautas’ e ‘Atas’ das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS-M realizadas entre agosto de 2018 e julho de 2020, que, até então, equivaliam a todas as reuniões realizadas pela atual formação do Conselho.

Assim, foi possível levantar informações de todas as reuniões ordinárias realizadas pelo CMS-M entre agosto de 2018 e julho de 2020. Para o período de agosto/18 a julho/19, as informações foram levantadas via fontes secundárias (Atas e pautas). Para o período Agosto/19 a Julho/20, as informações foram levantadas via fontes secundárias (Atas e pautas) e primárias (observação participante).

A análise do conjunto de informações levantadas atendeu, também, ao princípio da ‘introjeção de conteúdo’ - com a leitura contínua e constante de todo o material de pesquisa – e da elaboração do *coprus* que, aqui, consistiu na seleção de todas as informações que permitissem analisar as relações travadas pelos conselheiros representantes dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores no processo deliberativo do CMS-M. Serão estas informações que serão analisadas nas próximas sessões desta Tese.

2.2.3 - A Pesquisa Documental

Em relação às fontes secundárias, inicialmente buscaram-se os documentos sobre o CMS-M que devem ser públicos e de livre acesso: Lei de criação, Regimento Interno (RI) e normativos da Conferência Municipal de Saúde de 2018.

Assim, em 18 de fevereiro de 2020, foi realizada uma busca na rede mundial de computadores para averiguar se o CMS-M possuía endereço eletrônico para disponibilizar suas informações aos cidadãos. Constatou-se que o conselho não dispunha de sítio eletrônico para divulgação de seus atos.

Diante dessa constatação, no mesmo dia, acessou-se o portal da transparência da prefeitura municipal de Marabá (<https://maraba.pa.gov.br/>). Também por esta fonte não foi possível levantar os documentos, pois o Portal só disponibiliza documentos editados a partir de 02 de janeiro de 2013.

Prosseguindo a busca por tais documentos, pesquisou-se o site do poder legislativo local (<http://maraba.pa.leg.br/>) em que estavam disponíveis todas as leis municipais desde 1933, sendo possível ‘baixar’ os seguintes documentos: Lei Municipal nº 13.104/1993, que cria a conferência e o conselho municipal de saúde; e Leis nºs 13.914/1996, 15.970/1999 e 16.489/2000, com alterações de artigos da norma constitutiva do conselho (Marabá, 1993; Marabá, 1996; Marabá, 1999; Marabá, 2000).

Diante da impossibilidade de se levantar os documentos restantes via *web*, estes foram

solicitados via e-mail oficial do CMS-M (cms.maraba@yahoo.com.br). Em 19/02/2021, a secretária executiva do CMS-M encaminhou (i) o RI aprovado pela Resolução 015 de 17/07/2014; e (ii) os documentos relacionados à 8ª Conferência Municipal de Saúde de Marabá, de 2018 (Regulamento, propostas aprovadas e relatório final);

Em referência ao **OE II** – “*Caracterizar as entidades que representam os usuários e os trabalhadores no CMS-M, com foco nos processos de escolha de seus conselheiros titulares e nas relações que estabelecem com os mesmos*”, foi planejada a pesquisa em fontes secundárias por meio do acesso virtual nas páginas eletrônicas das entidades dos usuários e dos trabalhadores, bem como nos arquivos do próprio CMS-M com o intuito de dispor de sua documentação constituinte (estatuto) para averiguação de elementos que as identifiquem ou não com o SUS e com as políticas públicas de saúde no âmbito municipal.

Inicialmente, elegeram-se os Estatutos das entidades como elemento de análise. Entretanto, verificação em websites das organizações constatou que somente duas entidades (1 dos usuários e 1 dos trabalhadores) disponibilizam esse documento para acesso público. Ampliando a pesquisa em outras formas de comunicação social, avançou-se um pouco na identificação da caracterização de mais ⁴ entidades (2 dos usuários e 2 dos trabalhadores).

Diante das dificuldades em conseguir os estatutos das instituições, mesmo com forte insistência do pesquisador em obtê-los, foi solicitado à administração do CMS-M a disponibilidade dos documentos. Ainda assim, o êxito foi parcial, visto que ainda ficaram pendentes as informações de 4 entidades do segmento dos usuários.

Como recurso adicional foi acessado o site da Receita Federal do Brasil (RFB) no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) para verificar se as atividades inscritas e desenvolvidas pelas entidades coadunam ou não com a área de saúde.

Para se levantar as atas e pautas referentes às reuniões dos CMS-M (conforme explicado no sub-item II.II.II) também foi necessário solicitá-las por e-mail ao Conselho, embora estes documentos devam ser públicos e de livre acesso. Os documentos foram solicitados à direção do CMS-M em 11/03/2019; 18/02/2020 e 08/05/2020 e recebidos em 15/04/2019; 08/06/2020 e 27/10/2020.

2.3 - UNIVERSO DA PESQUISA

Como a caracterização do Conselho Municipal de Saúde de Marabá será descrita em seção específica, esse tópico tece suas características básicas e os fatores que levaram o pesquisador a escolhê-lo como campo da pesquisa e foco do estudo de caso.

O CMS-M figura como um dos mais antigos instituídos no Estado do Pará, criado em

05/07/1993 pela Lei Municipal nº 13.104, portanto, com 28 anos de existência, revelando-se importante espaço democrático na formulação de políticas públicas no município, inclusive sendo criado anteriormente ao próprio Conselho Estadual de Saúde (Marabá, 1993).

O órgão está situado em uma cidade de ocupação antiga no Sudeste do Pará, considerada “polo regional” de grande influência econômica e política.

O município concentra o maior número de equipamentos e serviços de saúde (Federal, Estadual e municipal), para atendimento da população local e a consequente atração de um contingente populacional oriundos de outros 38 municípios em seu entorno do próprio Estado, e de Estados limítrofes - Maranhão e Tocantins - demandando assim a intervenção do CMS-M na adoção de políticas públicas de saúde articuladas de alcance regionalizado.

Recentemente, no ano de 2018, o CMS-M foi provido de sede própria situada no núcleo/bairro de Nova Marabá, em um prédio bem estruturado dispendo de sala para presidência, espaço para as comissões temáticas e auditório.

As reuniões ordinárias do colegiado ocorrem mensalmente nas segundas quintas-feiras de cada mês e as extraordinárias quando convocadas na forma regimental. A participação das reuniões é aberta à população, entretanto o regimento interno é restritivo ao direito à voz, que somente é concedido se aprovado por maioria dos conselheiros.

A composição do conselho é realizada por meio de processo eleitoral em conferências municipais de saúde obedecendo ao princípio da paridade que seleciona 20 entidades/órgãos municipais, sendo 10 para o segmento dos usuários, 5 dos trabalhadores e 5 dos gestores e prestadores de serviços.

O CMS-M conta com orçamento próprio e mesa diretora eleita com mandato de 2 anos. Em funcionamento, há 4 comissões permanentes: Administrativa, Técnica, Licitação e Avaliação da Atenção Básica. Conta ainda com uma Secretaria Executiva que presta assessoramento administrativo e operacional ao Conselho e a Mesa Diretora.

Outro aspecto importante para delimitação do universo da pesquisa é a atuação do autor nos ambientes dos CMS em razão de sua atuação profissional na gestão de políticas públicas em órgãos públicos municipais na região, criando vínculos com conselheiros e representantes de entidades dos Conselhos Municipais de Saúde.

2.4 - CRONOGRAMA DA PESQUISA

Para a qualificação do Projeto de Pesquisa e a avaliação do CEP/ENSP, elaborou-se um cronograma que previa a realização da pesquisa ao longo dos anos de 2020 e 2021, ficando o ano de 2022 para a redação da Tese e sua consequente defesa.

Contudo, diante das dificuldades de se cumprir os prazos estabelecidos no cronograma original em razão da pandemia de Covid-19 (que limitou o acesso aos conselheiros e ao CMS-M para aplicar as técnicas de investigação), o pesquisador solicitou à coordenação do DINTER ENSP/FIOCRUZ-UNIFESSPA uma prorrogação de prazo de 6 meses, o que foi autorizado, dilatando o prazo até 28 de fevereiro de 2022 para conclusão do estudo. O pesquisador submeteu esta alteração do calendário ao CEP/ENSP que o autorizou, em 16 de março de 2021, por meio do parecer 4.594.519.

Posteriormente, por conta de problemas de saúde do Pesquisador, foi necessário solicitar mais uma postergação de prazo, o que definiu como data limite da defesa, abril de 2022. Assim, o Quadro 2 apresenta o cronograma final da pesquisa:

Quadro 2 – Cronograma da Pesquisa: distribuição das etapas da pesquisa por mês e ano

Etapas da Pesquisa	2020											
	jan.	fev.	ma r.	abr.	ma io	jun .	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez..
Submissão do projeto ao CEP/ENSP	X											
Realização do OE I		X	X	X	X	X						
Realização do OE III										X	X	X
Análise dos dados							X	X	X	X	X	X
Etapas da Pesquisa	2021											
	jan.	fev.	ma r.	abr.	ma io	jun .	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez..
Realização do OE II				X	X	X						
Realização do OE III	X	X										
Realização do OE IV					X	X	X	X				
Análise dos dados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Redação da tese												X
Etapas da Pesquisa	2022											
	jan.	fev.	ma r.	abr.	ma io	jun .	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez..
Redação final da tese	X	X	X									
Defesa da tese			X	X								

Fonte: Elaboração do Autor

2.5 - A TESE

O formato da presente tese é o tradicional, conforme disposto no Regimento Interno da Pós Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública da ENSP (item 17.2, alínea a), composto por introdução, metodologia, discussão teórica do objeto, análise e discussão dos resultados da pesquisa.

No entanto, como parte da construção desta tese, insere-se parte do artigo (aspectos dos resultados) aceito para publicação na revista “*Saúde em Debate*” com o título: *Participação, representação e deliberação no processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA (2018-2020)*¹³, visto que cumpre o “*OE III - Analisar a atuação dos conselheiros titulares do segmento dos usuários e dos trabalhadores no processo decisório do CMS-M no período entre 2018 a 2020, com direcionamento nas posturas de representação por eles adotadas*”.

O artigo foi produzido em meio ao processo de análise dos resultados da pesquisa da tese e de discussão conceitual das características de funcionamento de um conselho de saúde na Amazônia, frente aos desafios políticos e culturais de atuação de atores na construção da participação e do controle social de políticas públicas, objetivando: i) analisar o processo decisório do CMS-M, no período 2018 a 2020, com base nos temas discutidos nas reuniões ordinárias ocorridas no período e, ii) entender a atuação dos segmentos representados no conselho nos debates (participação), com ênfase nos representantes dos usuários do SUS e dos trabalhadores de saúde (representação) e na homologação das deliberações do Conselho pelo Poder Executivo (deliberação) (Rocha e Moreira, 2022).

Portanto, a inclusão de parte do artigo, permitiu construí-la com um aporte singular de reprodução de um material já aprovado para publicação e avaliado por pesquisadores do campo da saúde pública. Trata-se, com isso, de parte essencial da pesquisa da tese e que não poderia deixar de integrá-la, pois a redação e a lógica do texto foram construídas com o intuito de articular/interligar os objetivos específicos. Sua inserção, de certo, faz aprofundar questões importantes do debate do estudo, sem, no entanto, prejudicar o arranjo metodológico, elucidando algo inovador que colabora com o constructo do trabalho.

Conclui-se, assim, a seção dos aspectos metodológicos da Tese. Na próxima seção, serão trabalhadas as categorias e conceitos que constroem a parte teórica da Tese, com destaque para as reflexões sobre democracia, participação, representação, conselhos de saúde e configuração representativa.

3 - A TEORIA DEMOCRÁTICA E SUA APLICAÇÃO NESTA TESE

É importante salientar que essa tese não pretende produzir um debate ampliado sobre o conceito e a prática da democracia, tarefa complexa até mesmo para um programa de ensino. O que se pretende aqui é promover um breve panorama sobre a teoria democrática orientando-o para as abordagens, categorias e conceitos necessários para o desenvolvimento da pesquisa sobre o CMS-M. Neste contexto, as categorias ‘participação’ e ‘representação’ – e suas derivadas, como ‘participação social’, ‘representatividade’ – ganharam destaque por sua capacidade de contribuir com as explicações sobre as relações travadas no âmbito dos conselhos de saúde.

A democracia tem suas origens em Atenas/Grécia, com Clístenes (cerca de 500 anos antes de Cristo), que introduziu uma série de reformas visando a ampliação da participação dos cidadãos no processo de tomada de decisões. Em seu auge, a democracia ateniense criou oportunidades para que todos os seus ‘cidadãos’ (a minoria da sociedade, pois excluía mulheres, menores de 21 anos, grupos étnicos e escravos) participasse, em praça pública (ágora), da definição, via voto, dos rumos da sociedade. As próprias contradições desse processo político de minorias, aliadas à hipervalorização da retórica e da oratória dos proponentes, à desvalorização do conteúdo no debate público com o incremento da prática sofista, aos maus resultados políticos das decisões tomadas, ao crescimento populacional, às guerras constantes e à perda de interesse dos cidadãos, levou ao abandono desta práxis até hoje definida como ‘democracia direta’.

Ainda que tais práticas não tenham sido recuperadas e/ou aperfeiçoadas, os conceitos e ideais democráticos gregos experimentaram uma retomada muito tempo depois, já nos séculos XVII e XVIII da era moderna. Esta retomada foi decisiva para a história contemporânea e marcou os rumos da sociedade ocidental a partir das mudanças políticas ocorridas, sobretudo, na Europa e nos Estados Unidos.

Neste processo, múltiplos e diferentes conceitos e práticas democráticas foram desenvolvidas e praticadas a ponto de ensejar, por vezes, acirradas disputas por hegemonia. Neste contexto e para que esta Tese avance, cabe, agora, adotar uma definição de democracia que funcione como um ponto de partida, ou seja, aquele cujos elementos e componentes são essenciais para qualquer estudo sobre o tema, em especial no que se refere aos conselhos de saúde. Importante destacar que não necessariamente este ponto de partida precisa ser o de chegada.

Schumpeter (1961), cientista político da corrente institucionalista, considera a

democracia de forma extremamente pragmática, definindo-a mais como um método de escolha dos governantes do que como uma forma de governo. Para ele, este método precisa ser institucionalizado pela sociedade, o que significa que os cidadãos devem compreender e aceitar que sua participação – para o autor, “seu papel democrático” - é eleger seus representantes. E, para que este processo seja legitimado pela sociedade, o objetivo democrático é produzir eleições periódicas, justas e livres.

Robert Dahl (1971), cientista político da escola pluralista, aperfeiçoa este raciocínio e demonstra que, entre a democracia grega e a contemporânea, a questão da participação foi a que mais intensamente foi modificada! Para ele, devido às mudanças históricas no processo decisório, à complexificação das sociedades e economias, e à grande extensão territorial e populacional dos estados-nação modernos, tornou-se praticamente impossível a participação direta dos cidadãos nos assuntos do governo – via tomada de decisão direta na *Ágora* -, o que exigiu a instituição de assembleias legislativas em que representantes da população passaram a travar o processo decisório. ‘Participação’, portanto, não pode mais ser dissociada de ‘representação’.

Por isso, a democracia contemporânea, para Dahl (1997), demanda a ampliação da participação, o que repercute na diversidade de posições e redundância na produção de oposições e contestações. A presença ou não desta oposição é um indicador importante para analisar o grau de democratização atingido por uma sociedade, o que leva o autor a classificá-las como: ‘*hegemonias fechadas*’, ‘*hegemonias inclusivas*’, ‘*oligarquias competitivas*’ e ‘*poliarquias*’.

As “*hegemonias fechadas*” indicam a ausência de contestação política e a restrição da participação à oligarquia dominante. Nas “*hegemonias inclusivas*” há maior nível de participação e novas oligarquias são incluídas, evidenciando divergências, mas ainda não fortes o suficiente para serem classificadas como oposição política. Nas “*oligarquias competitivas*”, os embates entre os diferentes grupos passam a ser resolvidos mediante eleições, mas com participação restrita a seus componentes. Somente nas “*poliarquias*” há, finalmente, a participação dos diversos setores da sociedade, que, assim, na visão do autor, dissolveriam o poder político das oligarquias e introduziriam a possibilidade eleitoral ampla e igualitária da oposição - a contestação política - como o que distingue tal sistema (Dahl, 1997).

Dahl (1971), distingue o ‘ideal democrático’ da ‘poliarquia’, entendendo esta como o avanço máximo desenvolvido pelas sociedades contemporâneas (uma espécie de ‘*democracia real*’, não porque seja o máximo possível a ser atingido, mas justamente porque, até o momento, o máximo atingido foi este): “[...] *Poliarquias são regimes substancialmente*

popularizados e liberalizados, isto é, são regimes altamente inclusivos e extensivamente abertos à contestação pública”.

A contestação política só pode existir com a liberdade de organização da sociedade em partidos políticos e outras formas de associação; com regras equânimes e justas para que tais partidos participem das eleições; com eleições justas e livres em que todos tenham as mesmas oportunidades de disputar; e com a garantia da posse e do mandato dos vencedores da eleição.

Mas não basta a participação, visto que os eleitos precisam exercer seus mandatos em instituições que sejam legitimadas pela sociedade civil e política, ou seja, que a população e os partidos políticos reconheçam e aceitem as regras de funcionamento do jogo eleitoral e não tenham motivos para contestar seus resultados. A este processo, o autor denomina ‘liberalização’.

Assim, a democracia, para Dahl (1971), funciona em dois eixos: ‘participação’ (no qual a oposição, a contestação política, os direitos da minoria que perde a eleição, não pode ser suprimido e deve ser valorizado) e ‘liberalização’ (em que as instituições que viabilizam a participação são legitimadas pela sociedade).

Essa é uma definição pragmática e mínima de democracia, mas, como anteriormente aludido, é um ponto de partida fundamental, pois assegura a participação (e, portanto, a representação), a oposição (o direito da minoria) e a institucionalização do processo decisório e político.

No Brasil, a partir de 2014, vivemos exatamente a contestação desses elementos: a não-aceitação do resultado das eleições presidenciais pelo partido derrotado deflagrou um processo político capaz de mobilizar amplos setores da sociedade e articular um golpe em que dois poderes (Legislativo e Judiciário) deslegitimaram o terceiro poder (Executivo), destituindo a Presidente eleita. Na sequência histórica, com a possibilidade real do partido que sofreu este golpe vencer novamente a eleição presidencial, seu candidato foi novamente alvo da atuação do Poder Judiciário, que o prendeu sem provas e o impediu de participar da eleição de 2018, para a qual era favorito.

Também por isto, a definição democrática de Dahl (1971) é o ponto de partida teórico desta Tese. A democracia pode ser muitas outras coisas, mas sem os elementos poliárquicos ora expostos, não se pode dizer que exista.

Importante destacar que, até agora, a discussão sobre democracia concentra-se no âmbito da ‘democracia representativa’. É preciso, pois, fazer transitá-la para o âmbito da ‘democracia participativa’ e por meio de uma abordagem setorial (no caso, o setor saúde), que viabilize sua aplicação aos conselhos de saúde. Contudo, por conta da exigência do DINTER

de se publicar um artigo para o processo de qualificação e que este funcione como uma seção da Tese, esta discussão será apresentada na seção VII que se concretiza no referido artigo.

Isto, no entanto, não impede que se aponte que o próprio Dahl reconhece que, para países de democracia tardia – e o Brasil é um deles -, o caminho que vai da ‘hegemonia fechada’ à ‘poliarquia’ é praticamente uma impossibilidade, visto que, na Europa (a base principal de suas reflexões), levou séculos para se consolidar. Países que passaram por ditaduras assassinas e têm no anseio pela participação política uma das principais reivindicações políticas da sociedade não têm esse tempo disponível.

Idealmente, tais Países precisariam percorrer os dois eixos de maneira razoavelmente paralela, mas o processo político, inevitavelmente, ampliaria mais rapidamente a participação, o que implicaria na intensificação do questionamento à liberalização. Afinal, porque as inúmeras parcelas da população que pouco ou nada foram incluídas em processos decisórios que historicamente lhe foram deletérios vão aceitar as regras que até então a excluíram?

Assim, faz-se necessário incorporar mais alguns elementos para a teoria democrática a ser adotada nesta Tese. O primeiro e mais importante será o proposto por Wanderley Guilherme dos Santos, que, analisando a realidade brasileira, buscou avançar na teoria poliárquica tentando ampliar seu escopo, propondo inserir um terceiro eixo, o das ‘regras de elegibilidade’ (ou ‘de controle’), que correspondem a quem e como tem direito de participar do processo político (Santos, 1998).

Elegíveis, na versão dahlsiana, são aqueles que podem votar (eixo da participação), mas, aqui, são principalmente os que podem ser votados, eixo denominado de controle ou elegibilidade em sentido forte. Assim, os sistemas políticos constituem compósitos que associam graus diferentes de institucionalização (que é o princípio das garantias mútuas transformado em rotina política), de participação e controle. A justificativa para acrescentar o eixo controle encontra-se em algo crucial: a variação entre os países nos requisitos para participar eleitoralmente como eleitor ou como candidato difere consideravelmente, sendo os dois sentidos de "elegibilidade", mesmo nacionalmente, assimétricos e independentes. Ou seja, um país pode progredir bastante ao longo dos eixos participação e institucionalização e manter-se atrasado no que respeita ao controle (Santos, 1998).

A seguir, serão discutidos estes três eixos – ‘participação’ (que obrigatoriamente insere a questão da ‘representação’), ‘institucionalização’ (ou ‘liberalização’, que aborda as instituições democráticas) e ‘elegibilidade’ (ou ‘controle’, que discute quem efetivamente pode participar) – que funcionarão como a base para, nesta Tese, estudar-se não apenas a democracia com foco no cumprimento de seu objetivo geral, qual seja o de analisar a ‘configuração representativa’ do CMS-M e sua influência na atuação dos conselheiros dos usuários e dos trabalhadores.

Antes de avançar, faz-se necessário apontar que o principal limite que tal análise traz para esta tese é o de não viabilizar o estudo direto da questão dos direitos sociais e das desigualdades, o ponto ausente na análise Dahlsiana e também na proposta de Wanderley Guilherme. Como justificativa é até possível demonstrar que a conquista dos direitos sociais tende a ser incrementada em sociedades que atingem o cânone poliárquico e que, ao fazê-lo, reforçam-nos ainda mais. Há dados para defender esta afirmação, mas que apenas confirmam que os direitos sociais são, nesta concepção teórica, derivados ou produzidos pelas regras que definem os eixos de análise. Exatamente por isto, toma-se tal concepção como ponto de partida e não de chegada. Espera-se que este limite inspire outros estudos que não parem por aí.

3.1 - PARTICIPAÇÃO, REPRESENTAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO

Contrariando a tendência da teoria democrática da segunda metade do século XX, que buscava na normatização das instituições políticas o seu fundamento, os teóricos participacionistas concentraram-se em aprofundar a perspectiva da participação a partir de duas críticas principais: em primeiro lugar, embora as normas sejam elementos definidores das instituições modernas, há de se considerar que diversas organizações participativas informais influenciam e agendam boa parte de atores e organizações sociais; em segundo lugar, criticam a abordagem que subordina as instituições políticas à autorização da representação.

Para mitigar tais aspectos, teóricos brasileiros como Avritzer (2008) têm lançado mão de conceitos como o de *'instituições participativas'*, definindo-as como “*formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas*”.

Moreira (2009) sustenta que democratização se estabelece por meio de um processo político-institucional no qual o Estado, de forma contínua e permanente, amplia sua responsividade para com os interesses dos cidadãos na medida em que estes intensificam sua participação em instituições legitimadas.

A fundamentação básica da perspectiva da participação segundo Lüchmann (2008) é a de que a tomada de decisão política é auto-apresentada, e parte daqueles submetidos diretamente ao debate público, o critério de legitimidade do processo de *political decision-making* é fundamentado pelo ente participante.

Na trajetória dos regimes democráticos nos países do norte, consolidados depois da segunda guerra mundial, a participação e a representação dos segmentos organizados da

sociedade civil na definição da importância coletiva das políticas públicas é um fenômeno recente e significa um esforço de superação das limitações dos esquemas representativos clássicos, que delegavam a representação da sociedade ao poder legislativo do tradicional estado moderno (Ouverney, Moreira e Ribeiro, 2016).

Com a conquista da ordem democrática nos anos 1980, no caso brasileiro, há um esforço de avançar no processo de participação popular direta e garantir institucionalmente espaços de representação que pudessem fortalecer valores e práticas democráticas que se impõem contra a lógica tradicional do fazer política, vinculada ao autoritarismo, subalternização e invisibilidade de grupos sociais.

As múltiplas experiências de participação popular que se disseminaram no Brasil, caminharam na perspectiva de ampliar, cada vez mais, o acesso de grupos sociais esquecidos e subjugados na lógica ditatorial. A proposta apregoada na concepção do SUS da gênese dos conselhos de saúde se coloca nesse contexto de criação de acessos novos de participação e representação social nas discussões e definições de políticas públicas inclusivas.

Para Pitkin (1972), a representação, enquanto teoria democrática emerge do sentido básico de que a tomada de decisão política em sociedades complexas é possível quando é feita por meio da representação autorizada. Isto é, a legitimidade do processo decisório encontra-se no momento em que cidadãos escolhem seus representantes por meio do voto. Tais representantes carregam consigo, portanto, a vontade dos cidadãos.

Daí seja esclarecedor salientar os debates sobre mandato-autonomia apresentado pela autora que aponta as controvérsias sobre o significado do papel do representante: se por um lado, o papel do representante é fazer o que a ele foi delegado, isto é, agir no lugar de alguém; por outro, o representante, é escolhido justamente pela sua habilidade maior para ocupar a função, dando a ele independência para agir, conforme ele julgar ser melhor para todos.

Burke (1949) estabelece que o representante não deve ter a fidelidade obrigatória a quem o elegeu, visto que a sua função não é representar o grupo e sim os interesses de toda nação.

Tanto representantes como representados nutrem seus interesses que são postos na seara do processo decisório. Mill (1978) declara a importância do sistema representativo para definir as formas de governo quanto as limitações impostas para efetividade desse poder.

O desafio do sistema representativo é, portanto, o de compatibilizar os interesses individuais com os interesses coletivos. E como fazê-lo?

Krouse (1982) destaca a importância da democracia representativa na identificação dos interesses dos representantes com os interesses dos representados sem, contudo, prescindir

dos interesses da própria sociedade. Em complementariedade, Pitkin (1972) indica que por meio da legislação e da representação é possível nivelar os interesses próprios com os interesses comuns.

Mill (1981) defende um processo eleitoral competitivo que promova o contraditório e que possibilite a inserção dos diversos grupos sociais na seara política. Aprofundando, Avritzer¹⁹ propõe uma forma ampliada de representação, a que compatibilize as dimensões eleitorais e não eleitorais possibilitando as diversas formas de participação de novos atores.

Por conseguinte, os diálogos estabelecidos por Miguel (2013), sustentam que a perspectiva democrática contemporânea, se funda em decisões que não são tomadas pelo povo de forma direta. A representação é a prática democrática em si – em se tratando de uma democracia grega ideal – traz algumas exigências fundamentais, do ponto de vista conceitual. O autor ainda aponta quatro outras questões: i) a relação entre governante e governado, na medida em que o primeiro exerce nominalmente um poder delegado pelo cidadão; ii) a formação de uma elite política, quando ocorre uma especialização dos tomadores de decisão; iii) a possível ruptura dos vínculos entre a vontade dos representados e a dos representantes; e, iv) a distância em que se firmam promessas e o da tomada de decisões.

No que diz respeito às diversas instâncias de representação política, a experiência dos conselhos aparece como prática de “representação das organizações da sociedade civil”. Em termos teóricos, há uma incorporação de mecanismos de representação, que ocorre seja no momento da discussão política, seja no de tomada de decisão em si. Na prática, no entanto, há quase que uma indissociabilidade entre participação e representação que só é possível denotar a partir de casos concretos, como o que colocamos em análise nessa tese.

3.2 - DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO NO SETOR SAÚDE

Sabroza e Leal (1992) já problematizavam em suas discussões sobre saúde, afirmando que a crise global do modelo de produção capitalista repercutia em diversas formas de organização econômica e social, com impactos relevantes na qualidade e nas condições de vida da população. Nessa perspectiva, conforme assinalam os autores, pensar em políticas de saúde e sua democratização pressupõe entender os processos de desenvolvimento do capital globalizado, que produz riqueza e pobreza de forma desigual, face às estratégias de atuação das forças sociais.

No Brasil os impactos dessas políticas globais, que se materializam nos variados territórios, por meio de políticas de desenvolvimento baseadas na expropriação e rapina de recursos naturais, deterioram a vida societária, produzindo pobreza e desigualdades sociais.

Com isso, a participação cidadã, por meio dos processos democráticos institucionalizados é ferramenta estratégica para o fortalecimento de ações políticas que se contradizem a essa lógica de acumulação de riqueza desigual.

Moreira e Escorel (2009) e Rezende e Moreira (2016) em seus estudos sobre representação e participação são enfáticos em afirmar que o arranjo democrático brasileiro, que tem os Conselhos Gestores como expressão atual, amplia a participação social no processo decisório das políticas públicas e configuram-se em experiências marcantes na conjuntura de renovação das democracias contemporâneas. No entanto, tal processo é sempre marcado por disputas, conflitos, embates e controvérsias que estão no bojo de todo processo democrático.

As discussões que envolvem as categorias presentes no processo democrático, como participação e representação são marcadas por momentos de crítica ao modelo, pela natureza e influência da matriz econômica (infraestrutura e superestrutura), ao mesmo tempo em que invisibiliza o papel dos sujeitos sociais envolvidos nos processos de defesa e tomadas de decisões no âmbito de uma política pública.

No caso de políticas que envolvem a questão da saúde no Brasil é importante considerar o impacto do modelo de desenvolvimento econômico, político e social da nação brasileira e suas diferenciações regionais que influenciam na composição e na tomada de decisões dos conselhos de saúde, sem com isso, diminuir e nem ignorar o papel dos conselheiros na defesa de políticas sociais.

Moreira e Escorel (2009) identificaram que as análises sobre esses conselhos concentram-se em abordagens sobre os avanços e limites da participação de novos atores na condução das políticas, mas estudos recentes também contemplam a reconfiguração da representação da sociedade em tais instâncias e seu papel na efetividade da participação. Com isso, é importante manter uma visão crítica sobre a atuação dos conselheiros, diante das influências política e econômica, presentes na lógica capitalista das democracias contemporâneas, sem, no entanto, deixar de admitir que a institucionalização produziu resultados importantes e um novo campo de disputas pelo bem público e pelos direitos sociais.

Neste contexto, os conselhos de saúde se colocam pela força de sua institucionalização e por suas atribuições deliberativas em todas as etapas do ciclo de políticas, garantidas pelas Leis Orgânicas do setor. Desta feita, os conselhos promovem a participação social no SUS incluindo segmentos diretamente vinculados ao mesmo: usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço (Moreira e Escorel, 2009).

Concomitante a esse processo, há indícios que vários conselhos de saúde no país já sofrem por mudanças conjunturais da política brasileira, bem como as crises estruturais do sistema econômico.

É importante destacar os arranjos políticos e institucionais, mais recentes já influenciam nas formas de organização social e na atuação dos movimentos populares e segmentos políticos que atuam no campo dos direitos sociais.

Kendall-Taylor e Frantz (2014) observam que principalmente a partir dos anos dois mil, que em vários cantos e recantos do mundo, lideranças eleitas democraticamente com estilos personalistas de governança têm dominado espaços midiáticos tradicionais e eletrônicos para questionar as instituições democráticas e a própria democracia.

Recente estudo aponta que as principais conquistas obtidas com o SUS nos últimos 30 anos podem ser deterioradas por bruscas transições sociopolíticas e econômicas e pela adoção de políticas de austeridade. Os referidos autores destacam que os avanços obtidos nos últimos anos podem retroceder, dado as alterações políticas conjunturais e os novos arranjos políticos institucionais (Castro *et al*, 2019). Desta feita, assim problematizam:

Although the SUS has undoubtedly contributed to improvements in the health and wellbeing of the Brazilian population and helped to reduce health disparities, these gains are fragile. Brazil is undergoing a major sociopolitical and economic transition; the political shift to far-right populism is testing democracy and threatening human rights. This shift, which is often accompanied by austerity policies, is likely to adversely affect the SUS and worsen inequalities (Castro *et al*, 2019 p. 9).

Mesmo considerando a coerência das discussões apontadas pelos autores aliados ao processo de avanço das políticas neoliberais é importante considerar que as forças sociais têm uma história de mobilização e articulação do povo brasileiro por direitos sociais fundamentais. Foi de forma similar que o movimento pela reforma sanitária e saúde ganhou proporções de movimento de massa no período ditatorial civil-militar.

E no período mais recente, as ações de mobilização social e discursiva continuam com o ensejo de manter as conquistas e enfrentar os desafios que tentam impor retrocessos, tanto no SUS, como também em outras políticas como da seguridade social e educação.

É importante sustentar que democratização, conforme assinala Moreira (2009) em sua tese de doutoramento, se estabelece por meio de um processo político-institucional no qual o Estado, de forma contínua e permanente amplia sua responsabilidade para com os interesses de todos os cidadãos. Dessa maneira, é imprescindível a participação das diversas forças sociais e políticas, atendendo aos diferentes segmentos da sociedade no processo de tomada

de decisões sobre a política pública. Tais prerrogativas parecem se enfraquecer frentes aos novos arranjos políticos institucionais atuais.

Neste sentido, não se pode pensar em processos democráticos, sem participação da sociedade, sem a interação de campos distintos de poder; seja nos espaços institucionalizados de tomada de decisões estabelecidos pelo Estado, seja nos embates sociais que envolvem mobilização e discussão dos rumos das políticas públicas, os quais são estabelecidos também pelo jogo político.

Destaca-se a importância dos espaços de interação social, marcado pela diversidade de atores que atuam de acordo com a sua conformação no grupo que representam. Com isso, o processo democrático é marcado por relações que se estabelecem pela ordem do discurso e pelas práticas sociais dos atores envolvidos na tomada de decisões que envolvem debates de ideias e concepções das questões colocadas.

No campo da saúde, o processo de democratização tem sua história marcada por lutas sociais que levaram a conquistas de direitos importantes neste campo, que se institucionalizam na criação do SUS, o qual se materializou a partir dos anos 1990 e se expandiu pelo território nacional com avanços significativos. Conforme assinalou Moreira (2009):

Ao longo de suas duas décadas de funcionamento, o SUS foi capaz de ampliar consideravelmente o acesso aos serviços, sobretudo na atenção básica, estendendo-a a segmentos sociais historicamente desassistidos pela política de saúde; de descentralizar recursos e atribuições políticas para estados e municípios; de desenvolver um programa específico para lidar com a prevenção e o tratamento de HIV/AIDS; de atender, na emergência e na reabilitação, parte importante da demanda gerada pela violência urbana contemporânea, sobretudo acidentes de trânsito e ferimentos por armas de fogo; e de identificar questões socioculturais complexas como aborto, violência e consumo abusivo de álcool e drogas (incluindo o cigarro) como problemas de saúde pública, buscando pautar a agenda política nacional (Moreira, 2009, p. 10).

É importante evidenciar que a luta pela garantia do SUS deve ser contínua e permanente, dado o retrocesso que pode ocorrer nas políticas de saúde influenciadas por relações e disputas por um modelo de saúde pública, como se vislumbra no cenário atual. Há um fortalecimento de segmentos sociais que continuam defendendo privatizações no campo da saúde e apregoam retiradas contínuas de recursos do SUS.

Nos municípios, as disputas pela implementação das políticas são ainda mais severas pela proximidade dos atores sociais envolvidos. Os avanços na efetividade do SUS na vida dos cidadãos brasileiros, mesmo que sejam ainda insuficientes para garantir o estabelecido pela Constituição de 1988, é imprescindível a manutenção das lutas e articulações

institucionais, via conselhos e as mobilizações de massa, por meio dos movimentos sociais.

Seguindo essa matriz, parece pensamento comum que todo processo de democratização envolve disputas de interesses políticos e sociais divergentes. Sua construção se dá em um ambiente de contradição. No campo da saúde, direito social essencial, que garante ou não a reprodução social de indivíduos e grupos vulneráveis, as disputas se colocam no limite da ética e da alteridade.

Moreira (2009) é contundente ao afirmar que em termos macro é possível considerar a democratização como o processo histórico no qual, em um determinado regime político, a relação estado/sociedade torna-se, paulatinamente, mais próxima e responsiva. Tal processo, conforme assegura o referido autor, manifesta-se ao passo que um número cada vez maior de cidadãos tem a oportunidade de participar contínua e deliberativamente do arcabouço institucional no qual o processo decisório das políticas públicas é travado. Tal participação é possível enquanto as regras institucionais tornarem os custos de aceitação dos conflitos de interesses menores do que os de sua supressão.

No contexto nacional, estados e municípios também atuam na formulação e decisões no campo das políticas públicas, isto significa que a democratização ocorre, também, em termos micro, no qual os atores, seus interesses, o processo decisório e o arcabouço institucional variam de acordo com as unidades subnacionais e com o setor público que produz as políticas (Moreira, 2009).

Com isso, se reforça a tese de que não pode haver representação e participação com ausência de um processo democrático. Esse processo se expressa no movimento da reforma sanitária que no processo de criação do SUS sustentou a necessidade de maior participação e representação social, como mecanismos de fortalecimento popular no conjunto das definições das políticas de saúde. Com isso, os conselhos de saúde são vistos como parte da estratégia de qualificar o processo democrático na gestão das políticas públicas de saúde, que será abordado na seção seguinte descrevendo as peculiaridades dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil.

3.3 - DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE: CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL

A história dos Conselhos de Saúde no Brasil se insere no contexto da trajetória de conquista do SUS, que tem sua concepção a partir dos anos 1970, se configurando como um dos poucos modelos de saúde pública do mundo, concebido a partir de princípios universalistas e igualitários, fundado no ideal de saúde enquanto direito de todos e dever do

Estado.

Não há como pensar a trajetória de constituição do SUS sem mencionar o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que se desenvolveu no contexto das lutas da sociedade, com a inserção de novos atores sociais que emergiram no embate contra o regime ditatorial civil-militar (1964-1985). O MRSB questionava o modelo de saúde pública vigente, segmentado, elitista e privatista que não atendia aos anseios da população mais pauperizada, defendendo a universalização do acesso aos serviços públicos de saúde, pela democratização das estruturas políticas, melhores condições de vida aos cidadãos e pela redemocratização política-institucional do País (Paim, 2008; Menicucci, 2014).

O processo de democratização defendido pelo MRSB não se resumia ao acesso a saúde, e sim uma proposta ampliada de reforma social, um processo de transformação da estrutura de poder - do aparato político institucional, possibilitando assim a democratização da saúde e a consequente inserção de novos atores coletivos com o intuito de conquistar também a participação do processo decisório do sistema de saúde (Carvalho, 1997).

A área de saúde é a que mais se destaca na adoção de mecanismos de participação social em relação às outras áreas de políticas públicas, inicialmente explicada em razão das exigências constantes nos contratos de financiamento; acordos/patrocínios/fomentos financeiros, concedidos aos países latino americanos por agências internacionais de desenvolvimento destinados aos programas de saúde.

Essas organizações exigiam contratualmente dos governos a efetiva participação das comunidades beneficiárias dos serviços de saúde em todas as fases do projeto: na organização, execução e fiscalização, buscando atingir melhoria de qualidade de vida da população atendida.

Essa forma de incentivo de participação popular proposta por organismos internacionais, mesmo constituindo como espaços estratégicos para o MRSB contestar o modelo privatista e excludente de saúde e apresentar seu projeto político-sanitário contra hegemônico para o País, enfrentou severas críticas, com destaque para: i) a omissão da dimensão política desta participação, indispensável para a reflexão crítica das políticas públicas subsidiadas e defendidas pelo regime militar; e, ii) as agências internacionais das nações desenvolvidas por meio desses projetos buscavam difundir a agenda neoliberal nos países em desenvolvimento, em especial no Brasil (Cortes, 1998; Labra, 2009).

Dentre as críticas, Cortês (1998) destaca:

Durante as duas últimas décadas, nos países desenvolvidos, a institucionalização de

mecanismos participatórios tem sido vista como um complemento ou como uma alternativa às formas tradicionais de representação política nas democracias liberais. No mesmo período, as agências internacionais têm preconizado que nos países em desenvolvimento seja promovida a auto-sustentação econômica e a participação comunitária, vistas como meios para atingir o desenvolvimento. Os cuidados primários de saúde seriam uma das principais estratégias para melhorar as condições de saúde nesses países. Uma de suas diretrizes centrais consiste no estímulo da participação comunitária (Cortes, 1998, p. 6).

Durán e Gerschman (2014) afirmam que havia um antagonismo de duas propostas para a implementação do novo sistema de saúde brasileiro. De um lado, o pressuposto neoliberal, defendendo que somente se conquista o crescimento social, político e econômico das nações por meio da direção dos mercados, conforme apregoados no Consenso de Washington, e na adoção de um Estado mínimo na condução das políticas públicas. De outro lado, o MRSB sustentava que o Estado tem papel imprescindível na condução e consolidação das políticas públicas e dos direitos sociais, portanto, deve possibilitar maior participação e representação dos atores sociais.

Cabe salientar que a efervescência das lutas sociais efetivas nos anos 1970 e 1980 no Brasil e na América Latina, questionava a ordem ditatorial vigente, defendendo participação e controle social das forças populares, em relação à formatação de políticas públicas.

No período vivia-se em uma conjuntura de transformações sócio-culturais, políticas e econômicas que culminaram com um novo ciclo democrático, acompanhado também por uma nova ordem mundial caracterizada pelo apogeu da doutrina neoliberal e pela globalização, que opunha as conquistas possibilitadas com o processo de democratização.

Nesse contexto (década de 1980) o MRSB se fortalece com a mobilização social nos mais variados segmentos; articulação política pluralista e suprapartidária, aliados ao anseio popular por redemocratização, e a abertura política do país, foram cruciais para prover as condições sociais e políticas para propor um novo sistema de saúde com base no ideário de saúde como direito fundamental e dever do Estado em prove-los a população brasileira (Gerschman, 2004; Escorel e Moreira, 2012; Rezende, 2015).

Esse ambiente foi preponderante para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, orientada pelo tema: “Democracia é Saúde” que, pela primeira vez, contou com expressiva participação da sociedade civil organizada nos debates de propostas de reformulação da área de saúde (Brasil, 1986).

O relatório final aprovado referendou os principais temas debatidos pelo MRSB e consolidado como proposta de reforma do sistema de saúde brasileiro a ser defendido no processo de discussão na Assembleia Nacional Constituinte. Dentre as teses apresentadas

destacam-se: i) a ampliação do conceito de saúde; ii) o princípio universal de saúde como direito com o acesso universal, igualitário, por intermédio de uma rede de serviços de saúde descentralizada, regionalizada e hierarquizada; iii) reestruturação do sistema nacional de saúde com a criação de um sistema único de saúde; iv) garantias de participação popular na gestão da saúde; v) reestruturação do Conselho Nacional de Saúde ampliando sua representação; e, vi) criação de instâncias de participação social (conselhos de saúde) nos planos local, municipal, regional e estadual integrados por representantes eleitos pela comunidade dos segmentos sociais de usuários e trabalhadores (Brasil, 1986; Escorel, 1999).

Depois de longos anos de organização e lutas sociais e políticas, envolvendo inúmeros movimentos no campo, nas florestas e nas cidades, aliados ao protagonismo do MRSB na articulação social, política e partidária corroboraram para a vitória de seu projeto no processo constituinte.

É nesse cenário de efervescência social e política que o Sistema Único de Saúde (SUS) é concebido pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, como um paradigma edificado no bojo da participação popular na gestão das políticas públicas que almejada justiça social, democracia e políticas públicas inclusivas no Brasil (Brasil, 1990a).

Entretanto, o ideário de participação no sistema de saúde sofreu consideráveis modificações em relação ao constante no texto constitucional, motivados por vetos presidenciais nos artigos referentes a participação e institucionalização dos conselhos de saúde, situação essa superada com a edição da Lei 8.142/90 que recupera os artigos vetados e tornou obrigatório a criação em todos os entes da federação de foros colegiados próprios para o exercício da participação, denominados de Conferências e Conselhos de Saúde, conferindo o caráter deliberativo dos conselhos (Brasil, 1990b).

Outra prerrogativa desta lei é a de conformar a composição representativa desses órgãos, incluindo os segmentos da sociedade diretamente afetados pela política de saúde: usuários do SUS, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviço, respeitando o princípio de paridade da representação dos usuários em relação aos demais segmentos.

Na contramão do proposto na VIII CNS a configuração dos Conselhos de Saúde inclui atores das variadas camadas sociais, com origens, características, projetos e interesses distintos, colaborando para que o caráter da participação no sistema de saúde brasileiro se aproxime da concepção de participação social (Rezende, 2015).

Moreira (2009) indica que a criação dos Conselhos de Saúde ampliou a inserção de novos atores na arena de negociação política, indispensáveis para a vitalidade do processo democrático.

A transformação dos Conselhos de Saúde em órgãos colegiados, abrindo espaço para a participação dos principais atores políticos cujos interesses vinculam-se à política de saúde, insere-os no processo democratizante, pois além de incluírem novos atores políticos, assumem a função de arena, de palco de competição política, características que os relacionam ao modelo consensual de democracia (Moreira, 2009, p. 97).

O CNS emitiu em 1992 a Resolução nº 33 editada para suprir omissões da Lei 8.142/90 em regulamentar as regras de funcionamento dos Conselhos de Saúde concernentes aos aspectos da composição, estrutura e competência, reafirmando a paridade de representação nos conselhos de 50% de sua composição dos usuários, 25% dos profissionais de saúde e os outros 25% das vagas destinados aos gestores do sistema e aos prestadores de serviços (Brasil, 1992).

A Resolução CNS 333/03 com diretrizes de proporcionar maior amplitude quanto ao funcionamento dos conselhos, com destaque para: i) descentralização dos Conselhos de Saúde estabelecendo os Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente; ii) reafirmação do princípio da paridade como base para composição da representação dos segmentos nos CS, definindo que 50% dos assentos nesses colegiados devem ser destinados às entidades representantes do segmento dos usuários, 25% para as entidades dos trabalhadores e os demais 25% para representações do governo e dos prestadores de serviços privados ou sem fins lucrativo; iii) atuar na formulação e proposição de estratégia no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros com abrangência de sua aplicação aos setores público e privado; iv) ampliação do conjunto de organizações da sociedade civil elegíveis para atuar nos CS; v) ampliação das competências dos CS, tanto as relacionadas à aprovação e fiscalização dos instrumentos de gestão, quanto as referentes à articulação, mobilização e educação da sociedade para a defesa dos princípios do SUS, inclusive o controle social, dentre outras (Brasil, 2003).

Moreira (2009) ressalta que as resoluções do CNS possuem caráter meramente informativo com instruções para a organização das instancias colegiadas e demais entes administrativos do SUS, entretanto não possui poder normativo legal. Tais instrumentos aliados a Lei 8142/90 concede prerrogativas aos conselhos estaduais e municipais para produzirem suas próprias estruturas organizacionais, instituindo suas regras e regimentos internos, o que gerou uma diversidade de modelos institucionais pelo país, no qual o autor

qualifica esse fenômeno ao analisar o conjunto de CMS brasileiros como “flexibilidade normativa” debatendo sobre os efeitos dessas diversidades de regras de elegibilidade e participação diante dos diferentes arranjos normativos das entidades que representam os segmentos nos conselhos.

A partir do processo de institucionalização da participação social possibilitadas pela Constituição de 1988, o Brasil experimentou uma verdadeira expansão de conselhos gestores de políticas públicas. O setor saúde foi o que mais avançou estruturando uma rede de conselhos (nacional, estadual, municipal e distrital), que conjugava, no último estudo censitário publicado, mais de 5.000 conselhos de saúde e mais de 70.000 conselheiros (Moreira e Escorel, 2009).

3.4 - CONSELHOS DE SAÚDE: AVANÇOS, AMEAÇAS E PERSPECTIVAS

Com expectativas de prover estreitas relações entre o Estado e a Sociedade, a CF de 1988 insere no seu bojo um novo arranjo democrático; abrindo possibilidade de criação de Conselhos Gestores de Políticas Públicas nos três níveis de governo com fito de disciplinar institucionalmente à participação da sociedade por intermédio das organizações sociais que os representam na gestão das políticas públicas.

Gohn (2001) esclarece que a partir de 1990, ocorre uma mudança de paradigmas na construção dos espaços democráticos dos conselhos gestores de políticas públicas, quando a participação comunitária e a participação popular dão lugar à participação cidadã (institucionalização) e, à participação social (a mobilização é reorientada não no sentido de protesto, mas no sentido de demandar objetivos comuns), ou seja, para a autora o exercício da democracia deve ser encarado como um processo e, desta forma necessita de tempo para a sua construção e consolidação.

O desenho político-administrativo conquistado por inferências de intensas lutas e negociações na arena social e política possibilitou novos modelos de exercício democrático no campo da saúde, culminando com a institucionalização dos conselhos de saúde e delegação de competências que os tornaram importantes palcos na esfera decisória, responsáveis pela condução das políticas públicas inerentes ao SUS.

Esse processo de institucionalização dos CS possibilitou a implantação em todos os estados do Brasil, reunindo uma diversidade de atores sociais, atuando nos cantos e recantos do país, disputando propostas, programas e projetos de saúde, em uma luta permanente para a garantia do direito universal e gratuito da saúde. Desta feita, a institucionalização protagonizou novas disputas e relações de poder, o que impôs o redimensionamento de

posições e articulações nos espaços dos Conselhos, para resguardar os ditames constitucionais e o que foi estabelecido com a criação do SUS.

Moreira e Escorel (2009) em pesquisa censitária dos CMS no Brasil em 2007, confirmaram a existência de 5.564 conselhos de saúde e em torno de 72 mil conselheiros, até o ano de 2008. Dados de julho de 2021 do Conselho nacional de Saúde, divulgados pelo Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) aponta que há 5.570 Conselhos Municipais, 26 Conselhos Estaduais, 36 Conselhos Distritais de Saúde Indígenas e do Conselho do Distrito Federal, cadastrados no Ministério da Saúde.

Há uma variedade de estudos sobre os conselhos de saúde no Brasil. Do pioneirismo de Carvalho (1995) aos contemporâneos, a maioria aborda, de forma mais ou menos ampla, a concepção, funcionamento, avanços, perspectivas e limites dos conselhos, seja de forma de ensaios, ou por meio de estudos de caso (Correia, 2000; Cortes, 2002; Fuks, 2004; Souza e Heller, 2019; Rocha e Moreira, 2022).

Alguns abordam as características inerentes à cultura política que se revelam nos espaços dos conselhos de forma a prejudicar sua legitimidade, influenciar fortemente no cumprimento de suas atribuições institucionais e obstaculizar a inclusão de novos atores sociais em seu processo decisório (Santos e Avritzer, 2002; Labra, 2006; Labra, 2010; Durán, 2013).

Isso demonstra que o recente período democrático ainda se mostra incipiente para modificar as conformações históricas de interação entre o Estado e a Sociedade no provimento das políticas públicas, em razão da estrutura política brasileira estar fortemente enraizada por valores políticos tradicionais, como: centralização de poder, paternalismo, autoritarismo e elitismo, marcados por relações assimétricas de poder orientadas por práticas clientelistas e fisiológicas, corporativismo como mecanismos de negociação de interesses de grupos políticos e limitado grau de participação política e associativismo (Escorel e Moreira, 2012; Rezende, 2015; Labra, 2005).

Labra (2010), aponta características de ordem geral que afetam o desenvolvimento do “sistema nacional participativo”, e outras de caráter específicas, e ambas influenciam no desempenho dos colegiados dos CMS. A referida autora enumera dentre às questões de ordem geral: “as imperfeições do Estado de Direito e das instituições políticas, os valores autoritários, excludentes e clientelistas que conformam a cultura política e as limitações impostas pelas desigualdades socioeconômicas à constituição da cidadania plena” (Labra, 2010, p. 90).

Lenardão (1997) aponta para que mesmo em regimes democráticos manifestam-se

práticas do “neo-clientelismo” – um estilo de política que é marcado pela busca permanente de cooptação e controle dos movimentos sociais populares.

Estudo dirigido por Labra (2006) corroboram esta constatação de poder das forças políticas dominantes, ao afirmar que: “sob os diversos autoritarismos que sufocaram o florescimento da democracia... lideranças políticas, patronais e sindicais foram cooptadas em troca de benesses e privilégios preservando-se, assim, o viés de uma cultura política autoritária e clientelista” (Labra, 2006, p. 202).

Carvalho (1997) aponta que estas práticas são manifestas nos Conselhos de Saúde em cooptação por meio de formação de alianças entre o Poder Público e as entidades da sociedade civil organizada, comprometendo assim sua legitimidade da representação de tais instituições, impedindo e/ou postergando a plena democratização das políticas de saúde.

Valla (2000), manifesta sua preocupação quando indaga a constituição dos conselhos de saúde como instâncias institucionalizadas burocratizadas, com baixa participação e representatividade, que não vocalizam as demandas dos movimentos populares em seu espaço de construção de políticas públicas. Assim o autor afirma: “*é possível que a importância dos conselhos como lugar privilegiado de participação popular no setor da saúde venha resultando em uma espécie de encurralamento do movimento popular em um espaço que, muitas vezes, é burocrático e de pouca representatividade*” (Valla, 2000, p. 259).

Essas abordagens inerentes às forças políticas nos ambientes dos CMS são mais agravadas quando se analisa as relações, conflitos e divergências em um conselho localizado na fronteira Amazônica, como é o caso de Marabá (locus desta pesquisa), mesmo considerando o processo democrático em curso desde o final dos anos 1980, ainda persistem na região práticas de um Estado autoritário e de relações desiguais, onde o poder político-econômico ocupa lugar de destaque nos processos de subalternização, o que repercute nos espaços da política institucional atual (Martins, 1992; Castro, 2017).

CASTRO et al (2019), indicam que avanços consideráveis no campo da universalidade da saúde, do controle social do Estado, conseguidos ao longo dos últimos trinta anos, estão ameaçados de retrocessos em razão do fortalecimento do modelo privatista dentro das políticas atuais de saúde no Brasil. As políticas de austeridade, características da ordem capitalista neoliberal, têm ameaçado os investimentos públicos em saúde, bem como os processos democráticos, evidenciados nas recentes decisões de governo na extinção e/ou flexibilização dos órgãos de controle, podendo afetar o campo da saúde. A exemplo da emissão do Decreto Presidencial de abril de 2019, que visava extinguir entes da administração pública, como fóruns, comissões e outras formações colegiadas (Brasil, 2019).

A participação nos conselhos, embora seja influenciada pela cultura política nacional, cabe ressaltar que os processos políticos de democratização são dialéticos, e requer valorização da participação social nesses espaços para que produza transformação da matriz cultural de uma sociedade, através do efetivo exercício da participação política. O desenvolvimento de elementos da dimensão político pedagógica é essencial no complexo processo de remodelação da cultura participativa, especialmente quando ocorre de forma coletiva, propiciando a ampliação das capacidades social e política dos atores participantes desses processos (Labra, 2009; Escorel e Moreira, 2012).

Apesar do aparato legal normativo, a literatura aponta dificuldades para o efetivo exercício do controle social e da participação popular nos Conselhos. Dentre esses desafios, destacam os que apontam para baixa efetividade dos atores sociais em influenciar no processo decisório na consolidação das políticas públicas e o controle social do Estado (Monteiro e Fleury, 2006; Bortoli e Kovaleski, 2019).

Outro desafio apontado para o fortalecimento da participação social nas arenas de controle, é a baixa vocalização do debate com a comunidade na formulação, deliberação e efetivação de suas propostas. Valla (1998) afirma que as relações estabelecidas nos conselhos de saúde são desiguais e os representantes dos movimentos sociais, envolvidos em procedimentos técnicos, não conseguem emplacar as propostas discutidas no meio social. Neste sentido o referido autor observa que: *“Os avanços legais, incluindo os dos conselhos municipais de saúde, no entanto, não têm levado a transformações efetivas na realidade dos serviços”* (Valla, 1998, p. 10).

Martins *et al* (2008) analisando a temática indicam que os conselhos não são homogêneos e sua atuação é diversificada no Brasil, visto que muitas localidades apresentam inúmeras dificuldades para seu funcionamento, sendo fortemente influenciados pelas relações e pelas práticas de atuação dos agentes do Estado e dos movimentos sociais.

Labra (2006) tem considerado importantes avanços, destacando que a construção desses espaços públicos produzem ambientes de debates no amago da sociedade civil, provendo aos atores sociais relacionamentos diretos, dificultando desta maneira a reprodução nessas arenas das formas e culturas políticas tradicionais, com suas estruturas e valores autoritários, excludentes e clientelistas, indispensáveis ao aperfeiçoamento democrático, à prática de educação cívica e o conseqüente acúmulo de capital social, primordiais para alterar o panorama político adverso.

Moreira e Escorel (2009), consideram que a junção da política de descentralização com o de participação social se conforma com a formação dos Conselhos Municipais de

Saúde. Tais órgãos possibilitam a inclusão de atores políticos locais diretamente vinculados às políticas municipais de saúde no processo decisório que as definem, contribuindo para democratizá-las e almejando torná-las mais adequadas às necessidades concretas da população.

Rezende e Moreira (2016) apontaram que articulando a tríade participação-representação-deliberação à dinâmica geral de funcionamento dos conselhos indica a existência de níveis de representação interpostos entre conselheiros e os segmentos por eles representados que, por si só, contribuem para distanciar uns dos outros e, conseqüentemente, impor desafios ao concreto exercício da representação nessas instâncias. Essas ideias também indicam que participação e representação são dimensões indissociáveis na dinâmica política dos conselhos de saúde, sendo possível afirmar que nessas arenas participar é representar e representar é participar.

Esse contexto que possibilitou um cenário novo no campo da participação e representação na área da saúde, materializada na proliferação dos CMS em todo o território nacional e em setores estratégicos, como saúde indígena, representa um fenômeno político e social que atraiu (e continua a atrair) o interesse de muitos pesquisadores do campo da saúde pública brasileira. Desta feita, tal conformação, motiva e impulsiona estudos e análises que são imprescindíveis para questionar, apontar limites e avanços no campo da saúde.

As pesquisas e os estudos controversos, aliado às críticas na arena política e social, frente aos avanços, ameaças e perspectivas dos conselhos de saúde evidenciam a importância de continuar problematizando questões e analisando experiências locais, principalmente na Amazônia, onde carece de estudos sistemáticos sobre o tema.

Os estudos sobre CS, poucos abordam aspectos regionais, em especial o amazônico. Os poucos existentes concentram-se em abordagens inerentes aos avanços e limites da participação e controle social, com raras articulações dos aspectos da representação.

Uma pesquisa na base *scielo* em 17 de maio de 2021, utilizando-se os termos “conselho”, “conselhos” e “saúde” verificou-se 3 estudos sobre conselhos de saúde na região amazônica brasileira, que abordam: i) reflexões sobre as possibilidades e desafios para o exercício do controle social nos CMS de Belém e Melgaço no Estado do Pará; ii) controle social como forma de empoderamento da sociedade no CES do Amapá; e, iii) efetividade deliberativa no CMS de Belém/PA (Cristo, 2012; Cardenas, Silva e Mello, 2011; Souza e Heller, 2019).

A presente tese aponta esta lacuna científica brasileira, pretendendo contribuir, singelamente e em seus limites, com seu preenchimento. Para tanto, aborda as relações entre

democracia, participação, representação e deliberação no Conselho Municipal de Saúde de Marabá, no estado do Pará, Amazônia Oriental brasileira.

4 - PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE: UM MODELO DE ANÁLISE BASEADO NA ‘CONFIGURAÇÃO REPRESENTATIVA’ E NO ‘PODER DE DECISÃO’

Apresentado o referencial teórico que ambienta esta Tese, parte-se agora para consolidá-lo em um modelo de análise cuja ambição de legado é a de que, com as devidas adequações contextuais, possa ser replicado em todos os Conselhos de Saúde do País.

O modelo aqui utilizado procura trabalhar e aperfeiçoar aquele que foi desenvolvido por Rezende e Moreira (2016) em seu estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Neste estudo, os autores formularam e incorporaram à análise a categoria ‘configuração representativa’, demonstrando sua importância para a compreensão do funcionamento daquele CMS, em especial no que dizia respeito à ‘atuação’ (entendida como produto das relações de participação e representação travadas durante o processo decisório e deliberativo das políticas e ações em saúde) dos conselheiros(as) representantes dos usuários do SUS e dos trabalhadores da saúde.

Para tanto, a ‘configuração representativa’ é constituída por um conjunto de três tipos de regras institucionais que, articuladas, viabilizam uma análise sobre a atuação dos conselheiros (representantes), relacionando-a às relações de responsividade que travam com seus respectivos segmentos e entidades (representados): Regras de Participação (RP); Regras de Representação (RR); e Regras de Elegibilidade (RE).

As ‘Regras de Participação’ definem o escopo de atuação dos(as) conselheiros(as), delimitando as disputas de poder em torno das escolhas para a Presidência, a Mesa Diretora, a Secretaria Executiva e as Comissões, além de regulamentarem as oportunidades de vocalização dos atores extra-conselheiros (as pessoas que comparecem às reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho que são abertas ao público).

Tal participação, no entanto, é totalmente influenciada por uma peculiaridade do desenho institucional definido na lei federal 8142/90, que, ao estipular que a participação nos Conselhos de Saúde é exercida por entidades que representam seus respectivos segmentos (e o foco da Tese são os segmentos dos ‘usuários’ e dos ‘trabalhadores da saúde’), delega a estas a escolha das pessoas que as representarão como conselheiro(a) (Brasil, 1990).

Moreira (2009) foi quem chamou atenção para esta peculiaridade, denominando-a como ‘dupla representação’. Contextualizando-a no âmbito das ‘regras de representação’, ele adapta para as instituições da democracia participativa a análise de Wanderley Guilherme dos Santos, segundo a qual, em processos políticos que envolvem representação, as regras de

escolha dos representantes definidas pelas instituições são fundamentais, pois definem quem pode ou não assumir cargos/funções.

Reconhecendo tal importância, Moreira (2009) aponta como necessário investigar não apenas as regras de participação e representação, mas também as ‘regras de elegibilidade’ adotadas (i) pelos Conselhos para escolher suas entidades e, por decorrência, (ii) por estas entidades para definirem as pessoas que assumirão o cargo de conselheiro (titular e suplente). A análise destas regras visa constatar se e em que medida estas regras estimulam, dificultam ou ignoram as relações representantes-representados.

O autor articula este conjunto de regras à controvérsia mandato-autonomia estudada por Hannah Pitkin, para quem representantes precisam, a todo momento, optar por uma postura de responsividade aos interesses de seus representados – ‘mandato’ - ou por uma postura que atende a outros interesses (os seus próprios ou os de outros atores que não os que lhe escolheram) – ‘autonomia’.

Pitkin (1969) defende que a questão da representatividade é uma controvérsia insolúvel (representar é fazer presente quem não o está, portanto, uma impossibilidade em si), o que, para ela, significa que a representação, para fortalecer a democracia, deve se basear em posturas que não estimulam o desenvolvimento da postura ‘autonomia’ e que promovam a postura ‘mandato’, o que não a impede de advogar um certo equilíbrio entre mandato-autonomia.

É justamente ao incorporar a controvérsia mandato-autonomia que a ‘configuração representativa’ abre a possibilidade de relacionar as regras de participação, representação e elegibilidade à atuação de conselheiros(as) de saúde, buscando identificar em seus votos, posicionamentos oficiais, debates, alianças e embates políticos, se e em que medida, as regras estimulam uma postura mandato, autonomia e/ou mandato-autonomia.

Importante destacar que tais relações são estudadas (i) no âmbito de cada entidade e, portanto, na atuação de cada conselheiro(a), o que permite que também sejam estudadas (ii) no âmbito dos dois segmentos enfocados no estudo - usuários e trabalhadores.

E aqui ficam claras as premissas pelas quais são estes os dois segmentos que interessam à Tese: conselheiros(as) que representam o segmento dos ‘gestores’ têm como função precípua atuar em defesa dos interesses do governo, ou seja, governam. Não caberia, portanto, considerar a atuação dos conselheiros que representam o governo como participação social e nem pensar em uma postura que não fosse integralmente do tipo ‘mandato’.

Por sua vez, onde ocupa cargos de conselheiros(as), o segmento dos ‘prestadores de serviço’, pela natureza peculiar de sua atividade - o privado atuando no público -, poderia até

produzir alternâncias de posturas. Contudo, como no CMS-M, este segmento abstém-se de participar, não há o que estudar.

A ‘configuração representativa’, portanto, propõe-se a trabalhar as partes (conselheiro(a), entidade e segmentos), caminhando em direção ao todo, expresso, em um momento de síntese, no desenho do Conselho de Saúde. Em tal percurso, necessário destacar que, no funcionamento cotidiano dos conselhos, ‘participação’, ‘representação’ e ‘elegibilidade’ interpenetram-se, só sendo possível separá-las por meio de constructos como a ‘configuração representativa’, que as isola como exercício metodológico analítico para, no passo de síntese, rearticulá-las.

Por conta disto, a ‘configuração representativa’ de um conselho diz respeito ao desenho institucional constituído no momento do estudo, podendo variar conforme sejam modificadas as regras, as entidades e os conselheiros(as), em processos políticos que, de maneiras próprias, articulem alternância de poder e/ou redesenho institucional. Isto significa que, para esta Tese, a ‘configuração representativa’ do CMS-M é aquela que havia no período delimitado em seu objeto de estudo, ou seja, 2018 (quando um corpo de conselheiros assumiu) a 2020 (quando o corpo de conselheiros encerrou seu mandato).

O Quadro 3 apresenta o conjunto de 11 variáveis que são analisadas no estudo da ‘configuração representativa’ de um Conselho de Saúde, distribuindo-as por suas respectivas regras e pelas variáveis que permitem estudar tais regras.

Quadro 3 - Configuração Representativa dos Conselhos de Saúde: distribuição por ‘regras de participação’, ‘regras de representação’ e ‘regras de elegibilidade’ e pelas Variáveis que compõem estas regras

Regras de Participação	Regras de Representação	Regras de Elegibilidade
RP1) Escolha do(a) Presidente	RR1) Paridade entre os Segmentos	RE1) Escolha das Entidades
RP2) Escolha da Mesa Diretora	R2) Vínculo da Entidade com o Setor Saúde	RE2) Escolha dos Conselheiros
RP3) Composição das Comissões	RR3) Relação Conselheiro(a)-Entidade	
RP4) Poder de agenda dos Conselheiros	RR4) Relação Entidade-Segmento	
RP5) Vocalização extraconselheiros		

Fonte: Elaboração do autor a partir do Modelo de Rezende e Moreira (2016).

As “Regras de Participação” (RP), estudadas por meio das variáveis RP1 a RP5, buscam elucidar se e em que medida um Conselho promove condições equitativas de acesso

ao poder aos conselheiros dos diferentes segmentos, bem como se abre ou não espaço para que atores políticos extra-conselheiros vocalizem suas demandas nas reuniões do pleno.

Suas variáveis buscam analisar a forma de escolha (RP1) do(a) Presidente, (RP2) da Mesa Diretora e (RP3) das Comissões do Conselho; (RP4) as possibilidades de os conselheiros pautarem temas na agenda político do Conselho; e (RP5) se a postura adotada pelo Conselho estimula ou não a participação, nas reuniões do pleno, de atores políticos que não fazem parte de sua composição.

As “*regras de representação*” (RR), estudadas por meio das variáveis RR1 a RR4, expressam, em síntese, como um conselho lida com a ‘dupla representação’. Elas buscam (RR1) analisar a paridade dos segmentos na composição do Conselho, isto é, se 50% das vagas de conselheiro são destinados a usuários, 25% a trabalhadores da saúde e 25% a gestores e prestadores de serviço; (RR2) observar se a ‘área de atuação’ e os ‘objetivos institucionais’ de cada entidade com assento no Conselho têm vinculação direta ou indireta com o setor saúde; (RR3) como os conselheiros identificam as demandas da Entidade que representam e se lhe presta contas de sua atuação; e (RR4) como as Entidades relacionam-se com o segmento que representam, identificando demandas e prestando contas.

As “*Regras de Elegibilidade*” (RE), estudadas por meio das variáveis RE1 e RE2, objetivam analisar (RE1) a forma como um Conselho escolhe as entidades que representarão os segmentos e, por conseguinte, (RE2) a forma como estas entidades escolhem as pessoas que assumirão o cargo de conselheiro (titular e suplente).

Há de se ressaltar que a introdução destas variáveis é um aperfeiçoamento do modelo proposto por Rezende e Moreira (2016). A fim de consolidar tal aperfeiçoamento, considera-se que, para melhor explicar a relação entre a ‘configuração representativa’ de um Conselho de Saúde e a atuação dos conselheiros que representam usuários e trabalhadores (o Objetivo Geral desta Tese), faz-se necessário consolidar o estudo da ‘configuração representativa’ e suas 11 variáveis em um índice composto, denominado ‘Poder de Decisão’.

O ‘Poder de Decisão’ indica em que medida a ‘configuração representativa’ centraliza a tomada de decisões no comando do Conselho (‘Concentração’) ou descentraliza este poder aos conselheiros, segmentos e entidades (‘Delegação’).

Para produzir este índice, cada uma das 11 variáveis trabalhadas na configuração representativa será aplicada à realidade estudada seguindo uma dinâmica de pergunta-resposta. Respostas cujo teor tenham um cunho de ‘descentralização’ terão aferidas 1 ponto, enquanto respostas cujo teor tenham um cunho de ‘centralização’, não receberão pontos (zero pontos).

Porque o universo dos conselhos de saúde do País é muito grande, múltiplo e diverso; porque as Leis federais que regem os conselhos têm baixo poder regulatório; e porque conselhos de saúde são inovações institucionais que incluem a participação de setores e grupos sociais tradicionalmente excluídos do processo decisório, as respostas às variáveis podem não assumir o caráter binário acima referido, admitindo respostas híbridas. Quando isto ocorrer, a pontuação atribuída será de 0,5.

Importante destacar que a opção metodológica adotada nesta Tese não atribui peso diferenciado a nenhuma variável (ou a suas ‘respostas’), pois se considera que, *per si*, nenhuma das variáveis trabalhadas tem maior ou menor importância para a análise da configuração representativa. Isto também significa que é o conjunto articulado de variáveis que produz a melhor explicação.

Assim, como ilustra a Figura 1, o ‘Poder de Decisão’ varia num eixo de 0 a 11 pontos, no qual ‘0 pontos’ representa o maior grau de ‘Concentração’ possível em um conselho, enquanto os 11 pontos representam o maior grau de ‘Delegação’ possível.

Figura 1 - Poder de Decisão: Eixo Concentração-Delegação



Cada Conselho de Saúde, em cada conjuntura estudada, pode transitar ao logo deste eixo. De acordo com a posição de um determinado conselho no eixo, pode-se afirmar que sua ‘Configuração Representativa’ estará mais próxima do polo ‘Delegação’ quanto mais outorgar aos atores políticos as prerrogativas das escolhas políticas. No outro polo, a ‘Configuração Representativa’ é mais concentradora na medida em que as regras ditam aos conselheiros o que devem e/ou podem fazer, reduzindo sua capacidade de arbitrar e de decidir.

Nas situações em que a pontuação de PD fique entre o meio do eixo e o polo ‘Delegação’, será utilizada a classificação ‘Semi-Delegação’, com os seguintes subtipos: ‘Semi-Delegação Fraca’ para quando a pontuação estiver mais próxima da metade do eixo; ‘Semi-Delegação Média’ para quando a pontuação estiver numa região do eixo que se distância do centro mais ainda não se aproxima tanto do polo; e ‘Semi-Delegação Forte’, para

quando a pontuação estiver bem mais próxima do polo.

Raciocínio análogo será trabalhado em relação ao Eixo ‘Centralização’, cujos subtipos classificatórios variarão entre ‘Semi-Concentração Fraca’, ‘Semi-Concentração Média’ e ‘Semi-Concentração Forte’.

E aqui desponta a principal peculiaridade desta proposta: por analisar as ‘regras de elegibilidade’ por meio das variáveis RE1 e RE2, o modelo aqui trabalhado viabiliza o estudo da atuação de cada entidade, o que produz informações e evidências mais detalhadas, aperfeiçoando a capacidade de explicação da realidade dos conselhos.

Isto aponta para o seguinte fato: enquanto as ‘RP’ e as ‘RR’ referem-se ao Conselho como um todo, as ‘RE’ podem ser analisadas para cada Entidade. Desta forma, é possível produzir um ‘Poder de Decisão’ para cada Entidade (PDE).

Se é possível lidar com cada entidade, é possível, também, construir um ‘Poder de Decisão’ de cada segmento estudado (PDS). Nesta Tese, para produzi-lo, será aplicada a média aritmética dos ‘Poderes de Decisão’ de cada entidade que o compõe. Ou seja:

$$\text{PDS} = \sum \text{PDE do Segmento} / \text{Número de Entidades}$$

Da mesma forma, é possível produzir um ‘Poder de Decisão’ dos Conselhos (PDCS), que será calculado por meio da média aritmética dos PDS dos segmentos estudados, no caso desta Tese, o dos Usuários e dos Trabalhadores. Ou seja:

$$\text{PDCS} = \sum \text{PDE do Segmento} / \text{Número de Segmentos Estudados}$$

Encerra-se, assim, o percurso ‘teórico’ da Tese, aquele que apresenta e articula os aportes, conceitos e categorias que embasam a análise da realidade estudada, sistematizados em um modelo analítico que está sendo aplicado pela primeira vez no âmbito desta Tese.

Cumpra-se a salutar exigência acadêmica de que uma Tese de Doutorado tenha uma porção de inovação, de ineditismo. Dialeticamente, ao mesmo tempo que isto amplia o horizonte do doutorando, permitindo-lhe experimentar novos caminhos até então não explorados pelos estudiosos de seu tema, restringe-o aos limites de, naquilo que é inédito, não contar com outras pesquisas que forneçam resultados e evidências que o apoiem, que permitam correções de rumo.

Com toda certeza, há outras opções metodológicas a serem seguidas, desde a predileção pelas regras, passando pela identificação das variáveis e chegando ao sistema de pontuação e composição de índice. Estes são limites da Tese, que, com o desejo de que outras possam

aperfeiçoá-la, passa, nas próximas sessões, a estudar o CMS-M, visando, no momento seguinte, aplicar o modelo aqui apresentado.

5 - MARABÁ – PA: UMA CIDADE ESTRATÉGICA NA FRONTEIRA AMAZÔNICA

Em relação à importância da região Amazônica para o desenvolvimento do Brasil e à relevância dos problemas sociais e econômicos enfrentados pela população da região, poucas são as Teses de doutorado que abordam municípios da região.

Isto é decorrência direta, entre outros fatores, da enorme desigualdade que estrutura o sistema de ensino de graduação e pós-graduação no País (hiper concentrado nas regiões Sudeste e Sul) e, também, da dívida histórica que as ciências sociais e humanas nacionais têm para com um projeto de desenvolvimento nacional sustentável, integrador das diferentes regiões nacionais e capaz de enfrentar as desigualdades econômicas, sociais e culturais que sempre impediram o País de se tornar uma potência democrática com liderança internacional (Souza, 2015).

Esta situação tem uma repercussão direta na metodologia de pesquisa praticada nas diferentes instituições acadêmicas do País, sobretudo quando se constata que, em um grande número de situações, os problemas de pesquisa tendem a ser identificados menos pela vinculação de pesquisadores(as) às necessidades e demandas da população e mais pela ausência ou ineficiência de recursos financeiros, humanos e de infraestrutura, o que conduz a pesquisa para territórios mais próximos das instituições ou, no máximo, das residências e locais de trabalho de quem pesquisa.

No que se refere à discussão sobre a gestão no campo da saúde pública, Conselhos Municipais de Saúde, Participação e Controle Social, a produção sobre a Amazônia é bastante incipiente, contando com poucos artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Neste contexto, esta Tese só foi possível por conta de iniciativas recentes que tentam efetivamente superar as lacunas aludidas, cabendo destaque para a colaboração entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e a UNIFESSPA, na estruturação do Doutorado Interinstitucional (DINTER) em Saúde Pública.

Este DINTER é baseado na necessidade de produção de uma ciência crítica no campo da Saúde Pública na Amazônia, bem como pela importância de formação de pesquisadores comprometidos com o processo de transformação das condições de vida e saúde de grupos e povos que vivem em situação de vulnerabilidade.

A integração do grupo de doutorandos de várias instituições de ensino superior da região em questão e de pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ possibilitou a criação de um espaço de diálogo e discussões acerca de vários temas vinculados à vida social na Amazônia,

o que fez do DINTER uma experiência singular de reflexão dialógica e de intercâmbio de experiências empíricas e teóricas indispensáveis para a produção de conhecimentos.

Esta tese não poderia começar a discutir Marabá e seu CMS sem destacar estas lacunas, apontando a necessidade extrema de que as instituições envolvidas no DINTER se articulem a outras instituições acadêmicas e à sociedade civil organizada para formular propostas e políticas que possam, já a partir de 2023, com os novos governos estaduais e nacional eleitos, serem implementadas, estimulando o desenvolvimento da ciência na e pela região amazônica.

5.1 - MARABÁ: ORIGENS, OCUPAÇÃO POPULACIONAL E CICLOS ECONÔMICOS AMAZÔNICOS

Fundada em 27/02/1923, Marabá – a “Cidade Poema”, por ter seu nome inspirado na obra literária ‘Marabá’, de Gonçalves Dias - é o quarto município mais populoso do Estado do Pará (PA), contando com uma população de 283.542 habitantes. Apresentando grande miscigenação de pessoas e culturas, como já indica o significado de seu nome (“filho da mistura”), tem extensão territorial de 15.092,26 Km², possuindo densidade demográfica de 15,45 habitantes por Km², com 79,7% da população vivendo em regiões urbanas (IBGE, 2020; Unifesspa, 2018).

Geograficamente, localiza-se entre dois grandes rios, o Tocantins e o Itacaiunas, sendo organizada espacialmente em cinco Núcleos: Marabá Pioneira ou cidade-velha, Cidade Nova, Nova Marabá, São Félix e Morada Nova.

Figura 2 - Imagem de satélite da cidade de Marabá - PA



Fonte: Marabá, 2020

A cidade sedia as unidades regionais de instituições públicas federais - como a Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA), a Superintendência do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) - e estadual, como o 11º Centro Regional de Saúde. Funciona, portanto, como polo de administração e organização para os projetos econômicos e de infraestrutura implantados na região.

Historicamente, a trajetória de ocupação populacional da região iniciou-se em fins do século XIX, marcada por permanentes movimentos migratórios em busca de trabalho nas diversas frentes de ocupação da região de acordo com os ciclos econômicos de exploração amazônica.

Somente a partir dos anos 1960, a cidade e região foram incluídos em um processo de integração, porém marcado pela lógica desenvolvimentista do regime ditatorial militar de 1964. Com isso, uma das marcas de sua história é a migração sazonal e a presença de população flutuante. Esta característica ainda é forte, impulsionada pelo movimento de migrantes em busca de trabalho nos projetos vinculados à mineração e às siderúrgicas sediadas na cidade (Velho, 1972; Hébette, 2004; Silva, 2006).

Nas décadas de 1970 a 1990, o município atraiu um grande contingente populacional, quintuplicando sua população (24.798, em 1970, para 123.668, em 1991), em decorrência dos projetos governamentais de colonização para a Amazônia, da descoberta de minério de ferro na Serra dos Carajás e do garimpo de Serra Pelada (Tourinho, 2011).

Tourinho (2011) demonstra a relevância de Marabá como cidade estratégica regional:

No sudeste paraense, Marabá se consolidou como o principal centro urbano daquela região. Porta de entrada para os migrantes que vinham em busca das terras prometidas pelos projetos de colonização ao longo da Transamazônica, para os garimpeiros que chegavam ávidos por encontrar ouro em Serra Pelada, ou para os trabalhadores que para lá se dirigiam atraídos pelas possibilidades de emprego nos projetos de exploração do ferro em Carajás, a cidade ainda serviu de base de operações militares de combate à guerrilha do Araguaia (Tourinho, 2011, p. 257).

Neste sentido, a abertura de novos eixos de penetração e circulação como as rodovias Belém-Brasília e Transamazônica e a PA 70 (ligando as duas rodovias), os projetos integrados de colonização (PicMarabá), a implantação de atividades agropecuárias e as imigrações redefiniram a dinâmica socioespacial de Marabá e, conseqüentemente, da região sudeste do Pará.

A implantação do Projeto Ferro-Carajás (PFC), em 1978, no âmbito do Programa de Polos Agropecuários e Agrominerais da Amazônia (POLAMAZÔNIA) e, posteriormente, em 1980, a criação do Projeto Grande Carajás (PGC), transformam Marabá em um espaço

basicamente alicerçado na mineração através da empresa Vale S/A (Pará, 2008).

Todo este processo econômico tem imensos impactos socioambientais que estão em constante sinergia com as questões econômicas e políticas. Estes impactos são fonte de preocupação de segmentos sociais diversos, que questionam o modelo de desenvolvimento sobre o ecossistema amazônico e suas afetações nas condições de vida e saúde, especialmente nas populações mais vulneráveis: indígenas, quilombolas, assentados, ribeirinhos e pessoas impactadas pela mineração e por hidrelétricas (Reis, 2001).

5.2 - MARABÁ: ASPECTOS POLÍTICOS

Em 1970, Marabá foi declarada área de segurança nacional em razão da presença de militantes de movimentos políticos contrários à Ditadura, que estavam instalados na região com o objetivo de promover ações de luta armada rural, a “Guerrilha do Araguaia”. A cidade tornou-se base militar e ponto estratégico para a mobilização das tropas e sede dos serviços de inteligência da ditadura militar⁷⁵.

Luiz, Reis e Silva (2018) alertam que a manutenção do silenciamento quanto aos abusos aos direitos humanos e à violação impetrada no período ditatorial militar (1964-1985) produziu reflexos na região que permanecem até hoje, principalmente contra os movimentos sociais que lutam por terra, habitação e reforma agrária.

Segundo a Comissão Pastoral da Terra (CPT), no período de 1970 a 2010, houve, por questões de terras no Estado do Pará (PA), 905 assassinatos de trabalhadores rurais e atores sociais; deste total, 71,5% das mortes (647) ocorreram na mesorregião do Sudeste Paraense, em que fica Marabá (Pereira, 2013).

Um fato de repercussão nacional e internacional, ocorrido em 17 de abril de 1996, foi o conhecido e macabro “Massacre de Eldorado do Carajás”, promovido pelas forças de segurança do Estado do Pará contra trabalhadores rurais do Movimento dos Sem Terra (MST). Diante da presença dos trabalhadores acampados na beira da estrada de acesso à mina de Carajás, o governador do Pará à época – Almir Gabriel, do PSDB - ordenou que a Polícia Militar desobstruísse a rodovia, o que foi feito mediante o assassinato de 19 trabalhadores e ferindo outros 51 (Barreira, 1999).

A eleição municipal de 2020 definiu a composição política de Marabá para a legislatura 2021/2024. O Poder Executivo é representado pelo prefeito municipal - Sebastião Miranda Filho (Tião Miranda) -, reeleito com 74,07% dos votos, pelo Partido Social Democrático (PSD), tendo como vice Luciano Dias - ex secretário municipal de Saúde -, filiado ao Cidadania (Brasil, 2020). A estrutura administrativa da Prefeitura é composta por

órgãos da administração direta (19 secretarias municipais) e indireta (3 autarquias e 1 fundação) (Marabá, 2022).

O Poder Legislativo é representado por 23 vereadores eleitos por 13 partidos diferentes: MDB (3 vereadores); Solidariedade (3); PSD (3); Cidadania (2); PDT (2); Republicanos (2); PTB (2); PSC (1); PT(1); PSDB(1); PSL(1); DEM(1); e, PL(1))⁷⁸. A Câmara de Vereadores é administrada pela Mesa Diretora, eleita por maioria dos vereadores, com mandato de 2 anos, composta por 1 presidente, 2 vice-presidentes e 3 secretários (Marabá, 2021).

5.3 - MARABÁ: ASPECTOS ECONÔMICOS

Atualmente, Marabá é o município com o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) do Estado (11.417,65 bilhões em 2019) (IBGE, 2020). De acordo com Viana *et al* (2007), os recentes “*usos corporativos do território*” marcaram as cidades médias da Amazônia legal (como Marabá), introduzindo uma produção modernizada, aporte de investimentos públicos e privados, diversificação das atividades econômicas do sistema urbano, além de comércio e serviços mais desenvolvidos.

Apesar disso, a atividade econômica da cidade é ainda dependente do extrativismo, com destaque para a siderurgia (ferro-gusa e manganês), a indústria madeireira, a fabricação de telhas e tijolos e a produção agropecuária, com ênfase na pecuária de corte (Becker, 2005). Por sua vez, o setor de comércio e serviços conta com cerca de 5.000 empreendimentos (micros, pequenas, médias e grandes empresas), dos mais variados ramos de atividade (Marabá, 2022).

Entretanto, o elevado PIB municipal não se traduz (ou se traduz muito pouco) em benefícios para a população, uma vez que a cidade possui um forte contraste entre pujança econômica e distribuição desigual da riqueza, como se observa no rendimento per capita mensal das famílias em 2010, de R\$ 505,03, inferior à média nacional, que já era muito baixa, de R\$ 767,02 (Brasil, 2022).

Em decorrência, em 2010, 10,3% da população era considerada como ‘extremamente pobre’, enquanto 27,2% das famílias viviam em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2015). Indicadores (<http://indicadores.resbr.net.br/view/indicadores.php?clrSession=true>) apontam que, em 2014, 28,3% das famílias dependiam economicamente dos benefícios sociais governamentais, principalmente do Programa Bolsa Família (PBF).

Gistelinck (1988), considera tais desigualdades como consequência de uma economia dependente do setor primário exportador de *comodities*, situação agravada pela ausência ou

debilidade de propostas de integração regional e nacional: “*Este modelo exportador poderá levar a péssimos resultados: o Pará ficará com o buraco, o Maranhão com a sujeira e os países ricos com o lucro*”.

Movimentos sociais como o Centro de Educação, Pesquisa e Assessoria Sindical e Popular (CEPASP) têm criticado esse modelo econômico com base no tripé formado pela siderurgia, pecuária e atividade madeireira, cobrando políticas sociais, melhores condições de vida e saúde e compensação financeira em benefício da população local impactada (Hashizume, 2007).

5.4 - MARABÁ: ASPECTOS RELATIVOS AO SETOR SAÚDE

Marabá contava, em 2020, com 263 unidades ambulatoriais (79 consultórios, 16 centros de saúde, 9 postos de saúde, 27 Unidades de saúde da Família, *etc*) e 7 hospitais (1 federal (Guarnição do Exército), 1 estadual (regional), 2 municipais (de urgência/emergência e materno infantil); e 3 privados), que juntos disponibilizavam 432 leitos (hospitalares, ambulatoriais e de urgências), perfazendo 1,95 leitos por mil habitantes, abaixo do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 3 a 5 leitos por mil habitantes (Brasil, 2022).

Além disso, em 14 de abril de 2020, foi instalado pelo governo do Pará, na sede do município, um hospital de campanha com 120 leitos exclusivos para atendimento Covid, com o objetivo de atender a uma população estimada de 1,5 milhão de habitantes das regiões sul e sudeste do Estado (Agencia Pará, 2020).

A rede pública e privada conta com 3.649 trabalhadores de saúde (829 de nível superior, 968 técnicos e 1.852 de qualificação elementar). Desses, 262 são médicos, numa proporção de 0,92 médicos/mil habitantes, quase 3 vezes menor do que a média nacional, de 2,38 (Brasil, 2022).

Esta rede de saúde atrai usuários de outros 38 municípios da região e até mesmo de Estados limítrofes (Maranhão e Tocantins), impactando na saturação da estrutura e requerendo recursos para novos investimentos em equipamentos de saúde e oferta de serviços (Viana *et al*, 2007).

Em termos da relação saúde-doença, estudo da Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (ABES), identifica Marabá como a pior cidade do país em saneamento básico (Blog do Zé Dudu, 2020). Tal fato corrobora para o alto índice de doenças consequentes do empobrecimento e da precarização das condições de habitação, agravadas pelas paisagens antropizadas (alterações nas dinâmicas dos ecossistemas naturais pela ação

humana) amazônicas, tais como: leptospirose, malária, dengue, cólera, leishmaniose visceral, conforme aponta Canfalonieri (2005):

Riscos e agravos associados a transformações mais intensas da paisagem natural amazônica, decorrente de diferentes formas de ocupação e de uso da terra. Dentre estas, destacamos a abertura de estradas, o garimpo artesanal e itinerante, a expansão da pecuária bovina e da agricultura empresarial, a exploração madeireira, a construção de barragens e projetos de colonização...(Canfalonieri, 2005, p. 227).

Entre 2018 a 2021 foram realizadas no município 63.973 internações: problemas decorrentes de gravidez, parto e puerpério (23.825 internações - 37,2% do total); Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (8.863 - 13,8%); doenças do aparelho digestivo (6.564 - 10,3%); e doenças do aparelho respiratório (4.228 - 6,6%). Apontam 3.275 óbitos, com prevalência para Causas externas de morbidade e mortalidade (25,0% das mortes); b) Doenças do aparelho circulatório (21,3%); Doenças do aparelho respiratório (8,6%); d) Neoplasias (5,6%); Doenças infecciosas e parasitárias (4,9%); e f) Doenças do aparelho digestivo (4,76%) (Brasil, 2022).

A taxa de mortalidade no município mais que dobrou entre 2018 e 2021 (de 2,79/1.000 habitantes para 6,65, em 2021), o que, em grande parte, pode ser explicada pela pandemia de Covid19, que impactou fortemente o sistema de saúde municipal pelo grande número de infecções confirmadas (20.919, até 30/12/2021) e mortes (487), com taxa de letalidade de 2,33% sobre os casos confirmados - inferior, porém, à do Estado do Pará (2,73%) e do Brasil (2,8%) - com ocupação de leitos durante o ano acima de 80% (Marabá, 2020).

Para atender a todas estas questões de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que conta com um orçamento de R\$ 210.586.768,51 (2021), apresenta a seguinte estrutura organizacional (Figura 3):

6 - O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ (CMS-M)

6.1 - INSTITUCIONALIDADE DO CMS-M

O CMS-M foi criado em 05 de julho de 1993, por intermédio da Lei Municipal nº 13.104, antes mesmo da criação do Conselho Estadual de Saúde do Pará, que ocorreu uma semana depois. Durante esses 28 anos, a lei de criação do CMS-M passou por importantes alterações.

A Lei Municipal nº 13.914, de 18 de março de 1996, definiu as categorias de entidades que compõem o órgão e, diante da omissão da lei original, definiu a realização das conferências municipais de saúde a cada dois anos (Marabá, 1996).

Outra importante mudança ocorreu por meio da Lei nº 15.970, de 14 de julho de 1999, que modificou a redação da lei original, indicando que o secretário municipal de saúde seria o presidente nato do CMS-M. Também ampliou a composição do CMS-M de 16 para 20 entidades ou órgãos que, paritariamente, representariam os usuários do SUS (10 vagas), os trabalhadores da saúde (5), gestores e prestadores de serviços (5) (Marabá, 1999).

Por sua vez, a Lei nº 16.489, de 02 de agosto de 2000, modificou novamente a escolha do Presidente, determinando eleições e permitindo a reeleição por um único período, o que vigorando até hoje (Marabá, 2000).

Atendo-se ao Regimento Interno (RI), somente após 21 anos de sua criação, o CMS-M instituiu o seu por meio da Resolução nº 15, homologada pelo secretário municipal de saúde em 17 de julho de 2014, estabelecendo normas de organização, funcionamento das atividades e atribuições do órgão colegiado.

Pelo RI, o CMS-M tem as seguintes atribuições: i) estabelecer, fiscalizar e avaliar a política de saúde em nível municipal, incluindo seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativo; ii) estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS no município de Marabá; iii) participar da elaboração e aprovação dos planos municipais de saúde, estabelecendo mecanismos de execução e controle; iv) diretrizes e operacionalização das conferências municipais de saúde; v) analisar, deliberar e fiscalizar em nível municipal o funcionamento do SUS em Marabá, definindo as prioridades orçamentárias, operacionais e metas estratégicas da SMS-M; vi) acompanhar, analisar, fiscalizar e exercer o controle do uso e alocação adequada dos recursos econômicos, financeiros, operacionais e humanos dos órgãos institucionais integrantes do SUS no município de Marabá; vii) estabelecer critérios, diretrizes e prioridades para a programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde (FMS), acompanhando a movimentação e

destinação de recursos; viii) acompanhar, fiscalizar e avaliar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas, privadas e filantrópicas integrantes do SUS no município de Marabá; e, ix) definir critérios para elaboração e denúncias de contratos ou convênios entre o setor público e as entidades privadas ou pessoas físicas na prestação de serviços de saúde (Marabá, 1993).

6.2 - ESTRUTURA, RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS DO CMS-M

Ao longo de sua trajetória, o CMS-M enfrentou situações que dificultaram sua efetiva atuação como instância de participação, representação e deliberação de políticas de saúde, desde aquelas concernentes à falta de infraestrutura e capacitação, até as mais extremadas, como o autoritarismo do gestor público municipal em destituir o conselho por decreto simplesmente por considerar que o órgão estava atrapalhando sua gestão. Isto aconteceu em 2007, perdurando até 2015, quando o Ministério Público do Estado do Pará interveio na situação, conseguindo restabelecer o funcionamento do Conselhos (Cristo e Figueiredo, 2016).

Em 2018, o órgão foi provido de sede própria (Figura 4), cedida pela Prefeitura Municipal, localizado na folha 30, quadras 26 e 27, no núcleo/bairro Nova Marabá. O ambiente de funcionamento do CMS-M é bem estruturado, dispondo de espaço para a recepção e quatro salas, sendo uma para a presidência e reuniões da mesa diretora, uma destinada às comissões temáticas, uma designada para atividades da secretaria executiva e outra para o pessoal de apoio.

O prédio dispõe de um auditório com capacidade para 50 pessoas, além de amplo estacionamento fechado. Conta também com mobiliário moderno, computadores, linhas telefônicas fixa e móvel, acesso à internet e um veículo tipo caminhonete disponível para as atividades dos conselheiros e servidores.

Figura 4 - Sede do Conselho Municipal de Saúde de Marabá (CMS-M). 2021



Fonte: Portal da Transparência da Prefeitura de Marabá. Disponível em: https://maraba.pa.gov.br/wp-content/uploads/2018/06/MG_5995.jpg. Acesso em 29 dez 2021, às 13h27min.

Em termos organizacionais, o CMS-M é composto por sua diretoria - a “Mesa Diretora” -, formada por um presidente, um vice-presidente, e por dois secretários, eleitos para um mandato de 2 anos; uma Secretaria Executiva que presta assessoramento administrativo e operacional ao Conselho; e quatro comissões temáticas permanentes (administrativa, técnica, de licitação e de avaliação da atenção básica).

Os recursos humanos do CMS-M têm seu quadro de pessoal formado por nove servidores cedidos pela SMS-M: 2 agentes de portaria, 2 responsáveis pela limpeza, 2 da área administrativa, 1 motorista e 1 secretária executiva.

O CMS-M dispõe de orçamento próprio, sendo que, no período aqui estudado, foram destinados o montante de R\$ 164.000,00, em 2018; R\$ 550.000,00 em 2019; e R\$ 150.000,00 para 2020, totalizando, no triênio, R\$ 864.000,00.

As reuniões plenárias são mensais e realizadas nas segundas quintas-feiras de cada mês, das 14h00min às 18h00min, no auditório do CMS-M. As reuniões são públicas e abertas à participação da comunidade, com restrições no direito à fala, visto que o RI do Conselho condiciona a manifestação dos presentes à aprovação prévia da maioria dos conselheiros.

O CMS-M não dispõe de site próprio para divulgação de suas atividades, o que dificulta o canal de comunicação entre os conselheiros e os demais envolvidos com as políticas públicas de saúde, além de obstaculizar o acesso da população em suas demandas e

denúncias. Ao pesquisar as redes sociais, verificou-se a existência de uma página no *Facebook* em nome do “conselho municipal de saúde de marabá” desatualizada e com apenas 2 postagens.

Moreira e Escorel (2009) desenvolveram seu modelo em 2007, para analisar o conjunto de conselhos de saúde brasileiros, que foram analisados a partir de três dimensões: (i) Autonomia (estrutura física, recursos humanos e recursos financeiros); (ii) Organização (reuniões, capacitação e instâncias internas); e (iii) Inclusividade (forma de escolha do Presidente e participação da sociedade nas reuniões).

As cidades de porte populacional similar ao de Marabá (250.000 a 500.001 habitantes) obtiveram desempenhos positivos nas três dimensões do estudo. Ao todo, os autores trabalham com 18 indicadores – que serão utilizados para análise comparativa sobre o CMS-M – haja visto que nas cidades com porte similar a de Marabá tiveram, em média, desempenho positivo em treze, destacando-se negativamente recursos financeiros, humanos e capacitação (Moreira e Escorel, 2009; Rocha e Moreira, 2022).

O Quadro 4 demonstra as condições de funcionamento do CMS-M comparando-o com outros CMS brasileiros de porte populacional semelhantes.

Quadro 4 – Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Marabá, comparado com os Conselhos Municipais de Saúde dos municípios de porte populacional similar ao de Marabá (PA).

Dimensão	Variável	Variável/Porte	Porte Populacional de 250.001 a 500 mil	CMS-M
Autonomia	Estrutura Física e Equipamentos	Sede	Sim (71%)	Sim
		Linha Telefônica	Sim (87%)	Sim
		Computador	Sim (83%)	Sim
		Acesso a Internet	Sim (74%)	Sim
	Recursos Humanos	Equipe de Apoio	Não/Sim (50%)	Sim
	Recursos Financeiros	Orçamento Próprio	Não (67%)	Sim
Organização	Reuniões	Periodicidade	Mensal (88%)	Mensal
		Cancelamento de reuniões por falta de quórum	Não (60)	Não
	Capacitação	Capacitação	2003/Sim (52%); 2004/Não (81%)	Sim (2018/2020)
		Instancias Internas	Mesa Diretora	Sim (63%)
	Secretaria Executiva		Sim (75%)	Sim
	Comissões Permanentes		Não (71%)	Sim
Inclusividade	Acesso à Presidência	Segmento do Presidente	Gestores (60%)	Usuários
		Eleição de Presidente	Sim (58%)	Sim
	Participação Reuniões	Divulgação Reuniões	Sim (85%)	Não
		Reuniões Abertas	Sim (98%)	Sim
		Direito a Voz	Sim (85%)	Não

Fonte: elaboração do autor. Adaptado de Moreira e Escorel (2009).

Os dados da Quadro 4, apontam que o CMS-M se destaca em relação aos CMS de seu

porte populacional. Dos 18 indicadores avaliados, 15 foram considerados positivos, com destaque para o excelente aporte orçamentário, com orçamento próprio de R\$ 864.000,00 no período 2018-2020, contrastando com o cenário nacional que identificou a ausência de recursos para viabilizar as atividades dos CMS, o que limita sua autonomia (Marabá, 2020).

Os piores resultados do CMS-M foram verificados nos indicadores *'divulgação das reuniões'* e *'direito a voz'*, denotando certa falta de transparência e restringindo assim o seu potencial inclusivo de inserção da sociedade nos debates, na formulação de proposições que atendam suas demandas e a consequente construção de pautas significativas das políticas públicas de saúde no município.

No geral, constata-se que o CMS-M apresentou melhores condições de exercer suas funções em relação aos CMS de seu porte populacional. Há de se ponderar, contudo, que esses resultados positivos refletem a uma realidade recente (a partir de 2018) que, após um longo período de inatividade ocasionada por determinação da Prefeitura Municipal que o destituiu (2007 a 2015) (Cristo e Figueiredo, 2016).

Interessante notar que, se o período de estudo adotado nesta Tese fosse o mesmo do que o da pesquisa nacional de CMS que aqui lhe serve de parâmetro, o CMS-M simplesmente não estaria funcionando. Portanto, pode-se afirmar que o CMS-M é um Conselho autônomo, organizado e razoavelmente inclusivo, o que lhe garantiria uma classificação, seguindo-se ainda o proposto pela aludida pesquisa nacional, como um conselho em *'Pleno Funcionamento -Recente'*.

6.3 - COMPOSIÇÃO DO CMS-M NO PERÍODO 2018/2020

A Lei Municipal 15.970/1999, que alterou a Lei nº 13.104/1993, definiu que o CMS-M é composto por 20 conselheiros(as) titulares e 20 suplentes, indicados por entidades eleitas de maneira a obedecer ao princípio da paridade (Marabá, 1993, 1999)^{9,11}.

O Quadro 5 ilustra a composição das entidades do CMS-M para o biênio 2018/2020 (período do presente estudo), que foi escolhida por meio de eleições realizadas na 8ª conferência municipal de saúde, em 2018.

Quadro 5 – Entidades que compõem o CMS de Marabá no Biênio: 2018-2020

Segmentos	Entidade
Usuários do SUS (10 vagas)	(U1) Associação Projeto Futuro Melhor/ substituído pelo Sindicato dos Servidores Municipais de Marabá – SERVIMAR (U2) Instituto da Juventude da Região Carajás - IJURC (U3) CAVIM- Casa de Apoio Vida Melhor (U4) Associação Paraense de Portador de Hemofilia e Coagulopatias (U5) Associação dos moradores do bairro Vale do Itacaiunas - AMBAVI (U6) Associação Recanto Feliz da Folha 31 (U7) Instituto Cultural Hozana Lopes de Abreu (U8) Instituto Reviver (U9) Instituto Viva Mulher (U10) Associação Comunitária de Moradores do Bairro Araguaia – ASCOMBA
Trabalhadores de Saúde (5 vagas)	(T1) Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará/SENPA (T2) Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará-SINDSAUDE (T3) Sindicato dos Médicos do Pará-SINDMEPA (T4) Conselho Regional de Odontologia – CRO (2 VAGAS)
Gestores e Prestadores privados (5 vagas)	(G1) Secretaria Municipal de Saúde de Marabá – SMSM (4 VAGAS) (G2) 11º Centro Regional de Saúde/SESPA/Marabá-Pa

Fonte: elaboração do autor, com base nos dados obtidos no Conselho Municipal de Saúde de Marabá.

Uma análise do quadro aponta para duas peculiaridades: a não ocupação das vagas pelo segmento dos prestadores privados de serviços de saúde, o que permite que o segmento dos gestores ocupe cinco vagas; e as 2 vagas ocupadas pelo Conselho Regional de Odontologia no segmento dos Trabalhadores de Saúde, motivada pela ausência de entidades interessadas na quinta vaga.

Apresentado o CMS-M, a seção seguinte dedica-se à aplicação do modelo de análise baseado na ‘Configuração Representativa’ e no ‘Poder de Decisão’ no Conselho Municipal de Saúde de Marabá.

7 - A CONFIGURAÇÃO REPRESENTATIVA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ

Nesta seção, analisa-se a configuração representativa do CMS-M, correlacionando regras de participação, representação e elegibilidade (conforme explicado na seção IV), buscando-se, assim, o alcance do OEI e do OEII desta Tese.

7.1 - REGRAS DE PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ

O intuito de analisar as regras institucionais de participação do CMS-M objetiva examinar se tais normativas conferem prerrogativas especiais a alguns atores, ou conformam igualdade de forças para atuação na arena política do órgão colegiado.

Para analisar referidas regras, utilizou-se de fontes secundárias por meio dos documentos normativos do CMS-M: lei de criação e alterações, regimento interno, atas, pautas, regulamento e relatório final da conferência de saúde realizada em 2018, dentre outros.

A lei municipal de criação do CMS-M (13.104/1993) e as alterações efetuadas pelas leis 13.914/1996, 15.970/1999 e 16.489/2000, bem como seu Regimento Interno definem as regras institucionais legais do Conselho (Marabá, 1993, 1996, 1999, 2000).

Referidas Leis estabelecem sucintamente as condições básicas para participação do Conselho. A lei municipal nº 13.104/1993 originalmente não disciplinava com clareza as regras de participação e atuação dos conselheiros e nem normatizava o acesso aos cargos de direção do conselho. Observa-se em seus 8 artigos que as regras de participação do CMS-M se restringem em apontar que: i) o CMS-M reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que for convocado pelo presidente ou por 1/3 de seus membros; ii) para a realização das sessões será necessária a presença da maioria absoluta dos seus membros, que deliberará pela maioria dos votos dos presentes; iii) o secretário municipal de saúde é obrigatoriamente o presidente do conselho (Marabá, 1993).

7.1.1 - RP1- Escolha do(a) Presidente

Como já descrito, a Lei de Criação do CMS-M impunha o secretário municipal de saúde como Presidente do Conselho. Algumas alterações realizadas na legislação do CMS-M objetivaram prover condições igualitárias na atuação dos conselheiros(as) e de acesso aos

cargos de maior expressão do conselho. A lei 16.489/2000, possibilita competitividade para eleição do cargo de presidente, disponível a todos os conselheiros titulares dos segmentos que compõem o órgão (Marabá, 2000).

A eleição para preenchimento do cargo de presidente foi realizada em processo eleitoral próprio convocado para essa finalidade em junho de 2018, elegendo uma conselheira do segmento dos usuários para presidir o CMS-M no período 2018-2020.

Em reunião extraordinária realizada no plenário do CMS-M, em 15/01/2020, foi aprovado o afastamento preventivo da presidente para apuração de atos considerados irregulares, sendo substituída pelo vice-presidente, que representa o segmento dos trabalhadores da saúde.

Devido à pandemia de COVID-19, o Presidente e os conselheiros tiveram, por decisão interna homologada pelo Executivo municipal, seus mandatos sumariamente prorrogados, sem realização de eleições ou qualquer processo diferenciado de escolha.

Esta situação da escolha do Presidente ilustra o que se trabalhou na seção IV, no qual se apresenta a parte teórico-metodológica do modelo e da ‘configuração representativa’, e em que se destaca que, cada conselho pode, a cada momento histórico, alterar sua configuração representativa, o que requer do pesquisador uma detida atenção ao recorte temporal de seu objeto de estudo

Como este recorte temporal é, para a Presente, o mandato dos conselheiros que assumiram em 2018 e encerrou-se em 2020, a RP1 em vigor estipulava a escolha do Presidente como delegada aos conselheiros por meio de eleição. Por conta disto, foi atribuída à variável RP1, a pontuação “1”.

7.1.2 - RP2 - Escolha da Mesa Diretora

A legislação de criação do CMS-M omite a forma de escolha dos demais membros responsáveis pela administração do Órgão. Esta falha foi superada em 2014 com a edição do Regimento Interno, que dispõe sobre a criação do núcleo dirigente do conselho, denominado de ‘mesa diretora’ que é responsável pela coordenação das atividades administrativas e institucionais.

A mesa diretora é composta por 4 conselheiros titulares (presidente, vice-presidente e 2 secretários) que representa legalmente o conselho, tem a competência de mediar as reuniões plenárias; e efetuar os encaminhamentos urgentes *ad referendum* tomados pela maioria simples dos membros que devem ser submetidas a homologação do plenário na seção subsequente sob pena de anulação dos atos praticados.

A composição da mesa diretora é realizada em processo eleitoral, com apresentação de chapa pelos interessados para preenchimento de todos os cargos da diretoria, sendo eleitos por meio do voto direto e secreto ou aberto conforme decisão do plenário para um mandato de 2 anos, podendo concorrer a qualquer cargo todos os membros titulares, ressalvado que não poderá ser eleito o presidente e vice-presidente do mesmo segmento.

O período analisado nesta Tese (2018-2020) contemplou uma única composição da diretoria, eleita em 2018, e homologada por meio da Resolução nº 010/2018 para exercer o mandato 2018-2020, representada majoritariamente pelos segmentos dos usuários e dos trabalhadores, conforme demonstra o Quadro 6.

Quadro 6 – Composição da Mesa Diretora do CMS-M no Biênio 2018-2020, agrupados por cargos e segmentos representativos/entidades que a integram

Cargo na “mesa diretora”	Segmento representativo/Entidade
Presidente	Usuários do SUS/ (U7)
Vice-presidente	Trabalhadores da saúde/ (T2)
Primeiro secretário	Gestores/ (G2)
Segundo secretário	Usuários do SUS/ (U10)

Fonte: elaboração do autor com base na Resolução 010/2018

Em decorrência da situação excepcional (pandemia do Covid19) não sendo possível realizar a Conferência Municipal de Saúde de 2020 para processo de seleção da nova composição do CMS-M para o biênio 2020-2022, o prefeito municipal editou o Decreto 84/2020 prorrogando os mandatos dos conselheiros e consequentemente da mesa diretora até 15 de junho de 2021 (Marabá, 2020).

Esse fato mostra que a Configuração Representativa (descrita na Seção IV) pode variar em um mesmo conselho ao longo do tempo por conta de mudanças nas regras (até mesmo as imprevistas), o que de fato aconteceu no CMS-M em 2020.

Contudo, como o período analisado referencie-se ao ano de 2018 que ocorreu a eleição para a mesa diretora para o mandato 2018-2020, não houve impacto na análise, que ocorreria mudanças caso essa tese ligasse com o período 2020-2022 (que não é o caso). Conclui-se, que para o preenchimento dos cargos da mesa diretora (2018-2020) é atribuída aos conselheiros a prerrogativa de seleção com condições acessíveis a todos os representantes titulares, portanto (RP1) classifica-se no eixo ‘delegação’ atribuindo a pontuação (1).

7.1.3 - RP3 - Composição das Comissões

O RI do CMS-M estabeleceu a criação de 5 comissões permanentes de áreas temáticas, e temporárias quando necessárias, compostas por 4 conselheiros (titular ou suplente) obedecendo ao critério da paridade entre os segmentos, com caráter exclusivamente consultivo e de assessoramento ao Plenário, que detém a prerrogativa exclusiva de decidir, apreciar e deliberar sobre os pareceres produzidos. Cada comissão elegerá entre os seus membros 1 presidente, 2 secretários e 1 relator.

Na estrutura organizacional vigente estão em funcionamento 4 comissões permanentes: Administrativa, Técnica, Licitação e Avaliação da Atenção Básica. A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador/CIST ainda não foi implantada até o período analisado. No período de 2018 a 2020 foram instaladas 3 comissões temporárias: Comissão de Planejamento das Ações de Saúde, Comissão para propor alterações no Regimento Interno e da Lei do CMS-M e Comissão para acompanhamento de auditoria na SMS para apurações de denúncias.

Diante das disposições normativas estabelecidas para composição das comissões internas por meio de processo de escolha que garante ampla participação (inclusive aos conselheiros suplentes) provendo a paridade, aponta RP3 no eixo ‘delegação’ auferindo a pontuação ‘1’.

7.1.4 - RP4 - Poder de Agenda

As normativas institucionais estabelecem que compete aos conselheiros(as) apreciar a pauta das reuniões e sugerir inclusões/alterações de temas para deliberação. No entanto verificou-se que a “Mesa Diretora” concentra as funções de proposição do calendário de reuniões; ordenamento da agenda das reuniões plenárias; e elaboração das pautas das reuniões.

Verifica-se, assim, na variável RP4, uma resposta que oscila entre os polos ‘concentração’ e ‘delegação’, apontando um caso típico de resposta intermediária/híbrida, à qual se atribui a pontuação 0,5.

7.1.5 - RP5 - Vocalização Extra Conselheiros

O CMS-M realiza reuniões ordinárias mensais, e extraordinárias quando convocadas abertas ao público, mas seu RI define que, para o público exercer o direito a voz, é necessária a prévia aprovação do Plenário (Rocha e Moreira, 2022).

Essa prática gera baixa participação dos cidadãos, restringindo a grupos específicos: autoridades políticas, estudantes, e poucos usuários para apresentar suas demandas e

denúncias. Uma das usuárias manifestou sua indignação por ser cerceada do seu direito a voz em reunião ordinária do CMS-M:

[...] e você me dizer claramente que não posso ter acesso por causa de um regimento interno, eu não admito! [...] isso atrapalha a transparência do Conselho! [...] eu me senti menosprezada! [...] para ter uma fala, teve que passar por votação. (CMS-M, ata da reunião ordinária realizada em 21 de novembro de 2019, p. 1 linhas 30 a 34).

Outro fator restritivo à participação social é a ausência de um canal de comunicação (transparência) com a população para divulgação das reuniões, das atividades desenvolvidas pelo Conselho e para receber propostas e denúncias.

A (RP5) por não incentivar a participação dos cidadãos (não conselheiros), concentrando assim o poder decisório internamente, classifica-se no eixo ‘concentração’, ao qual se atribui pontuação ‘0’.

O Quadro 7 sintetiza a pontuação atribuída às 5 variáveis que compõem as ‘Regras de Participação’ da Configuração Representativa do CMS-M.

Quadro 7 - Configuração Representativa do CMS-M:
Regras de Participação e suas respectivas Pontuações

Regras de Participação	Pontuação
RP1) Escolha do(a) Presidente	1
RP2) Escolha da Mesa Diretora	1
RP3) Composição das Comissões	1
RP4) Poder de Agenda dos Conselheiros	0,5
RP5) Vocalização Extra Conselheiros	0
Total	3,5

Fonte: Elaboração do autor a partir do Modelo de Rezende e Moreira (2016).

Constata-se que, no âmbito das ‘Regras de Participação’, o CMS-M obteve 3,5 pontos, num máximo de 5, o que lhe aproxima mais, neste quesito, do polo ‘Delegação’. Avançando na análise da ‘configuração representativa’, o próximo tópico analisa as ‘Regras de Representação’.

7.2 - REGRAS DE REPRESENTAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ

As “regras de representação” (RR) expressam como o conselho lida com a ‘dupla representação’. Para analisar tais regras (variáveis RR1 a RR4), foram utilizadas fontes

primárias (entrevistas com 10 conselheiros) e fontes secundárias, do CMS-M (Leis, Regimento Interno, atas, pautas, etc) e das Entidades (estatutos, ramo de atividade descritos no cartão do CNPJ, e informações obtidas em sites eletrônicos).

7.2.1 - RR1 – Paridade entre os Segmentos

A Lei 15.970/1999 que alterou o artigo 3º da Lei 13.104/1993, estabelece que o CMS-M será constituído por 20 órgãos ou entidades que indicarão 2 membros (1 titular e 1 suplente), sendo 25% dos executores de serviços de saúde indicados pelo poder público municipal e pelos prestadores de serviços, 25% dos trabalhadores de saúde por meio de sindicatos, associações e órgãos de categorias profissionais, e 50% de representantes dos usuários: sindicatos, associações de moradores, representantes da comunidade universitária, entidades filantrópicas e representativas da sociedade civil organizada. Determina ainda que as escolhas das entidades devem ser definidas em conferências municipais de saúde, através de eleição livre e secreta, garantindo 2 votos para cada entidade no processo eleitoral.

A composição do CMS-M do período 2018/2020, apresentada no quadro 5 expressa o resultado do processo eleitoral da 8ª Conferência Municipal de Saúde, obedecendo o princípio da paridade, portanto RR1 classifica-se no eixo ‘delegação’, recebendo pontuação ‘1’.

7.2.2 - RR2 – Vinculo da Entidade com o Setor Saúde

O quadro 8 apresenta a caracterização das entidades ordenadas pelos segmentos que representam, por sua ‘Área de Atuação’, por seus ‘Objetivos Institucionais’ e pelo tipo de ‘Vinculação com o Setor Saúde’.

Quadro 8 – Características Seleccionadas das Entidades que participam do CMS-M no Biênio 2018-2020: segmentos, categorias de atuação, objetivos institucionais e vinculação com o setor saúde.

Segmento	Entidade	Categorias de atuação	Objetivos Institucionais	Vinculação com o Setor saúde
	(U1) Sindicato dos Servidores municipais de Marabá – SERVIMAR	Entidade de trabalhadores	Defesa dos direitos dos servidores municipais de Marabá	Indireta

Usuários	(U2) Instituto da Juventude da Região Carajás – IJURC	Segmentos Populacionais: Gênero, etnia e faixa etária	Desenvolver políticas voltadas para os Direitos Humanos e Participação Social com ações no campo da prevenção e do atendimento e qualificado de crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade pessoal e social desenvolvendo ações estratégicas em torno das políticas públicas, por meio da participação em espaços institucionais estratégicos em nível regional e local, como conselhos, comitês, fóruns, com vistas à garantia dos direitos infanto-juvenis.	Indireta
	(U3) Associação Casa de Apoio Vida Melhor-ACAVIM	Segmentos Populacionais: Gênero, etnia e faixa etária	Defesa de direitos sociais da mulher	Indireta
	(U4) Associação Paraense de Portador de Hemofilia e Coagulopatias	Portadores de deficiências e Patologias	Defesa dos direitos dos portadores de Hemofilia e Coagulopatias	Direta
	(U5) Associação de moradores do bairro Vale Itacaiunas – AMBAVI	Associação de moradores	Atividades de defesa de direitos sociais; Atividades ligadas à cultura e à arte; Atividades de serviços educacionais e de outras políticas públicas.	Indireta
	(U6) Associação Recanto Feliz da Folha 31	Associação de Moradores	Atividades de defesa de direitos sociais; acesso às diversas políticas públicas.	Indireta
	(U7) Instituto Cultural Hozana Lopes de Abreu	Educação, esporte e cultura	Espaço dedicado à Arte, Literatura e Cultura no	Indireta

			Bairro Liberdade na Cidade de Marabá. Transformação Social por Meio da Arte e da Cultura.	
	(U8) Instituto Reviver	Educação, esporte e cultura	Atendimento de crianças em situação de risco com atividades de apoio à educação e outras políticas públicas.	Indireta
	(U9) Instituto Cultural e Beneficente Viva Mulher – AMORETO	Segmentos Populacionais: Gênero, etnia e faixa etária	Atividades de associações de defesa de direitos sociais das mulheres	Indireta
	(U10) Associação Comunitária de Moradores do Bairro Araguaia – ASCOMBA	Associação de Moradores	Atividades de defesa de direitos sociais; Atividades ligadas à cultura e a arte; Atividades de serviços educacionais e de outras políticas públicas.	Indireta
Trabalhadores	(T1) Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará/SENPA	Categoria Profissional	Representar os interesses coletivos e individuais dos Enfermeiros do Estado do Pará perante as empresas privadas e públicas, autoridades administrativas e judiciárias, observando a legislação e as reivindicações da Categoria Profissional, assim como promover a geração de valor e o fortalecimento da categoria	Direta
	(T2) Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará-SINDSAUDE	Sindicato de Trabalhadores	Defesa dos direitos dos trabalhadores de saúde do Estado do Pará	Direta
	(T3) Sindicato dos	Categoria	Luta em defesa da	Direta

	Médicos do Pará- SINDMEPA	Profissional	saúde, da boa medicina e dos legítimos interesses dos médicos paraenses.	
	(T4) Conselho Regional de Odontologia – CRO (2 vagas)	Categoria Profissional	Zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.	Direta

Fonte: elaboração do autor. Adaptado de Moreira e Escorel (2009) e, Rezende e Moreira (2016).

O Quadro 8 demonstra que, dentre as entidades que representam os usuários, há o sindicato dos servidores municipais de Marabá, cuja participação mais adequada talvez fosse representando o segmento dos trabalhadores. Os dois principais riscos de tal situação são o de se quebrar o princípio da paridade e o de alijar do CMS-M uma entidade que efetivamente represente os usuários do SUS.

Em seu estudo censitário Moreira e Escorel (2009) identificam que, no Brasil, o segmento dos usuários é composto, majoritariamente, por ‘Associações de Moradores’, ‘Entidades Religiosas’ e ‘Sindicatos e Associações Profissionais’, que, juntas, agregam 67% do total de entidades. Na região Norte, o predomínio é das ‘Entidades Religiosas’ com cerca de 30% do total.

Neste contexto, o CMS-M diferencia-se do cenário nacional, pois, como mostra o Quadro 8 (i) não há nenhuma entidade religiosa em sua composição; (ii) três entidades são associações de moradores; e (iii) outras três entidades representam segmentos populacionais (duas, de mulheres, e uma, de crianças, adolescentes e jovens).

Ao se analisar o ‘Objetivo Institucional’ das entidades dos usuários e sua ‘Vinculação com o Setor Saúde’, constata-se que apenas a ‘Associação Paraense de Portadores de Hemofilia e Coagulopatias’ tem um vínculo classificado como ‘direto’, isto é, o objetivo de sua criação foi a de organizar pessoas que efetivamente utilizam-se e precisam do SUS.

Moreira (2009) classifica esta situação como de ‘multiplicidade dispersa’ (que é a tônica no cenário nacional), apontando que isto pode impactar a atuação dos usuários, visto que o motivo que gerou a organização daquelas pessoas e, portanto, orienta a atuação da atividade, não está diretamente ligado ao SUS ou mesmo ao direito à saúde. Tal situação pode não estimular a atuação articulada das entidades na defesa dos usuários, em especial quando interesses diretamente ligados a seus objetivos estejam em discussão (ou pelas próprias

entidades sejam colocadas em discussão).

Isto não quer dizer que a ‘multiplicidade dispersa’ seja, a priori, um problema, mas deve ser um elemento detidamente analisado em cada Conselho.

Importante destacar, que as sedes das entidades representantes dos usuários localizam-se na zona urbana de Marabá e dos trabalhadores com sede em Belém-Pa, contando com representação distrital no município de Marabá. Não há entidades representando a área rural de Marabá que conta com 20,28% de sua população, limitando assim a representação mais ampla de diferentes grupos e de camadas sociais nas decisões das políticas de saúde (IBGE, 2020).

No segmento dos trabalhadores do CMS-M, o cenário representativo é bastante diferente em relação ao dos usuários, pois as entidades que representam os trabalhadores de saúde são sindicatos e entidade de classe (a mesma situação, com amplo predomínio para sindicatos, acontece no cenário nacional), produzindo uma situação que Moreira (2009) denomina “Multiplicidade Convergente”.

Assim, neste segmento, é importante destacar que todas as entidades foram criadas com o ‘objetivo institucional’ de defender os interesses de determinadas categorias profissionais que têm ampla atuação e interesse no SUS, por isso, todas as entidades têm ‘vinculação direta’ com o campo da saúde.

Esta ‘Multiplicidade Convergente’ aponta que, em tais situações, pode haver uma metonímia política, uma vez que os interesses das categorias de trabalhadores representadas pelas entidades (a parte) poderiam ser “confundidos” com os interesses do SUS (o todo). Portanto, faz-se necessário analisar a atuação dos conselheiros para compreender se e em que medida, a tal metonímia política acontece, o que será feito nas sessões VIII e IX.

Verificou-se na variável (RR2) o caráter intermediário, oscilando nos dois polos (concentração-delegação), onde os objetivos institucionais de 6 (seis) entidades dos usuários não possui vinculação direta com a área de saúde (multiplicidade dispersa) e 4 entidades (1 dos usuários e 3 dos trabalhadores) tem vinculação direta com o SUS, apontando um caso típico de respostas híbridas, ao qual se atribui a pontuação ‘0,5’.

7.2.3 - RR3 – Relação Conselheiro(a)-Entidade

O quadro 9 que objetiva analisar as variáveis RR3 e RR4 apresenta as regras de representação das Entidades, agrupadas pelos segmentos que representam, pelas ‘Regras Práticas de Representação’, por ‘Relação Conselheiro(a)-Entidade’, por ‘Postura de Representação’ e por ‘Relação Entidade-Segmento’.

Quadro 9 – Normas de Representação das Entidades dos Segmentos dos Usuários e dos Trabalhadores, agrupadas pelas regras e práticas de representação, pelas relações entre representantes e representados; pela postura do representante e na Relação entre as Entidades e seus representados

Segmento Representativo	Entidade	Regras e práticas de representação	Relação Conselheiro(a)-Entidade	Postura de Representação	Relação Entidade-Segmento
Usuários	(U1) Sindicato dos Servidores municipais de Marabá – SERVIMAR	Reuniões mensais para tratar assuntos do interesse dos servidores municipais. Devido a pandemia do Covid 19 suspendeu as reuniões em 2020	O conselheiro identifica as necessidades dos usuários através de denúncias, e por visitas que realiza nos postos de saúde e hospitais; O conselheiro tem liberdade para debater e discutir os pontos que são sempre voltados para o coletivo; Nas reuniões mensais o Conselheiro apresenta a Entidade o que foi discutido e deliberado, e discute as novas propostas para se levar ao plenário do CMS-M.	Mandato-Autonomia	A Entidade antes do período da Pandemia do Covid 19 apresentava aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no CMS-M. No ano de 2020 essa prática foi suspensa.
	(U3) Associação Casa de Apoio Vida Melhor-ACAVIM	Reuniões mensais para tratar assuntos de interesse das políticas públicas. Durante o período da pandemia alterou as reuniões para trimestrais.	A conselheira identifica as demandas dos Usuários por meio da observação dos serviços prestados; A conselheira tem autonomia para a tomada de decisões baseadas no seu conhecimento e visão pessoal; Nas reuniões a representante apresenta a Entidade os debates e os resultados ocorridos no plenário do CMS-M.	Mandato-Autonomia	A Entidade apresenta aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no CMS-M.
	(U5) Associação de moradores do bairro Vale Itacaiunas – AMBAVI	Não há periodicidade das reuniões, sendo convocados conforme necessidade de tratar de assuntos urgentes.	A conselheira procura se manter informada das demandas dos Usuários; A conselheira toma suas decisões baseados nos interesses coletivos; A representante apresenta a Entidade o que foi discutido e deliberado.	Mandato-Autonomia	A Entidade não apresenta aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no CMS-M.
	(U7) Instituto Cultural Hozana Lopes de Abreu	Reuniões mensais para apresentar contas da participação e apresentação de relatórios. No período da pandemia do Covid-19 as reuniões passaram a ser semestrais; Adoção de regras que cobra que o conselheiro apresente relatórios das discussões ocorridas.	O conselheiro fica ciente das demandas e denúncias dos usuários por intermédio de um grupo de WhatsApp a disposição da sociedade, e também por meio de fiscalização nas Unidades de Saúde; O Conselheiro tem autonomia para a tomada de decisões; O representante apresenta a Entidade as discussões do plenário, se as propostas foram aprovadas ou não, assim todos acabam tomando ciência do que aconteceu	Mandato-Autonomia	A Entidade apresenta aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no CMS-M.

			nas reuniões do CMS-M.		
	(U8) Instituto Reviver	Reuniões mensais, entretanto, durante o ano de 2020 não foi realizado nenhuma reunião em razão da pandemia do Covid	As demandas dos Usuários chegam com frequência na instituição e/ou diretamente para o Conselheiro. O conselheiro representa os interesses da Entidade que é a dona da cadeira no CMS-M e sua atuação é baseada na defesa dos interesses da instituição e da comunidade. Realiza reuniões da diretoria para tratar assuntos da instituição, e o Conselheiro apresenta os pontos de pautas discutidos e deliberados no CMS-M	Mandato	A Entidade apresenta aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no CMS-M. Em 2020 foi suspensa as reuniões em decorrência da pandemia do Covid
	(U9) Instituto Cultural e Beneficente Viva Mulher – AMORETO	Reuniões bimestrais para tratar de assuntos a serem discutidos no CMS e quando necessário realiza reuniões extraordinárias	A Entidade mantém um canal de WhatsApp a disposição da sociedade onde os Usuários apresentam suas demandas e denúncias; A conselheira tem autonomia para a tomada de decisões; A representante apresenta a Entidade o que foi discutido e deliberado;	Mandato- Autonomia	A Entidade apresenta aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no CMS-M quando é de muita relevância assim para a própria entidade e para a comunidade.
	(U10) Associação Comunitária de Moradores do Bairro Araguaia – ASCOMBA	Reuniões mensais para prestação de contas da atuação no CMS-M	A Entidade mantém grupos de trabalho e canal de mídia social (WhatsApp) que recebem as demandas e denúncias dos Usuários e o Conselheiro apresenta essas questões ao CMS-M; O conselheiro tem autonomia em suas decisões, porém leva em conta as demandas da entidade e da população em sua atuação; São apresentados a Entidade o que foi discutido e deliberado;	Mandato – Autonomia	A Entidade apresenta aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no CMS-M em suas reuniões mensais.
Trabalhadores	(T1) Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará/SENPA	Realização de reuniões esporádicas para tratar de assuntos relevantes, por não ter sede própria do Sindicato em Marabá	A conselheira toma conhecimento das necessidades dos enfermeiros e dos usuários do SUS nas Unidades de Saúde e por meio das demandas enviadas via WhatsApp e por meio de denúncias; A conselheira tem autonomia para a tomada de decisões baseadas no seu conhecimento e convicção; A representante não apresenta a Entidade os resultados e debates ocorridos no CMS-M justificando que a sede do Sindicato é em Belém-PA;	Autonomia	A Entidade não apresenta aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no CMS-M.
	(T2) Sindicato dos Trabalhadores em	Reuniões trimestrais com a diretoria estadual e municipal	O Conselheiro ouve os questionamentos dos trabalhadores e dos usuários do SUS	Mandato	A Entidade realiza reuniões para apresentação dos resultados e

	Saúde no Estado do Pará-SINDSAUDE	para levar propostas de interesse da categoria dos trabalhadores e das políticas de saúde e do controle social do SUS	por meio das visitas e fiscalização nas Unidades de Saúde e leva os Pontos de Pauta ao CMS-M com o intuito de melhorar as condições de trabalho com vistas a boa prestação de serviços aos usuários; O Conselheiro toma decisões em nome da entidade que representa; O representante encaminha a diretoria da Entidade as resoluções das decisões proferidas no CMS-M;		discussões ocorridos no plenário do CMS-M aos representados.
	(T4) Conselho Regional de Odontologia – CRO (2 vagas)	Não são realizadas reuniões internas na sub sede do CRO em Marabá-PA	O conselheiro ouve os relatos dos trabalhadores nas Unidades de Saúde para a tomada de decisões; O conselheiro tem autonomia para a tomada de decisões baseadas no seu conhecimento e convicção; O representante não apresenta a Entidade os resultados e debates ocorridos no CMS-M	Autonomia	A Entidade não apresenta aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no CMS-M

Fonte: elaboração do autor. Adaptado de Rezende e Moreira (2016).

A relação Conselheiro(a)- Entidade é estabelecida por meio de reuniões plenárias para prestação de contas da atuação do representante no Conselho. Verifica-se que 40% das entidades adotam normas internas que favorece a práxis de representação tratando de deliberações específicas relacionados as políticas de saúde, do SUS e das pautas do CMS-M. Outras (40%) abordam em seus encontros assuntos afetos a suas missões institucionais e de defesa de categorias profissionais, enquanto 20% não realizam, ou realizam esporadicamente para tratar de assuntos urgentes. Relatos dos entrevistados sobre realização das reuniões, enfatizam:

“Sim. nas nossas reuniões se discute a participação, como está sendo a atuação do nosso representante, o que ele tem feito, quais são as sugestões que tem dado, que tipo de participação a entidade está tendo dentro do conselho, a gente tem que dar feedback, tem que apresentar relatórios” (U7).

“Dentro do Sindicato geralmente não existe uma periodicidade, quando há necessidade para uma reunião, como exemplo, uma conferência, ou para tratar de assunto importante, a gente faz a reunião, porque não temos sede própria aqui em Marabá, nós somos apenas uma base do sindicato aqui” (T1).

A partir de 2020 em razão da pandemia do Covid 19 2 entidades suspenderam suas reuniões e 2 alteraram a periodicidade das reuniões mensais para trimestrais e semestrais respectivamente, conforme responderam os conselheiros nas entrevistas:

“...somente agora na pandemia que suspendemos as reuniões, mas sempre sentamos para discutir e tratar aquilo que é melhor para a coletividade” (U1).

“... ultimamente do ano passado pra cá não houve plenária nem reuniões por causa da pandemia, mas a gente faz sim” (U8).

“...eram mensais, depois da pandemia passou a ser trimestrais” (U3).

Os conselheiros(as) de 20% das entidades tem a liberdade de atuar no CMS-M baseados no seu conhecimento e visão pessoal das políticas do SUS, apontando distanciamento entre representante e Entidade adotando a postura ‘autonomia’; enquanto 20% o exercício de suas funções é baseado na defesa dos interesses exclusivos da entidade que representa (mandato), e 60% conjugam tanto as demandas das entidades quanto os interesses coletivos em suas proposições (mandato-autonomia).

Sobre a postura de atuação dos conselheiros no CMS-M coadunam posturas mandato, autonomia, e mandato-autonomia, conforme falas nas entrevistas:

“...eu sei que a vaga é da minha instituição e nossa obrigação ali é representar os

interesses da instituição que é o dono da cadeira e dessa forma eu levo muito a risca a questão de defender com muita persuasão os interesses da instituição e da comunidade em geral e especificamente do nosso núcleo que é o KM 7 o nosso bairro e o Araguaia e o Aparecida que é a atuação maior da nossa instituição (U8).

“...como eu falei, a decisão é em nome da entidade que a gente representa, a gente não mistura a questão da própria opinião, mas a entidade também, ela te dá uma liberdade para tomar as decisões. Ela não é pessoal e da entidade” (T2).

“a gente procura propor algo do coletivo, por mais que tenhamos a nossa opinião, a nossa atuação tem que buscar o máximo de direitos ao coletivo e não uma disputa pessoal (U1).

Os resultados encontrados divergem em parte com as conclusões obtidas em conselhos municipais de saúde brasileiros que apontou prevalência da postura ‘mandato’ na representação dos usuários e dos trabalhadores, enquanto no CMS-M predomina a tendência ‘mandato-autonomia’ (Moreira, 2009).

Em razão dos resultados encontrados mostrando que a representação no CMS-M predomina a postura “mandato-autonomia” (60%), e segundo Pitkin (1969) significa que para fortalecer a democracia a representação deve se basear em posturas que busquem um certo equilíbrio entre mandato-autonomia. Portanto não sendo adotado pela totalidade das entidades é um caso de respostas híbridas, atribuindo pontuação (0,5).

7.2.4 - RR4 – Relação Entidade-Segmento

O quadro 9 evidencia que a relação estabelecida entre Entidade-Segmento se dá por meio de reuniões para prestação de contas. Verifica-se que 60% das entidades realizam as reuniões estabelecendo contato com os representados do segmento, 30% não adota esta prática e 10% fazem ocasionalmente para tratar de assuntos urgentes. No ano de 2020, duas entidades suspenderam as reuniões em razão do distanciamento social em decorrência da pandemia do Covid19.

Ao ser perguntado se entidade realiza reuniões para apresentar aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no CMS-M, o representante U7 falou: *“Sim, fazemos reuniões para apresentar as discussões do plenário, se as pautas apresentadas foram aprovadas ou não, assim todos acabam tomando ciência do que aconteceu nas reuniões do Conselho (U7).*

Para identificar as demandas da sociedade, as entidades adotam canais de comunicação na própria entidade, ou por meio de seus representantes (conselheiros).

Verificou-se que 80% das demandas dos usuários do SUS são identificadas através de propostas e denúncias encaminhadas às entidades e/ou diretamente aos representantes e pelas

visitas técnicas efetuadas nas unidades de saúde pelos conselheiros (as), o que corrobora com pesquisas realizadas em CMS que evidencia que as demandas da população chegam por intermédio dos conselheiros que os encaminha as reuniões do grupo que representam e ao Conselho para discussões e deliberações (Hébette, 2004; Labra e Aubyn, 2002).

Sobre esse aspecto os conselheiros comentaram como a entidade toma conhecimento das demandas da população sobre as políticas de saúde do município.

“Através principalmente de denúncias, e também através de visitas constantes que fazemos nos postos de saúde e hospitais. Pela questão da ausência do serviço que deveriam ser ofertados que as vezes falham” (U1).

” Através da procura. Nós somos muito atuantes dentro do nosso bairro, na nossa comunidade. Temos grupos de trabalho inclusive com convênios de parceria com empresas privadas e o setor público e sempre a gente senta com eles e alguns sabem que temos uma cadeira dentro do Conselho de Saúde e acabam passando as críticas até porque hoje temos um déficit em todos os setores da saúde e eles acabam apresentando isso e a gente leva para o embate no Conselho.” (U10).

Observou-se que 40% das entidades utilizam das mídias sociais em especial o WhatsApp para comunicação das demandas e na prestação de contas de sua atuação no CMS-M.

“Na verdade, é assim, as demandas dos usuários a gente tem um grupo de WatZap que são colocadas todas as demandas, e também ficamos sabendo pela participação da comissão técnica de fiscalização. A entidade tem um número de telefone a disposição para receber denúncias e através disso ficamos sabendo das demandas dos usuários, como por exemplo: a falta de atendimento médico, a falta de insumos, se alguém foi maltratado quando foi procurar os postos de saúde e hospitais e outras denúncias” (U7).

“Como eu trabalho no hospital todos os dias, tomo conhecimento das necessidades dos enfermeiros e dos usuários do SUS no hospital, e também por intermédio dos meus colegas dos postos de saúde quando eles enviam suas demandas através do WatZap, e ainda através das visitas que fazemos nas Unidades de Saúde” (T1).

Portanto, a maioria das entidades (não todas) prestam contas de sua atuação e dispõem de instrumentos para receber as demandas da sociedade para debates no plenário do CMS-M, se caracterizando por respostas híbridas que se atribui pontuação (0,5).

O Quadro 10 sintetiza a pontuação atribuída nas 4 variáveis (RR1 a RR4) que compõem a Configuração Representativa do CMS-M, segundo suas regras de representação.

Quadro 10 - Configuração Representativa do CMS-M:
Regras de Representação e suas respectivas Pontuações

Regras de Representação		Pontuação
RR1) Paridade entre os Segmentos		1
R2) Vínculo da Entidade com o Setor Saúde		0,5
RR3) Relação Conselheiro(a)-Entidade		0,5
RR4) Relação Entidade-Segmento		0,5
Total		2,5

Fonte: Elaboração do autor a partir do Modelo de Rezende e Moreira (2016).

As análises das Regras de Representação do CMS-M no período apontaram para uma pontuação total atribuídas as variáveis de 2,5 dos 4 possíveis, sendo (1,0) do eixo ‘delegação’ (RR1) e, (1,5) para respostas híbridas (RR2, RR3 e RR4). Portanto se faz necessário confronta-las com as regras de elegibilidade que serão analisadas no próximo item.

7.3 - REGRAS DE ELEGIBILIDADE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ

As “Regras de Elegibilidade” (RE), estudadas por meio das variáveis RE1 e RE2, objetivaram analisar a forma como o CMS-M (período 2018/2020) escolheu as entidades que representam os segmentos dos usuários do SUS e dos trabalhadores de saúde (foco da tese) e, por conseguinte, a forma como estas entidades escolhem as pessoas que assumirão o cargo de conselheiro(a) (titular e suplente). Para tanto as ‘RE’ foram analisadas por meio de fontes primárias (entrevistas) e secundárias (documentos públicos) por cada entidade e por segmentos (usuários e trabalhadores) para produzir o ‘Poder de Decisão’ para cada Entidade (PDE), dos Segmentos (PDS) e do CMS-M como um todo (PDCS).

7.3.1 - RE1 - Escolha das Entidades

A legislação do CMS-M diz que as escolhas das entidades do segmento dos usuários e dos trabalhadores devem ser definidas em conferências municipais de saúde, através de eleição livre e secreta garantindo 2 votos para cada entidade no processo eleitoral (Marabá, 1996).

O regulamento que orientou a 8ª Conferência Municipal de Saúde de Marabá em 2018 previu a realização de 11 pré-conferências na área urbana e rural do município para eleger os (as) delegados (as) das entidades dos movimentos sociais de usuários do SUS, das entidades de trabalhadores de saúde, das entidades gestoras e prestadoras de serviços de saúde.

Estabeleceu ainda as regras eleitorais para habilitação das entidades com âmbito de atuação municipal dos usuários do SUS (10 vagas) e das entidades de trabalhadores de saúde (5 vagas) que comporão o CMS-M no biênio 2018-2020.

O regulamento estipula que após a definição das entidades que comporão o CMS-M, as eleitas terão 05 (cinco) dias uteis a contar da data da eleição para encaminhar através de ofício o nome de seus representantes contendo o nome do membro titular e suplente para composição do próximo mandato no biênio 2018/2020.

Nos próximos tópicos realiza-se as análises da ‘RE1’ por cada entidade e por segmentos (Usuários e trabalhadores).

Escolha de Entidades: Segmento dos Usuários

As entidades dos usuários conquistaram acento no CMS-M por meio de processo eleitoral na 8ª Conferência Municipal de Saúde de Marabá realizada em 26 e 27 de abril de 2018.

Sobre essas regras alguns conselheiros esclareceram quando indagados como a entidade foi selecionada para ocupar uma cadeira do segmento no CMS-M:

“Foi assim, houve uma conferência, após a conferência houve uma eleição que foram selecionadas 20 entidades, infelizmente num primeiro momento a minha entidade não foi classificada mais ficou na suplência e após algum tempo houve a vacância e a minha entidade assumiu. É na conferência que discute o ingresso das entidades” (U1).

“A nossa entidade, na verdade é uma eleição né que a gente tem. Na eleição as entidades se inscrevem, são 10 vagas para as entidades dos usuários, 5 para os trabalhadores e 5 para a gestão. Então a gestão ela indica, ela pega as vagas dela e indica quem vai pra lá; o trabalhador já tem as indicações deles e faz a composição deles também sem dificuldades. Agora os usuários não, os usuários se inscrevem e disputam uma eleição entre nós. Então na última eleição foram mais de 36 instituições que disputaram a eleição para compor 10 cadeiras” (U8).

“Nós viemos de uma conferência de saúde onde foram relatados vários questionamentos né, inclusive eu fiz vários questionamentos na tribuna que foi na Câmara de vereadores de Marabá, e eu fiz vários questionamentos, eu creio que devido a essa minha posição e colocamos nossa instituição para concorrer e estamos aí” (U9).

Escolha de Entidades: Segmento dos Trabalhadores da Saúde

As entidades que representam os trabalhadores da saúde foram selecionadas obedecendo critérios “eleitorais” dispostos no regulamento das pré-conferências e 8ª Conferência Municipal de Saúde de Marabá/2018, que definiu a eleição de 50 delegados do

segmento que por sua vez por votação elegeram 4 entidades, pois não houve interessados pela quinta vaga, por sorteio, o Conselho Regional de Odontologia obteve o direito de se fazer representar por 2 conselheiros, completando a composição do segmento no CMS-M (2018/2020).

Ao perguntar aos entrevistados representantes dos trabalhadores sobre a forma de escolha das entidades, o conselheiro que representa a entidade T2 relatou:

“Através da conferência de saúde, em que há um processo eleitoral em que as entidades participam. Participamos da pré-conferência e da conferência e desse processo eleitoral conseguiu eleger a entidade e uma representatividade no Conselho”.

Em razão das pontuações serem atribuídas a cada entidade, aos segmentos e ao CMS-M, ou seja, pela junção de RE1 e RE2 o resultado dos pontos serão demonstrados no quadro 11.

7.3.2 - RE2 - Escolha dos Conselheiros(as)

Os dados obtidos nos documentos das entidades não foram suficientes para analisar o processo interno para escolha dos seus representantes, quer sejam pela omissão dessas regras, ou pela indisponibilidade de acesso a estes instrumentos. Para tanto utilizou-se exclusivamente as entrevistas com 10 conselheiros dos segmentos dos Usuários do SUS e dos trabalhadores da saúde.

Escolha dos Conselheiros(as): Segmento dos Usuários

A escolha dos representantes das entidades dos usuários ocorreu seguindo as regras e processos internos distintos. Duas entidades utilizaram de regras “eleitorais” com ampla participação dos seus associados; enquanto uma com pleito restrito aos eleitores membros da diretoria. Já quatro entidades adotaram as regras “não eleitorais” por meio de indicação por suas diretorias.

Conforme relatos dos entrevistados as instituições estabelecem critérios específicos aos interessados ao cargo de conselheiro de saúde, dentre estes; que tenham afinidade e conhecimento na área de saúde (4 entidades), duas exigem período mínimo de registro como associado e trabalho comprovado, e especificamente que seja integrante da diretoria (1), como exemplo as manifestações apontadas pelos representantes 3 entidades:

“A entidade seleciona as pessoas com grau de instrução e tenha um trabalho

voltado na área de atuação e por ser um cargo de bastante relevância pois exerce o controle social”. (U7)

“O nosso estatuto garante o seguinte: tem que ser associado e registrado no Instituto há mais de 2 anos com trabalho comprovado dentro da instituição, entendeu, ou se não ele tem que ter parte na diretoria com trabalho comprovado, tem que ser um associado ativo, que esteja presente participando dos cursos, das reuniões das palestras entendeu, para ser indicado para ocupar a vaga”. (U8)

“O que acontece: pessoas dentro da nossa comunidade que tem interesse e que tenha um pouco de conhecimento sobre a área de saúde para poder entrar no debate, nas deliberações das políticas públicas, entendeu. A gente acaba selecionando as pessoas comprometidas realmente com o social”. (U10)

A pesquisa evidenciou que todos os conselheiros do segmento dos usuários pertencem a mesa diretora de suas entidades, o que sugere predomínio e influência no processo eleitoral restrito a participação de seus líderes, dificultando assim a inserção dos demais membros na disputa ao cargo de conselheiro de saúde.

Autores apontam que vínculos circunjacentes entre conselheiros e entidades como os observados no CMS-M, quando a condição de representante e representado se entrelaçam como já observado que 80% dos conselheiros são membros da diretoria das entidades que representam, podem dificultar o alcance dos objetivos das entidades, do interesse geral da comunidade, e fragilizar o adequado funcionamento do Conselho (Tatagiba, 2005).

Esse fato corrobora com os níveis de concorrência internos observados, onde 80% das entidades apresentaram níveis “baixo” (1 entidade) e “nenhum” (4), enquanto o melhor desempenho ocorreu na entidade em uma com nível médio, entretanto foi eleito um membro da diretoria. Verifica-se que uma entidade mesmo utilizando regras “eleitorais” para definição de seu representante não informou o número de pretendentes, no entanto fora eleito o atual vice presidente da Instituição, que anteriormente exerceu a presidência.

Sobre o grau de concorrência verificado no processo eleitoral nas entidades, os entrevistados relataram:

“Na verdade, foi bem tranquilo porque como eu te falei procuramos buscar aqueles que tem um nível de afinidade com a pasta que vai representar e como a nossa entidade compõe outros conselhos existe a representatividade e aí a gente divide com aqueles que tem afinidade e disponibilidade e que pode desenvolver um bom trabalho e representar a altura a entidade. E para o Conselho de Saúde eu fui eleito por unanimidade devido a minha experiencia como conselheiro desde 2008 penso que isso pesou bastante na hora da escolha” (U1).

“Não teve concorrência; como a gente é uma instituição que participa de vários outros conselhos, então é feito a indicação com o critério de afinidade com a área, como por exemplo a pessoa se identifica com a saúde será indicado para o conselho de saúde, outra pessoa identifica-se com a cultura irá representar a cultura. Não há essa disputa entre os membros da entidade. Há conversas, a gente chama o

colegiado e expõe as vagas da entidade para os conselhos e aí são escolhidos para atuar” (U7).

“Na minha instituição não temos aquela disputa para as pessoas ocupar, nós temos um conselho nosso lá e a diretoria que encaminha o nome das pessoas, e a diretoria na época que encaminhou meu nome, eu era diretor social e a diretoria foi unânime em indicar meu nome para ir” (U8).

Análise das regras de elegibilidade adotado pelas entidades para escolha dos conselheiros(as) do segmento dos usuários seguiram as suas normas internas alternando entre “eleitorais” para 3 entidades e “não eleitorais” para 4 delas.

Escolha dos Conselheiros(as): Segmento dos Trabalhadores da Saúde

Como evidenciado nas entrevistas, a escolha dos conselheiros do segmento dos trabalhadores obedeceu às regras internas “não eleitorais”, sendo que 100% de seus representantes foram indicados pela diretoria das instituições. Sobre essas regras os conselheiros esclareceram:

“A gente tem delegados sindicais, e na maioria das vezes quem ocupa essas vagas são os delegados, e como eu sou delegada em Marabá fui indicada” (T1).

“Há uma entidade estadual e fica a critério da diretoria da subsede no caso. Então, os diretores reúnem entre eles e decidiu encaminhar um nome que representará a entidade no conselho” (T2).

Outro fator que merece destaque é que 66% dos conselheiros indicados são dirigentes sindicais (delegados e/ou diretores) representando suas categorias profissionais em Marabá, o que prejudica a concorrência interna para pleitear o posto de conselheiro municipal de saúde por outros atores sociais.

Sobre o grau de concorrência verificado no processo eleitoral nas entidades, o representante da entidade T2 se manifestou:

“Na verdade, eu acho que a escolha foi bem unânime na questão de posicionamento que, como eu falei, a diretoria reúne-se e aí, pode-se colocar o nome de disposição. E geralmente, quando nós estamos conselheiros, eu coloquei o nome, a disposição e a grande maioria da diretoria foi favorável, foi unânime praticamente”.

O propósito do Quadro 11 é demonstrar sinteticamente a forma de escolha das entidades e dos conselheiros(as) dos segmentos dos usuários do SUS e dos trabalhadores da saúde (RE1 e RE2 para compor o CMS-M no período 2018/2020, classificados por ‘Entidade’, por ‘Escolha das Entidades’ - classificadas em ‘Regra Eleitoral’ ou ‘Regra não

Eleitoral' e por 'pontuação'- pontuando "(0) para o eixo 'Concentração', (0,5) para 'respostas híbridas' e (1) para 'Delegação'". por 'Escolha dos conselheiros(as)', por 'Nível de Concorrência' - classificado em 'baixo', 'médio' e 'alto'.

Quadro 11 – Regras de Elegibilidade para ‘Escolha das Entidades’ e ‘Escolha dos Conselheiros(as)’ dos Segmentos dos Usuários do SUS e dos Trabalhadores da Saúde no Biênio 2018-2020.

Segmento	Entidade	Escolha da Entidade	Pontuação	Escolha dos Conselheiros(as)	Pontuação	Nível de Concorrência	Ocupação de cargo na Entidade
Usuários	(U1)	Regra “Eleitoral” - Conferencia de Saúde	1	Regra “Eleitoral” – Eleição com os membros da diretoria	1	Baixo	Sim - Diretor
	(U3)	Regra “Eleitoral” - Conferencia de Saúde	1	Regra “Eleitoral” Eleição com os membros da Entidade	1	Médio	Sim Tesoureiro
	(U5)	Regra “Eleitoral” - Conferencia de Saúde	1	Regra “Eleitoral” Eleição com os membros da Entidade	1	-	Sim - presidente e vice presidente
	(U7)	Regra “Eleitoral” - Conferencia de Saúde	1	Regra “Não Eleitoral” Indicação Diretoria	0	Nenhum	Sim Diretor Social
	(U8)	Regra “Eleitoral” - Conferencia de Saúde	1	Regra “Não Eleitoral” Indicação Diretoria	0	Nenhum	Sim Presidente
	(U9)	Regra “Eleitoral” - Conferencia de Saúde	1	Regra “Não Eleitoral” Indicação Diretoria	0	Nenhum	Sim Presidente
	(U10)	Regra “Eleitoral” - Conferencia de Saúde	1	Regra “Não Eleitoral” Indicação Diretoria	0	Nenhum	Sim Tesoureiro
Total da pontuação do Segmento: Usuários			7		3		
Trabalhadores da Saúde	(T1)	Regra “Eleitoral” - Conferencia de Saúde	1	Regra “Não Eleitoral” Indicação Diretoria	0	Nenhum	Sim – Delegada Sindical
	(T2)	Regra “Eleitoral” - Conferencia de Saúde	1	Regra “Não Eleitoral” Indicação Diretoria	0	Nenhum	Sim – Diretor
	(T4)	Regra “Eleitoral” - Conferencia de Saúde	1	Regra “Não Eleitoral” Indicação Diretoria	0	Nenhum	Não
Total da pontuação do Segmento: Trabalhadores			3		0		

Fonte: Elaboração do autor a partir do Modelo de Rezende e Moreira (2016).

Conclui-se que a variável (RE1) adota regra ‘eleitoral’ para escolha das entidades (dos usuários e dos trabalhadores) apontando para o eixo ‘delegação’ com pontuação (1).

Já em relação as regras adotadas pelas entidades para escolha dos seus representantes (RE2), no segmento dos usuários oscila entre regras ‘eleitorais’ em 3 entidades e ‘não eleitorais’ em 4 delas, perfazendo uma média de pontos do segmento de 0,43. Nas entidades dos trabalhadores a escolha foi realizada em 100% por indicação da diretoria (não eleitoral) apresentando pontuação (0).

O próximo tópico apresenta-se os demonstrativos do ‘Poder de Decisão’ para cada Entidade (PDE), dos Segmentos (PDS) e do CMS-M como um todo (PDCS-M).

7.4 - VINCULAÇÃO ENTRE AS REGRAS DE PARTICIPAÇÃO, REPRESENTAÇÃO E DE ELEGIBILIDADE

7.4.1 - Poder de Decisão das Entidades (PDE) que compõem o CMS-M (2018-2020)

Para apurar o PDE aplicou-se a pontuação total atribuída na ‘RP’ e na ‘RR’ para cada entidade acrescida dos pontos das ‘RE’ auferida pela entidade. Desta forma, é possível construir um ‘Poder de Decisão’ para cada Entidade.

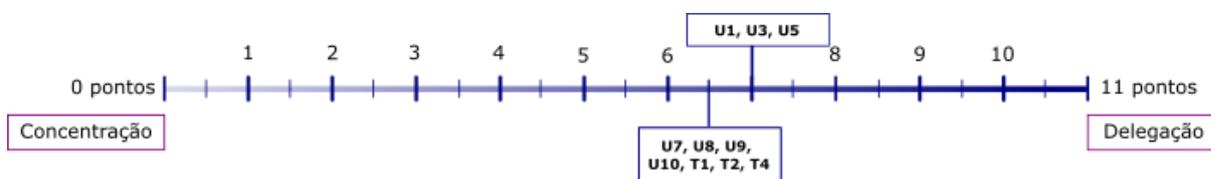
O quadro 12 apresenta o Poder de Decisão das Entidades dos usuários do SUS e dos trabalhadores que compõem o CMS-M no biênio 2018-2020, classificados por ‘Entidade’, por pontos obtidos nas ‘Regras de Participação (RP)’; por pontos obtidos nas ‘Regras de Representação (RR)’, pela média dos pontos obtidos nas ‘Regras de Elegibilidade (RE)’ de cada entidade; e, pelo total da ‘pontuação’ atribuída a cada entidade.

Quadro 12 – Poder de Decisão das Entidades dos usuários do SUS e dos trabalhadores que compõem o CMS-M no biênio 2018-2020.

Segmento	Entidade	Regras de Participação	Regras de Representação	Regras Eleitorais	Total da Pontuação
Usuários	(U1)	3,5	2,5	1	7
	(U3)	3,5	2,5	1	7
	(U5)	3,5	2,5	1	7
	(U7)	3,5	2,5	0,5	6,5
	(U8)	3,5	2,5	0,5	6,5
	(U9)	3,5	2,5	0,5	6,5
	(U10)	3,5	2,5	0,5	6,5
Trabalhadores da Saúde	(T1)	3,5	2,5	0,5	6,5
	(T2)	3,5	2,5	0,5	6,5
	(T4)	3,5	2,5	0,5	6,5

Fonte: Elaboração do autor a partir do Modelo de Rezende e Moreira (2016).

Figura 5 - Poder de Decisão das Entidades (PDE) que compõem o CMS-M (2018-2020)



Constatou-se os PDEs de cada entidade, em seus valores de referência estão próximos do centro do eixo, variando de 6 a 7 pontos dos 11 prováveis, em uma posição intermediária do centro ao polo delegação.

Assim, as entidades U7, U8, U9, U10, T1, T2 e T4, serão classificadas como ‘Semi-Delegação Fraca’, enquanto U1, U3 e U5, serão classificadas como ‘Semi-delegação Média’.

7.4.2 - ‘Poder de Decisão’ dos Segmentos (PDS) que compõem o CMS-M (2018-2020): Usuários do SUS e dos Trabalhadores da Saúde

Para construir o ‘Poder de Decisão’ dos segmentos (PDS), aplicou-se a média aritmética dos ‘Poderes de Decisão’ de cada entidade que o compõem os segmentos dos Usuários e dos trabalhadores, conforme matriz de cálculo:

$$PDS = \frac{\sum PDE \text{ do Segmento}}{\text{Número de Entidades}}$$

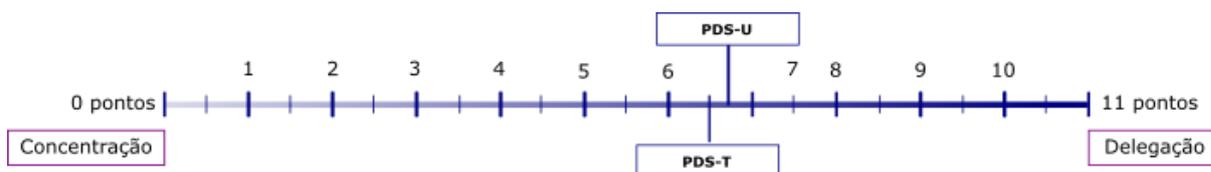
O quadro 13 apresenta o Poder de Decisão dos Segmentos (PDS) dos usuários do SUS e dos trabalhadores que compõem o CMS-M no biênio 2018-2020, classificados, por pontos obtidos nas ‘Regras de Participação (RP)’; por pontos obtidos nas ‘Regras de Representação (RR)’, pela média dos pontos obtidos nas ‘Regras de Elegibilidade (RE)’ de cada segmento; e, pelo total da ‘pontuação’ atribuída ao segmento.

Quadro 13 – ‘Poder de Decisão’ dos Segmentos (PDS) que compõem o CMS-M (2018-2020):
Usuários do SUS e dos Trabalhadores da Saúde

Segmento	Regras de Participação	Regras de Representação	Regras Eleitorais	Média da Pontuação
Usuários do SUS	3,5	2,5	0,7	6,7
Trabalhadores da Saúde	3,5	2,5	0,5	6,5

Fonte: Elaboração do autor a partir do Modelo de Rezende e Moreira (2016).

Figura 6 - ‘Poder de Decisão’ dos Segmentos (PDS) que compõem o CMS-M (2018-2020): Usuários do SUS e dos Trabalhadores da Saúde



7.4.3 - ‘Poder de Decisão’ do Conselho Municipal de Saúde de Marabá no biênio (2018-2020)

Para chegar ao ‘Poder de Decisão’ do Conselho Municipal de Saúde de Marabá (PDCS-M) no período 2018-2020, calculou-se a média aritmética dos PDS dos segmentos dos Usuários e dos Trabalhadores, conforme formula de cálculo:

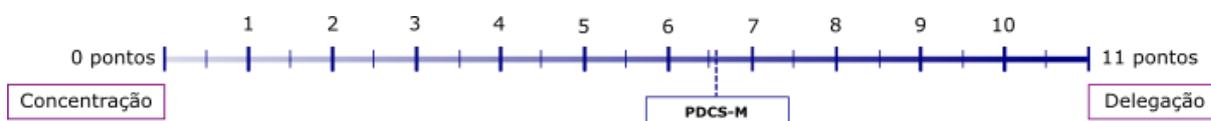
$$\text{PDCS} = \frac{\sum \text{PDE do Segmento}}{\text{Número de Segmentos Estudados}}$$

Quadro 14 – ‘Poder de Decisão’ do Conselho Municipal de Saúde de Marabá (PDCS-M) no biênio (2018-2020)

Regras de Participação	Regras de Representação	Regras Eleitorais	Média da Pontuação
3,5	2,5	0,6	6,6

Fonte: Elaboração do autor a partir do Modelo de Rezende e Moreira (2016).

Figura 7 - ‘Poder de Decisão’ do Conselho Municipal de Saúde de Marabá no biênio (2018-2020)



O PD do CMS-M fruto das regras de participação (RP), representação (RR) e elegibilidade (RE) obteve pontuação de 6,6 dos 11 possíveis, portanto, categorizado como ‘Semi-Delegação Fraca’.

Constate-se que suas RPs (RP1 a RP5) foram as que apresentaram os melhores resultados, com mais de 50% da pontuação total (3,5 dos 6,6), provendo condições equânimes de acesso aos cargos de maior destaque no conselho (presidência, mesa diretora e comissões); e, parcialmente concede poder aos conselheiros para pautarem temas na agenda política do Conselho. Por conseguinte, suas regras são restritivas para participação, nas reuniões do pleno, de atores políticos que não fazem parte de sua composição.

Quanto as RRs (RR1 a RR4) os dados apurados apontam que: i) apresentou resultado (2,5 dos 6,6); ii) conforma composição paritária; iii) as áreas de atuação e os objetivos

institucionais na maioria das entidades é caracterizada pela ‘multiplicidade dispersa’ com vinculação indireta com o setor saúde; iv) a relação conselheiro-entidade é predominante na postura de representação ‘mandato-autonomia’ (60%), ‘mandato’ (20%) e ‘autonomia’ (20%); e, v) a maioria das entidades (não todas) prestam contas de sua atuação e dispõem de instrumentos para receber as demandas da sociedade.

As REs (RE1 e RE2) apontam que para escolha das entidades é regido por processo eleitoral em conferência municipal de saúde, e as regras adotadas pelas entidades para escolha de seus representantes oscila entre eleitorais e não eleitorais (indicação).

Em relação aos PDSs, conforme ilustra o Quadro 13 e Figura 5, é apresentado um cenário de similaridade, onde o PD do Segmentos dos Trabalhadores (PDS-T) com 6,6 pontos, classificado como ‘Semi-Delegação’ Fraca e PD do Segmento dos Usuários (PDS-U) obteve pontuação um pouco a frente (6.7), classificado no indicador como ‘Semi-Delegação’ Média.

Ao analisar a relação entre as regras (RP, RR e RE) do segmento dos usuários constata, como aconteceu no PD, as RP (3,5), apresenta a maior pontuação do PDS-U, seguida das RRs com (2,5) e por último das REs que é calculada pela média das pontuações obtidas nas entidades do segmento, com (0,7) pontos dos 6,7.

O PDS-T obteve para as RPs e RRs a mesma pontuação do PDS-U, enquanto as REs ficaram ligeiramente abaixo, em razão do processo interno de escolha dos conselheiros serem 100% efetuados por indicação da diretoria.

Já para os PDEs de cada entidade (Quadro 12 e Figura 4) demonstra, no contexto analisado que sete entidades (U7, U8, U9, U10, T1, T2 e T4), obteve pontuação igual de (6,5) indicando ser uma Semi-Delegação Fraca, e três (U1, U2, U5) com pontuação ligeiramente maior de 7 pontos cada uma, classificadas como Semi-Delegação Média.

Quanto as RPs (3,5) e RRs (2,5) sua pontuação é comum a todas as Entidades, diferenciando as REs, de acordo com a forma de escolha, com destaque para as entidades (U1, U2 e U5) que selecionaram as entidades e conselheiros obedecendo a regras eleitorais.

A ‘Configuração Representativa’ do segmento dos usuários, proposta por Rezende e Moreira (2016), a partir do desenho institucional do CMS-RJ, no período estudado (2013-2014), foi analisada a partir de 3 eixos: i) regras de elegibilidade para definição de entidades e conselheiros; ii) regras de participação que delimitam as possibilidades de atuação desses atores políticos; e iii) regras de representação das entidades que orientam as relações com os conselheiros⁷.

A ‘Configuração Representativa’ do CMS-M, trabalhada no âmbito de dois segmentos

- usuários e trabalhadores -, aperfeiçoou o modelo analítico aplicado no CMS-RJ⁷ ao incorporar na CR 11 variáveis em um índice composto de RPs, RRs e REs, denominado ‘Poder de Decisão’ (PD) com o intuito de demonstrar se a CR centraliza a tomada de decisões no comando do Conselho (‘Concentração’) ou descentraliza este poder aos conselheiros, segmentos e entidades (‘Delegação’).

Desse modo, foi possível construir um PD para o conselho como um todo (PDCS), um PD para cada segmento (PDS) e um PD para cada entidade (PDE), permitindo articular e analisar a atuação dos atores no processo decisório/deliberativo do Conselho que será evidenciado na seção IX.

O propósito da seção seguinte apresentado em uma parte do artigo submetido na Revista *Saúde em Debate*, em 17/08/2021, e aprovada para publicação em 04/10/2021, foi o de analisar o processo decisório do Conselho Municipal de saúde de Marabá (CMS-M), no período 2018 a 2020, tendo como foco os temas que foram apresentados e discutidos nas reuniões ordinárias ocorridas neste período, com a finalidade de observar o cumprimento do objetivo específico III que consiste em *analisar a atuação dos conselheiros titulares dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores no processo decisório do CMS-M no período entre 2018 a 2020, com direcionamento nas posturas de representação por eles adotada.*

TOTAL	22	17,46	80	63,49	24	19,05	126	100
--------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	--------------	------------	------------

Fonte: Elaboração de Rocha e Moreira (2022).

Dos 126 pontos de pautas discutidos em 25 reuniões plenárias no período evidenciados na Tabela 1 predomina o tema “funcionamento do CMS-M” com o total de 81 proposições, sendo 17 em 2018, 47 em 2019 e 17 em 2020, demonstrando que o Conselho está voltado para si próprio, centrado em questões internas à sua administração.

O “funcionamento do SUS” tema intrínseco à função estratégica do Conselho foram discutidos 25 pontos de pautas (4 em 2018, 17 em 2019 e 4 em 2020), voltadas principalmente para funcionamento e gestão de Unidades de Saúde (estruturas e corpo técnico). Observa forte tendência de privatização dos serviços de saúde onde o subtema “Terceirização dos Serviços” demandou 10 proposições.

O que menos aparece no debate do Conselho são os temas relacionados às demandas vinculadas a críticas e denúncias da população (20 pontos de pauta). As denúncias estão mais ligadas a falhas em procedimentos médicos; acesso aos serviços de saúde e falta de estrutura das unidades de saúde; o que sugere precariedade no sistema, principalmente na média e alta complexidade.

Desses 126 pontos de pauta, 54 (42,8%) produziram, ao longo do processo de deliberação, debates entre os Conselheiros.

A Tabela 2 apresenta a dinâmica desses debates no que se refere à entidade que propôs a pauta; à forma – convergente ou divergente – como as demais entidades do CMS-M posicionaram-se no debate das propostas; e ao resultado do processo deliberativo, isto é, se a pauta proposta foi ou não aprovada. Quando entidades não se manifestaram, atribuiu-se o sinal “-”.

Tabela 2 – Debates gerados pelos Pontos de Pauta nas Reuniões Ordinárias do CMS-M entre agosto de 2018 à julho de 2020: distribuição por entidades e seus segmentos, proponentes, posição divergentes e convergentes e se a pauta foi aprovada ou não. (n=54)

Entidades e seus segmentos	Posicionamento em relação às pautas			Resultado do processo deliberativo		
	Proponente	Convergente	Divergente	Pauta aprovada?		
				Sim	Não	Total
Usuários	13	47	31	8	5	13
Associação Projeto Futuro Melhor – Substituída pela SERVIMAR	1	9	3	1	-	1
Instituto da Juventude da Região	-	4	1	-	-	-

Carajás – IJURC						
CAVIM- Casa de Apoio Vida Melhor	-	-	-	-	-	-
Associação Paraense de Portador de Hemofilia e Coagulopatias	2	3	3	-	2	2
Associação dos moradores do bairro Vale do Itacaiunas – AMBAVI	-	4	8	-	-	-
Associação Recanto Feliz da Folha 31	1	1	1	1	-	1
Instituto Cultural Hozana Lopes de Abreu	3	5	3	2	1	3
Instituto Reviver	3	14	8	2	1	3
Instituto Viva Mulher	3	5	4	2	1	3
Associação Comunitaria de Moradores Do Bairro Araguaia – ASCOMBA	-	2	-	-	-	-
Trabalhadores	9	30	30	5	4	9
Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará/SENPA	4	4	7	1	3	4
Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará-SINDSAUDE	2	14	11	2	-	2
Sindicato dos Médicos do Pará-SINDMEPA	2	5	4	2	-	2
Conselho Regional de Odontologia – CRO	1	7	8	-	1	1
Gestor	20	7	6	17	3	20
Secretaria Municipal de Saúde – SMS	20	4	5	17	3	20
11º Centro Regional de Saúde/SESPA/Marabá-Pa	-	3	1	-	-	-
Prestadores de serviços	-	-	-	-	-	-
(Não possui representantes nesta gestão)	-	-	-	-	-	-
Mesa diretora	12	-	-	7	5	12
TOTAL	54	84	67	37	17	54

Fonte: Elaboração de Rocha e Moreira (2022).

No processo deliberativo, dos 126 pontos de pauta demonstrados na tabela 1, 54 produziram debates entre os conselheiros descritos nas tabelas 2, evidenciando a reprodução das alianças entre os segmentos e como são travados os debates no CMS-M. Esclarece, ainda, que os 54 pontos de pauta foram apresentados pelos representantes dos segmentos: “Gestores” (G1) com 20 propostas; “Mesa Diretora” (MD)-12; “Usuários” (U7)-3, (U8)-3, (U9)-3, (U4)-2, (U1)-1, (U6)-1; “Trabalhadores” (T1)-4, (T2)-2, (T3)-2 e (T4)-1. Não apresentaram pontos de pauta: (G2), (U2), (U3), (U5) e (U10).

Das 20 propostas dos gestores (G1), 17 foram aprovadas e 3 rejeitadas. As propostas

não aprovadas foram as 7, 11 e a 18. Dessas 20, 18 são relativos ao funcionamento do SUS, duas sobre o funcionamento do Conselho e nenhuma sobre as denúncias da população foram aprovadas. Das 20 propostas 6 foram sem divergências e todas aprovadas, e 14 com divergências, e dessas 14, 11 foram aprovadas e 3 não aprovadas. A proposta 7 não aprovada teve divergência dos usuários (U4,U5,U6,U8,U9) e dos trabalhadores (T2,T3,T4); a 11 somente divergentes pelos usuários (U4,U5,U8,U9) e a 18 dos trabalhadores (T1,T2).

A Tabela 3 aprofunda este cenário. Seu propósito é mapear, nos embates travados durante o processo de deliberação e tomada de decisões sobre as 54 propostas apresentadas na Tabela 2, as convergências e divergências entre as entidades que compõem o CMS-M e, por conseguinte, os segmentos nele representados. Perceba-se que as propostas são classificadas pelos temas apresentados na Tabela 1 e que as Entidades são identificadas pelos códigos no Quadro

5.

Tabela 3 – Processo Decisório do CMS-M, julho/18 a agosto/2020: propostas debatidas distribuídas pelas entidades proponentes, posições convergentes e divergentes das entidades, tema a que se referem as propostas e aprovação ou não pelo pleno do CMS-M. (n=54)

PROPOSTAS	Prop*	Posição Convergente	Posição Divergente	APR V**	TEMA
1.Credenciamento de serviços especializados	G01	U09	U01; U05; T04	SIM	F-SUS
2.Reorganização de Protocolo de atendimento do hospital municipal	G01	U07	T02; T04	SIM	F-SUS
3.Autorização para Participação do Congresso de Enfermagem	G01	U05; U07; T03; T04; G02	U08	SIM	F-CMS
4.Implantação do corujão Odontológico na Unidade Básica de Saúde	G01			SIM	F-SUS
5.Criação de Comissão Paritária de Planejamento de Ações de 2019	G01	T01		SIM	F-CMS
6. Solicitação da copia do livro ata da frequência dos conselheiros	G01	U10	T02	SIM	F-CMS
7.Cancelamento unilateral por parte SMS-M do atendimento noturno nas unidades (Programa Corujão)	G01		04; U05; U06; U08; U09; T02; T03; T04	NÃO	F-SUS
8. Apresentação da Proposta de Regulamento e Regimento da Plenária Municipal de Saúde	G01			SIM	F-CMS
9.Retorno do funcionamento do laboratório do HMM e HMI	G01	U07		SIM	F-SUS
10.Apresentação da Tabela Complementar e Credenciamento de Cirurgias Eletivas	G01	U05; U08	T01; T3	SIM	F-SUS
11.Processo de credenciamento para contratação de pessoa jurídica: diagnósticos em laboratório clínico.	G01	U02; T04	U04; U05; U08; U09	NÃO	F-SUS
12.Aditivos contratuais de credenciamento de serviços técnicos especializados em anesthesiologia.	G01	U02; U04; U07	U08; U09; T02; T04	SIM	F-SUS
13.Aditivos contratuais de credenciamento de serviços técnicos especializados: diagnósticos em laboratórios clínicos	G01	U02; U04; U07; U08; U09	T02; T04	SIM	F-SUS
14.Aditivos contratuais de credenciamento de serviços técnicos especializados em ortopedia e traumatologia	G01	U02; U04; U07; U08; U09; T02; T04		SIM	F-SUS
15.Autorização para implantação de 1 equipe de PSF na zona rural do município no P.S. Pastor Jonatas Azevedo	G01	U08; U09. T02; T04		SIM	F-SUS
16. Relatórios de Gestão – Prestação de Contas do ano de 2011 e 2012	G01	U03; U08; U09	T02	SIM	F-CMS
17.Tabela complementar aos valores da tabela SIGTAP/SUS	G01	G02	T01; T02; T04	SIM	F-SUS
18.Plano Operativo Municipal de Atenção Integral à saúde dos adolescentes em conflitos com a lei,	G01	G02	T01; T02	NÃO	F-SUS
19.Julgamento da prestação de contas – Relatórios de Gestão 2013 e 2014	G01		T02; T04	SIM	F-CMS
20.Petição para reavaliação da prestação de contas da Gestão da Saúde dos anos de 2015 e 2016 que fora rejeitada	G01	U08	T01; T02	SIM	F-CMS
21. Laudo pericial para adequação de concessão de insalubridade para trabalhadores da saúde	T01	703		NÃO	F-SUS
22.Informe sobre Retirada da Insalubridade dos vencimentos salariais sem Laudo Pericial	T01		U05; U08; T02; T03	NÃO	F-SUS
23. Criação de uma comissão para propor alteração do Regimento Interno e alteração da Lei do CMSM	T01			SIM	F-CMS
24 Denúncia sobre realização de plantões médicos em desacordo com a legislação	T01	T02; G02		SIM	D-POP
25.Recomposição do Comitê de ética do CMSM	T02	U09		SIM	F-CMS

26.Proposta de prorrogação de mandato dos conselheiros por 1 ano –motivação: pandemia Covid 19	T02	U09; T01		SIM	F-CMS
27.Solicitação de diárias para participar do Congresso Pan-Americano de medicina	T03			SIM	F-CMS
28.Contratação emergencial de médicos plantonistas para os hospitais municipais	T03	T02; T04; G01		SIM	F-SUS
29. Denúncia: pede Justificativas da Gestão pela contratação de odontólogo sem concurso público	T04	U08; U09; T02; T03	G01	NÃO	D-POP
30. Participação dos conselheiros na Conferencia Nacional de Saúde	U01	U08	U04	SIM	F-CMS
31.Denúncia de não funcionamento das unidades de saúde dos bairros: da Paz e Coca Cola	U04			NÃO	D-POP
32.Visita técnica de fiscalização à sede de empresas prestadoras de serviços na área de saúde ao Município	U04	T02; T03; T04	U02; U08; G01	NÃO	F-CMS
33.Participação dos conselheiros da Plenaria da 13ª Conferência Estadual de Saúde	U06	U05; U08; U09; T02; G01		SIM	F-CMS
34 Participação do 12º Congresso Brasileira de Saúde Coletiva ABRASCO	U07			SIM	F-CMS
35.Membros da comissão de licitação solicita participar de um Curso de Contratos e Convênios em Belém	U07			SIM	F-CMS
36.Situação do laboratório do HMM/Marabá – Não realização dos exames no próprio hospital- Terceirização	U07			NÃO	F-SUS
37.Denúncia.Falta de condições de funcionamento do Depto. de Saúde do Trabalhador – VISAT	U08	T02; T04		NÃO	D-POP
38.Pedido de afastamento provisório da Presidente do CMSM para análise de atos irregulares praticados	U08		U05; U07; T01; T03; G01; G02	SIM	F-CMS
39.Afastamento definitivo da presidente do CMS-M por ilegalidades praticadas	U08	U01	U05; U07	SIM	F-CMS
40.Denúncia-Conselheiro do Instituto Reviver foi candidato a cargo eletivo e não se afastou das funções de conselheiro de saúde	U09	U01; U10; T02	U07; G01	SIM	D-POP
41.Solicitação do veículo para viagem para participação da 13ª Conferência Estadual de Saúde	U09			SIM	F-CMS
42.Denúncia de Falta de medicamentos de hipertensão, diabéticos e outros na Unidade de Saúde Amadeu Vivacqua	U09			NÃO	D-POP
43. Convite para participação de uma reunião com a Mesa diretora e jurídico do CES/Pará	MD		U09; T02	SIM	F-CMS
44. Denúncia de uma usuária que relata que necessita de tratamento oncológico fora do domicilio	MD	T03		NÃO	D-POP
45.Criação de uma Comissão organizadora para realização plenária de Saúde	MD			SIM	F-CMS
46.Criação de uma comissão provisória para acompanhamento da auditoria na SMSM para apuração de denúncias.	MD	U05; U08; U09; T01; T02		SIM	F-CMS
47.Convite da secretaria de saúde de Curionópolis-PA para participação da Conferencia Municipal de Saúde	MD		U01; U03; T01; T02	SIM	F-CMS
48. Participação de uma reunião no CES-PARÁ	MD	U01; U06; U08; T01		SIM	F-CMS
49.Solicitação para participação de curso de licitações	MD	G01	U08; U09; T01; T04	NÃO	F-CMS
50.Contratação de assessoria jurídica e contábil para assessorar o CMS-M	MD	U08; T02	G01	SIM	F-CMS
51.Denúncia: não realização de procedimento cirúrgico	MD			NÃO	D-POP
52.Denúncia: de procedimento medico em parto	MD			NÃO	D-POP
53. Confeção de baners informativo para divulgação dos trabalhos do CMS-M	MD	U08; T02		SIM	F-CMS
54.Indicação de representantes para participar do 10º CISTTÃO em Brasilia-DF	MD			SIM	F-CMS

Fonte: Elaboração de Rocha e Moreira (2022). Legenda: *Proponente **Aprovação pelo Pleno CMS

A tabela 3 mostra que das 20 propostas houve 39 convergências contra 27 divergências. Das convergências 3 dos gestores, 28 dos usuários, somente U1 e U6 não tiveram convergências e 8 dos trabalhadores. Das 37 divergências 14 foram dos usuários e 23 dos trabalhadores.

Dos 12 pontos de pauta da Mesa Diretora (MD), 8 foram aprovados e 4 não (44,49,51,52). Dessas 12, 9 se referem ao tema “Funcionamento do CMS-M” e 3 “Denúncias da população”, nenhuma foi aprovada. Das 12 pautas, 8 foram sem divergências e 6 aprovadas; e 4 com divergências e dessas 3 foram aprovadas e 1 não aprovada. As propostas 44, 51 e 52 tratando de denúncias, mesmo sem divergências dos segmentos não foram aprovadas; a 49 teve divergências dos usuários (U8,U9), dos trabalhadores (T1,T4) e dos gestores (G1).

Das 12 houve 15 convergências e 11 divergências. Das convergências 8 foram do segmento dos usuários; 6 dos trabalhadores e 1 dos gestores. Dentre as 11 divergências 5 foram dos usuários, 5 dos trabalhadores e 1 da gestão.

Os 13 pontos dos usuários em 8 foram aprovados e 5 não aprovados. Destas 13, 1 do “Funcionamento do SUS”, 8 do “Funcionamento do CMS-M” e 4 de denúncias. Do total 7 foram sem divergências com 4 aprovações e 3 reprovações, 6 com divergências sendo 4 aprovados e 2 não. Os pontos não aprovados 31,36 e 42 não houve manifestações, o 32 foi convergente os trabalhadores (T2,T3,T4) e divergente usuários e gestores (U2,U8,G1); a 37 somente convergências (T2,T4).

Das 13 houve 15 convergências e 14 divergências. Das convergências 7 dos usuários; 7 dos trabalhadores e 1 dos gestores. Dentre as 14 divergências 8 dos usuários, 2 dos trabalhadores e 4 da gestão.

A tabela 3 mostra que os trabalhadores apresentaram 9 propostas sendo 6 aprovadas e 3 não. Das 9, 7 foram sem divergências com 6 aprovações e 1 não aprovada, 2 com divergências e reprovadas. Das 9 houve 13 convergências e 5 divergências. As convergências – usuários (4); trabalhadores (7); gestores (2). Das 14 divergências 2 dos usuários, 2 dos trabalhadores e 1 da gestão.

Nas propostas da gestão as discussões apontam para alinhamento com os usuários, e rejeição por parte dos trabalhadores principalmente nas propostas que cerceiam direitos trabalhistas e as de terceirização dos serviços (1,2,10,12,13,17). Pautas dos Usuários apoiadas pelos trabalhadores, e resistências do próprio segmento com 8 divergências; já os trabalhadores firmaram alianças com os usuários.

Os resultados sinalizam que a gestão e a “MD” exercem forte influência no

processo deliberativo do CMS-M, apresentando 60% das pautas aprovando 81% de suas propostas. Os usuários com 24% das propostas e 61% de aprovação, e os trabalhadores apresentaram 16% dos pontos e êxito em 66% nas deliberações.

Apesar dos prestadores privados não participar do processo deliberativo, a gestão apresentou 10 propostas de terceirização de serviços de saúde, mesmo com contestação dos trabalhadores 6 foram aprovadas e 3 homologadas, o que comprova a força política dos gestores privados nas negociações com o poder público.

Finalizando este tópico, a Tabela 4 mantém como foco os 54 itens de pauta que geraram debates nas reuniões mensais do CMS-M, voltando-se para a reação do Poder Executivo às deliberações do CMS-M, isto é, se as homologou ou não. Importante destacar que a Tabela 4, retoma a distribuição por temas e subtemas da Tabela 1, a fim de viabilizar a análise dos dados, realizada no próximo tópico.

Tabela 4 – Deliberações do CMS-M no período de agosto/2018 à julho/2020: distribuição por Temas, Subtemas, Ano e Reação do Poder Executivo. (n=54)

Temas	Subtemas	Deliberações				Reação poder executivo		
		2018	201	202	TOTA	Homologada	Não-Homologada	Sem Informação
		9	0		L			
Funcionamento do SUS	TOTAL	3	12	2	17	8	4	5
	Programa “Corujão”	-	2	-	2	-	2	-
	Laboratórios	-	2	-	2	2	-	-
	Unidades de Saúde	1	1	2	4	2	1	1
	Profissionais de Saúde	1	2	-	3	1	-	2
	Terceirização dos Serviços	1	5	3	6	3	1	2
Funcionamento do CMS-M	TOTAL	9	15	4	28	8	4	16
	Capacitação	6	2	1	9	5	1	3
	Gestão do CMS-M	2	10	3	15	2	2	11
	Substituição de representante das Entidades	-	-	-	-	-	-	-
	Fiscalização	1	3	-	4	1	1	2

Denúncias da População	TOTAL	1	8	-	9	-	1	8
Procedimentos médicos	-	2	-	2	-	-	-	2
Acesso aos serviços de saúde	1	1	-	2	-	-	-	2
Unidades de Saúde	-	3	-	3	-	-	-	3
Transparência Pública	-	2	-	2	-	1	-	1
TOTAL GERAL		13	35	6	54	16	9	29

Fonte: Elaboração de Rocha e Moreira (2022).

A tabela 4 comprova baixa efetividade no atendimento das demandas por parte da gestão homologando somente 16 propostas das 54 discutidas. Das 16 homologadas, 8 foram do tema “Funcionamento do SUS”. Verifica-se a ausência de agenda deliberativa para tratar dos principais agravos de saúde enfrentados pela população, e causas mortis ocorridos nos anos de 2018-2019 apontados pelo DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br>) e do enfrentamento da pandemia do Covid 19, prescindindo assim da participação do CMS-M na busca de soluções e no planejamento das ações.

No tema “Funcionamento do CMS-M” foram homologadas 8 deliberações e nenhuma das “Denúncias da População” o que evidencia a dificuldade de acesso da sociedade nos debates e na solução de suas demandas, tanto pela gestão municipal da saúde como no ambiente interno do CMS-M que regimentalmente é restritivo ao prever que usuário para ser ouvido em suas demandas é necessária a prévia aprovação do plenário para conceder/ou não “o direito de fala”.

Esse elemento fortalece a ideia de limites de atuação do Conselho, frente a agenda da sociedade.

Diante dos resultados apontados nesta seção, correlacionando-o com a seção VII, demonstra-se a influência da configuração representativa em decorrência da atuação dos conselheiros titulares do segmento dos usuários e trabalhadores no processo decisório do CMS-M no período de 2018/2020.

9 - RELAÇÃO DA CONFIGURAÇÃO REPRESENTATIVA COM A ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS NO PROCESSO DECISÓRIO/DELIBERATIVO DO CMS-M 2018-2020

Nesta seção, analisa-se a Configuração Representativa classificada no PD do CMS-M como um todo (PDCS), nos PDs para cada segmento (PDS) (usuários e trabalhadores) e nos PDs para cada entidade (PDE) demonstrados na seção VII, correlacionando-as com a atuação dos conselheiros no processo decisório/deliberativo do CMS-M (Seção VIII). Com isso, atinge-se o **OE IV** e por conseguinte o **OG** desta tese que previu analisar a influência da “configuração representativa” do CMS-M na atuação dos conselheiros titulares que representam os segmentos dos usuários e dos trabalhadores, no período entre 2018 a 2020.

No Quadro 15 são apresentadas 5 variáveis de atuação no processo decisório/deliberativo do CMS-M, correlacionando-as com a Configuração Representativa (PDs).

Quadro 15 - Variáveis de Atuação no Processo Decisório/Deliberativo do CMS-M: 2018- 2020

Variáveis	Poder de Decisão
Apresentação de Pontos de Pauta e Temas discutidos	PDCS
Posicionamentos Convergentes e Divergentes	PDS
Deliberações	PDE
Resultado do Processo Deliberativo	
Reação do Poder Executivo em relação as Deliberações	

Fonte: elaboração do autor.

9.1 APRESENTAÇÃO DOS PONTOS DE PAUTA E TEMAS DISCUTIDOS

No período estudado (2018 - 2020), foram realizadas 25 reuniões plenárias, colocados em pauta e discutidos 126 pontos no processo decisório/deliberativo do CMS-M (média de 5 por reunião). Desse total, 60% foram apresentadas pela gestão (36%) e mesa diretora (24%).

Realidade similar fora observado no CMS-RJ, onde 81,58% (31 de 38) das apresentações que compuseram os principais pontos de pauta no período 2013-2014 foram organizados por membros da SMS-RJ (Rezende, 2015).

As propostas discutidas (126) foram sistematizadas por meio da investigação das pautas e atas das reuniões com a finalidade de propor categorias de análise dos pontos apresentados no período estudado (2018-2020), categorizando-os em 3 grandes temas: F-

SUS: Funcionamento do SUS; F-CMS: Funcionamento do CMS-M; e D-POP: Denúncias da População e 13 Subtemas.

Observa-se na Tabela 1 que 64,29 % das propostas apresentadas são alusivos ao tema F-CMS, indicando ampla inserção de temas internos vinculados ao funcionamento do Conselho o que evidencia tendência de atuação a partir de uma agenda endógena. Pautas de F-SUS que é intrínseco a finalidade institucional do Conselho de Saúde (debater sobre as políticas públicas de saúde) aparece em 19,84% dos pontos discutidos.

E por último, o que é menos prevalente nas discussões do Conselho são as demandas e denúncias da população que representa 15,87% dos pontos de pauta.

A Configuração Representativa Semi-Delegada Fraca do CMS-M evidencia que as regras de participação (RP4) concentra a agenda do Conselho ao núcleo dirigente da gestão municipal e da mesa diretora, na apresentação de propostas e de temas a serem pautados, e na definição dos pontos a serem deliberados, restringindo a participação dos cidadãos (não conselheiros) no poder decisório/deliberativo das políticas públicas de saúde (RP5).

9.2 - POSICIONAMENTOS CONVERGENTES E DIVERGENTES

No processo decisório/deliberativo dos 54 pontos de pautas discutidos no pleno do CMS-M, foram apontadas 84 manifestações convergentes na defesa das propostas e 67 divergências. Nas proposições dos gestores (20) houve oposição em 37 manifestações divergentes, e 39 convergentes. Nas propostas da Mesa Diretora (12) apresentou baixa oposição em 11 posições divergentes e 15 convergentes.

O Segmento dos Usuários (PDS Semi-Delegação Média) apresentou 13 proposições, recebendo apoio das entidades do próprio segmento (7 manifestações), dos trabalhadores (7) e dos gestores com 1 posicionamento favorável. Os posicionamentos divergentes ocorreram no próprio segmento (7), evidenciando que não há posição em bloco para as deliberações e votações do órgão.

O Segmento dos Trabalhadores (PDS Semi-Delegação Baixa) com 9 propostas, com baixa oposição (divergência) verificada somente em 2 propostas em manifestação dos usuários e dos gestores, e apoio nas demais propostas com posicionamento de entidades do próprio segmento, dos usuários e dos gestores.

Verificou-se que a atuação dos representantes dos usuários no processo participativo, representativo e deliberativo mostrou-se convergente com as pautas de defesa do SUS, monitoramento dos principais agravos de saúde no município e nos investimentos

na rede assistencial de saúde, e divergentes nas propostas que limitavam o alcance das políticas públicas de saúde demandadas pela sociedade. Já os trabalhadores foram convergentes em diversas pautas apresentadas pelos usuários e naqueles referentes as garantias de direitos trabalhistas e divergentes em proposições de privatização dos serviços de saúde e retiradas de benefícios conquistados pela classe (Rocha e Moreira, 2022).

As Entidades classificadas no PDE Semi-Delegação Média (U1, U3 e U5), em suas propostas receberam oposição e apoio do próprio segmento.

As Entidades de PDE Semi-Delegação Média (U7, U8, U9, U10, T1, T2 e T4) em suas propostas foram apoiadas pelas entidades do próprio segmento em 15 manifestações e recebeu oposição das entidades dos segmentos dos usuários, trabalhadores e dos gestores (16 intervenções)

9.3 - DELIBERAÇÕES

Dos 126 pontos de pauta propostos ao debate, 54 (42,8%) foram deliberados no plenário do CMS-M. Similar à apresentação das pautas, a gestão municipal agendou 20 propostas, sendo 13 do F-SUS e 7 do F-CMS; e a mesa diretora 12, sendo 9 de F-SUS e 3 de D-POP, o que representa 59,26% do total das deliberações com forte concentração de poder político no processo deliberativo no período.

Em relação aos temas cujas pautas foram deliberadas, 51,85% referem-se ao F-CMS, 31,48% do F-SUS e, 16,67% de D-POP.

O Segmento dos Usuários propôs 13 (24,7% das 54) pautas que foram deliberadas, sendo 8 (61,54%) de temas vinculados ao F-CMS, 4 (30,77%) de denúncias da população, e apenas 1 proposta do F-SUS.

Os representantes dos segmentos dos Usuários com (PDS Semi-Delegação Média) não conseguiram emplacar suas demandas de interesse dos usuários do SUS e das políticas de saúde, coadunando com as afirmações de Valla (1998) que *“as relações estabelecidas nos conselhos de saúde são desiguais e os representantes dos movimentos sociais, envolvidos em procedimentos técnicos, não conseguem emplacar as propostas discutidas no meio social”*.

O segmento dos trabalhadores mesmo apontando PDS ‘Semi-Delegação Baixa’, se mostrou mais efetivo ao compatibilizar suas 9 propostas de pautas (16,60% das deliberações), com 3 de F-SUS, 4 do F-CMS e 2 de D-POP.

Em relação as entidades destacam-se T1, que apresentou 4 pautas deliberadas,

sendo duas de F-SUS, uma de F-CMS e 1 de D-POP; e em seguida vem U7, U8 e U9 com 3 propostas cada, sendo todas as 3 classificadas com PDE Semi-Deliberação Fraca. Em seguida T2 e T3 com 2 pontos de pauta cada.

As entidades U1, U3, e U5 que apresentaram PDE Semi-Delegação Média, propuseram número baixo de pontos de pautas, sendo 1, 0 e 0 respectivamente.

9.4 - RESULTADO DO PROCESSO DELIBERATIVO

O processo deliberativo do CMS-M culminou com 37 propostas aprovadas pelo plenário no período, o que equivale a 58,5% das pautas discutidas e deliberadas (54). A gestão municipal obteve efetividade de 85% de aprovações, de 20 proposições 17 foram aprovadas, distribuídas nos seguintes temas: i) 10 de F-SUS, e ii) 7 de F-CMS. A Mesa diretora apresentou 12 pontos de pautas e aprovação de 7 (58,33%) todas relativas ao F-CMS.

O Segmento dos usuários (PDS Semi-Delegação Média) obteve 61,53% de aprovação (8 de 13 propostas), distribuídas em 7 de F-CMS e 1 de D-POP; e dos trabalhadores (PDS Semi-Delegação Fraca) aprovou 5 pontos de pautas dos 9 possíveis, o que representa 55,55%.

Em relação as Entidades classificadas como ‘Semi-Delegação Fraca’ (U7, U8, U9, U10, T1, T2 e T4) conseguiram aprovação de 66,66%. As entidades descritas como ‘Semi-Delegação Média’ (U1, U3 e U5) obteve 100% de aprovação, entretanto, apresentaram somente 1 ponto de pauta do tema F-CMS e foi aprovado.

9.5 - REAÇÃO DO PODER EXECUTIVO EM RELAÇÃO AS DELIBERAÇÕES

Das 37 propostas aprovadas no plenário do CMS-M, 43,24% delas foram homologadas, 24,32% não homologadas e para 32,44% a pesquisa não conseguiu identificar o real motivo da não manifestação da gestão municipal em não as implementar, uma vez que no portal da transparência do município não disponibilizou essas informações, por esta razão na Tabela 4 consta ‘Sem Informação’.

Das efetivamente homologadas 50% se referem ao F-SUS e 50% de F-CMS, e nenhuma oriundas de denúncias da população, enquanto das não homologadas, 44,44% são do tema F-SUS, outros 44,44% do F-CMS e 11,12% de D-POP. Das constantes ‘Sem Informação’ 17,24% são alusivos ao F-SUS, 55,17% do F-CMS e 27,59% de D-POP.

Foi observado, que até mesmo as deliberações do CMS-M que foram homologadas,

por vezes são interrompidas unilateralmente pela gestão municipal sem a devida comunicação e apreciação e deliberação do plenário do Conselho.

Um fato dessa natureza ocorreu com o “Programa Corujão” deliberado no CMS-M e homologado pelo prefeito municipal em 2017 e inserido no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual de Investimentos. Este programa obteve excelente receptividade da sociedade, ao disponibilizar serviços de saúde no período noturno, facilitando o acesso aos usuários, principalmente aos trabalhadores(as) que exercem suas atividades no período diurno.

Mesmo com êxito do programa, no início de 2019 a gestão municipal cancelou seu funcionamento, sob a alegação da falta de recursos financeiros para custeá-lo, o que gerou controversas, indignação dos conselheiros e conselheiras e um debate acalorado no plenário na reunião realizada em 14 de março de 2019 com a presença do secretário de saúde e equipe técnica de planejamento da SMS.

Conforme relatos verificados na ata 003/2019, conselheiros se manifestaram contrários a suspensão do programa:

O Corujão está dentro do Plano de Saúde e foi uma das condicionantes da UPA e foi discutido e temos resoluções que diz que deveria ter uma unidade funcionando em cada polo, foi condicionado que se devolvesse aquele recurso da UPA naquele momento para a avaliação do CMSM haveria um gasto muito grande sem muita resolutividade para se manter uma UPA [...] e seria muito mais barato se abrir os pontos corujões nas unidades dos bairros [...] (CMS-M, ata da reunião realizada em 14 de março de 2019, p. 3 linhas 117 a 123)

Em todas as unidades o corujão está fazendo falta e acabou que a população necessita procurar o corujão e ficamos sem uma resposta de qual o motivo... a população estava contente e tiraram por tirar (CMS-M, ata da reunião realizada em 14 de março de 2019, p 3, linhas 133 a 136).

A gestão deveria ter convocado esta Casa e informado que iria suspender o Corujão e não temos uma explicação plausível para dar a sociedade [...] e quem perdeu foi a população e o fluxo está muito grande para o hospital e a sociedade que precisar não vai conseguir atendimento (CMS-M, ata da reunião realizada em 14 de março de 2019, p 3, linhas 141-143).

Essa prática evidencia entraves ao processo deliberativo e discursos assimétricos, com forte influência da gestão municipal no processo decisório e baixa resposta no cumprimento das deliberações produzidas, o que pode incorrer em riscos de legitimação do Conselho como espaço democrático de gestão da saúde pública, reflexo de uma Configuração Representativa Semi-Delegada Fraca (Rocha e Moreira, 2022).

Os resultados sugerem que a Configuração Representativa impactou na construção

dos PDs (PDCS, PDS e PDE). O impacto se mostrou positivo com a adoção de regras institucionais que promoveram a descentralização do poder decisório/deliberativo, delegando aos atores envolvidos as prerrogativas das escolhas políticas.

Essa prática foi observada em 5 variáveis (RP1, RP2, RP3, RR1 e RE1) que as regras de participação promoveram condições equânimes de acesso aos cargos de maior destaque no conselho (presidência, mesa diretora e comissões); regras de representação que obedeceram a paridade entre os segmentos na composição do Conselho; e, regras eleitorais realizadas em Conferências Municipais de Saúde para escolha das entidades.

As regras que influenciaram parcialmente, foram aquelas que circularam entre as respostas de concentração do poder decisório e as de delegação de escolha aos atores políticos. Dentre essas destacam: i) as que limitam o poder de agenda dos conselheiros (RP4); ii) objetivos institucionais de 6 (seis) entidades dos usuários não possui vinculação direta com a área de saúde (multiplicidade dispersa) e 4 entidades (1 dos usuários e 3 dos trabalhadores) tem vinculação direta com o SUS (multiplicidade convergente) (RR2); iii) Relação Conselheiro(a)-Entidade (RR3); e, iv) Relação Entidade-Segmento.

No outro polo, impactou negativamente quando as regras são mais concentradoras definindo a atuação dos conselheiros(as), reduzindo sua capacidade de arbitrar e de decidir. Em 2 variáveis foram observados no estudo: i) Regra de Participação (RP5) - restritiva ao direito a voz aos cidadãos nas reuniões plenárias; e, ii) Regras Eleitorais (RR2) - o processo de escolha dos conselheiros pelas entidades foram realizados por meio não eleitoral, por indicação da diretoria.

10 - CONCLUSÕES

Partindo da premissa defendida nesta tese, de que a participação da sociedade nos processos políticos de formulação e deliberação das políticas públicas ampliou a inserção de novos atores na arena de negociação política, em especial no setor de saúde, essencial na conformação de um sistema público de acesso universal e igualitário e para a vitalidade do processo democrático.

As discussões sobre elegibilidade, representação e participação em instâncias democráticas (no caso CMS-M) são fundamentais na composição de estudos sobre democracia representativa/participativa/deliberativa, ao passo que podem indicar o grau de efervescência da materialidade desse regime nos vários territórios de uma nação.

A construção da presente tese foi um esforço de sistematizar experiências e práticas de atuação, participação e representação de atores sociais vinculados a entidades que compõem o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de um histórico município paraense cravado na fronteira amazônica (Marabá-PA).

Contar as narrativas e os processos do CMS-M, à luz das teorias que envolvem as discussões sobre democracia, participação, representação, deliberação e controle social, representa, não apenas mais um trabalho, em meio à carência de produção sobre essa temática na Amazônia (restritos a poucos artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado), mas uma possibilidade de enveredar em um debate tão importante para os tempos contemporâneos, frente aos recentes questionamentos e ataques às instituições democráticas legalmente constituídas e da própria democracia.

Demonstrar a importância dos CMS no Brasil, a partir de um estudo local, em uma região específica do nosso território, foi uma tentativa de inserção no debate geral da nação, nas especificidades das experiências de participação e na representação social na Amazônia.

É importante salientar que a metodologia utilizada para caracterizar as diferenças e as convergências de práticas sociais, em espaços públicos de representação e participação, partiu das contribuições de Rezende e Moreira (2016), quando sistematizaram as experiências de funcionamento do CMS do Rio de Janeiro, propondo um inovador modelo de análise da “Configuração Representativa” (articulação do conjunto de três tipos de regras institucionais – de participação, de representação e de elegibilidade).

A tese, nessa perspectiva, buscou aperfeiçoamento do modelo proposto por Rezende e Moreira (2016), introduzindo 11 variáveis distribuídas por regras de

participação (RP1 a RP5), regras de representação (RR1 a RR4) e regras de elegibilidade (RE1 e RE2) para melhor explicar a relação entre a ‘configuração representativa’ do Conselho de Saúde e a atuação dos conselheiros(as) que representam usuários e trabalhadores (o Objetivo Geral desta Tese), fez-se necessário consolidar o estudo da ‘configuração representativa’ e suas 11 variáveis em um índice composto, denominado ‘Poder de Decisão’.

O ‘Poder de Decisão’ indica em que medida a ‘configuração representativa’ centraliza a tomada de decisões no comando do Conselho (‘Concentração’) ou descentraliza o poder aos conselheiros, segmentos e entidades (‘Delegação’).

Com isso, a análise da configuração representativa deve adentrar na seara do acompanhamento de sujeitos sociais nos espaços decisórios dos Conselhos, buscando compreender as posturas adotadas pelas entidades e seus representantes na defesa de seus interesses, bem como os interesses das políticas públicas de saúde para sociedade.

O modelo analítico foi aplicado pela primeira vez no âmbito desta Tese, provendo a salutar exigência acadêmica de inovação e ineditismo.

As 11 variáveis foram analisadas no âmbito geral do CMS-M, nos segmentos (usuários e trabalhadores, e no nível interno das entidades por um índice aplicado à realidade estudada seguindo uma dinâmica de pergunta-resposta com suas respectivas pontuações, detalhadas na Seção IV.

A partir disso, foi produzido um ‘Poder de Decisão’ para cada entidade (PDE), outro para cada segmento (PDS) e uma para o CMS-M como um todo (PDCS).

Ao conciliar o modelo teórico a um conjunto de técnicas empíricas de pesquisa, foi possível produzir explicações concretas sobre a atuação dos conselheiros(as) no cotidiano de funcionamento do CMS-M⁷.

Os achados mostram que o ‘Poder de Decisão’ do CMS-M fruto das regras de participação (RP), representação (RR) e elegibilidade (RE) obteve pontuação de 6,6, categorizado como ‘Semi-Delegação Fraca’.

O ‘Poder de Decisão’ dos Segmentos (PDS) apresenta similaridade entre os dois segmentos estudados: i) o Segmento dos Usuários (PDS-U) obteve pontuação 6,7, classificado no indicador como ‘Semi-Delegação’ Média, e ii) do Segmentos dos Trabalhadores (PDS-T) com 6,6 pontos, classificado como ‘Semi-Delegação’ Fraca.

Em relação ao ‘Poder de Decisão’ de cada entidade (PDE) demonstra, no contexto analisado que sete entidades (U7, U8, U9, U10, T1, T2 e T4) obtiveram pontuação igual a 6,5 indicando ser uma Semi-Delegação Fraca, e três (U1, U2, U5) com pontuação

ligeiramente maior que 7 pontos cada uma, classificadas como Semi-Delegação Média.

Após o constructo dos PDs (PDCS, PDSs e PDEs), foram correlacionados com a atuação dos conselheiros(as) no processo decisório/deliberativo no período de 2018-2020 (Seção VIII) aplicando as variáveis 'atuação' dispostas na seção IX, com a finalidade de verificar a influência da Configuração Representativa na atuação dos Conselheiros no CMS-M.

Os resultados sugerem que a Configuração Representativa do CMS-M impacta na construção dos PDs (PDCS, PDS e PDE). O impacto se mostrou positivo com a adoção de regras institucionais que promoveram a descentralização do poder decisório/deliberativo, delegando aos atores envolvidos as prerrogativas das escolhas políticas. Essa prática foi observada em 5 variáveis (RP1, RP2, RP3, RR1 e RE1) que as regras de participação promoveram condições equânimes de acesso aos cargos de maior destaque no conselho (presidência, mesa diretora e comissões); regras de representação que obedeceram a paridade entre os segmentos na composição do Conselho; e, regras eleitorais realizadas em Conferencias Municipais de Saúde para escolha das entidades.

No outro polo, impacto negativo, quando as regras são mais concentradoras definindo a atuação dos conselheiros(as), reduzindo sua capacidade de arbitrar e de decidir. Em duas variáveis foram observadas que a Regra de Participação (RP5) se mostrou restritiva ao direito à voz aos cidadãos (não conselheiros), sendo concedido segundo o RI se aprovado por maioria dos conselheiros.

Verificou-se ainda que a maioria das entidades (66% do segmento dos usuários e 100% dos trabalhadores) utiliza o processos não-eleitorais para escolha de seus representantes (RE2), realizados por meio de indicação da diretoria que privilegiaram os seus dirigentes (membros da diretoria, dirigentes sindicais e representantes de classe profissional em Marabá) no acesso aos cargos de conselheiros(as).

Entretanto a Configuração Representativa articulada com o PD Semi-Delegação Fraca do CMS-M, mostrou baixa influência na atuação dos conselheiros(as) dos segmentos dos usuários e trabalhadores (foco desta tese) em vocalizar no processo decisório/deliberativo as demandas de saúde da população; na implementação de políticas para qualificar as condições assistenciais do SUS, e na participação espontânea da sociedade (não conselheiros) nos debates do plenário.

Os achados apontam que foram apresentadas 126 propostas de pautas para discussão no plenário, classificadas nos temas propostos neste estudo (F-SUS, F-CMS e D-POP), e dessas, 54 pautas foram deliberadas, sendo que 51,85% referem-se ao F-CMS;

31,48% do F-SUS e, 16,67% de D-POP.

Das propostas deliberadas (54), somente 16 foram efetivamente homologadas e implementadas, sendo 8 do F-SUS e 8 do F-CMS e nenhuma das D-POP.

Os conselheiros dos usuários propuseram 13 pautas que foram deliberadas, sendo 8 de temas vinculados ao F-CMS, 4 de denúncias da população, e apenas 1 proposta do F-SUS.

Os trabalhadores apresentaram 9 propostas de pautas, com 3 de F-SUS, 4 do F-CMS e 2 de D-POP.

Foi preocupante perceber que o CMS- Marabá não pautou a questão da pandemia da COVID-19, como em suas pautas ficam fora questões centrais que envolvem as condições de vida e saúde no município, isto é, os principais agravos de saúde do município apontados na tese não aparecem nos debates dos processos deliberativos.

Desta feita, outra evidencia que precisaria ser aprofundada em outros estudos seria o fato do CMS-Marabá priorizar em seu funcionamento questões relacionadas a dinâmica burocrática do Conselho e suas regras políticas de atuação. A insistência nas pautas de tratar de questões relacionadas a institucionalidade, confirma a ausência de temas vinculados ao SUS e as políticas de saúde de Marabá.

No próprio regimento interno do CMS-Marabá, há uma limitação quanto a garantia de uso da palavra dos integrantes do plenário do Conselho (não conselheiros). Tal situação pode indicar a pouca participação da sociedade no sentido de acompanhar as decisões e encaminhamentos da política de saúde, fortalecendo uma pauta mais interna e de interesse da gestão, limitando o avanço nas discussões das políticas públicas de saúde.

A ausência de atores sociais (não conselheiros) no acompanhamento do Conselho pode permitir o fortalecimento de relações direta dos representantes das entidades dos usuários e trabalhadores com a gestão municipal, alinhando-se aos interesses políticos dos dirigentes do Conselho. Tal fato que precisaria ser aprofundado com outras pesquisas.

Esses fatores corroboram para uma baixa presença espontânea de cidadãos/usuários nas reuniões do CMS-M, restringindo assim o seu potencial inclusivo na formulação de proposições que vocalize as expressões da sociedade no atendimento de suas demandas e a consequente construção de pautas significativas das políticas públicas de saúde ¹³.

Aprofundando a análise dos dados, verificou-se que mesmo os usuários e trabalhadores estão alinhados ao paradigma de funcionamento do Conselho, visto que tais segmentos apresentaram poucas pautas vinculadas a políticas de saúde do SUS (uma dos usuários e três dos trabalhadores). Tal evidência pode apontar para fragilidade no processo

das regras de representação na relação entre conselheiro-entidade e entidade-segmento.

Segundo Dahl (1997) a democracia contemporânea demanda a ampliação da participação, o que repercute na diversidade de posições e redundância na produção de oposições e contestações. Os resultados do presente estudo mostraram fragilidades das regras de participação, representação e elegibilidade que dificultaram o atingimento da plena descentralização do processo decisório/deliberativo do CMS-M no período 2018/2020, e conseqüentemente apresentou uma “Configuração representativa Semi-Delegação Fraca”.

Na tentativa de superar os pontos que se mostraram frágeis, a contribuição desta pesquisa para que o CMS-M atinja a “Configuração Representativa” máxima de “Delegação” (ou mais próximo desse polo), sugere-se: i) Aprimoramento das regras de participação, em especial aquela que possibilite a inserção dos cidadãos (não conselheiros), alterando sua legislação constitutiva e o Regimento Interno, permitindo assim a participação e concessão de vós aos cidadãos em suas demandas e denúncias, nos debates e nas decisões das políticas públicas de saúde do município de Marabá; ii) criação de mecanismos que possibilite o diálogo entre o CMS-M e a sociedade; iii) Ações de transparência pública que promova maior visibilidade do CMS-M; iv) fortalecimento das regras de representação e elegibilidade das entidades; e, v) definir processos de monitoramento das deliberações e homologações produzidas no plenário do conselho.

É importante relatar os limites que se impuseram no desenvolvimento da pesquisa. Essa tese foi produzida durante a pandemia da COVID-19 o que impôs mais dedicação e esforço na aquisição das informações e dos dados que compõem o objeto da pesquisa. No entanto, essa situação não impediu que a pesquisa pudesse apontar elementos novos para o debate sobre CMS no Brasil.

Neste sentido, a Amazônia carece de mais estudos sobre a representação e participação em conselhos municipais de saúde, para que se possa compreender melhor o papel de entidades sociais e atores no processo de construção de políticas públicas. Estamos falando de uma região, cuja a situação de saúde é muito precária, visto os impactos do modelo de desenvolvimento implementado na região, que se estabelece na base da expropriação dos recursos naturais em detrimento da população.

Por fim, a modesta pretensão é que o modelo analítico baseado na “Configuração Representativa” combinado com o índice “Poder de Decisão” proposto e aplicado pela primeira vez nesta tese, possa ser replicado em pesquisas em Instituições Participativas (dentre estas, os conselhos de saúde) em realidades distintas, quer sejam, municipais,

estaduais, nacional, regionais, institucionais, porte populacional, espaço temporal, conteúdo das regras, formas de atuação dos segmentos, entidades e representantes, dentre outras. Em razão da pluralidade de arranjos institucionais, viabiliza ainda que pesquisadores(as) façam adaptações e/ou aperfeiçoamento ao modelo analítico, propondo outras opções metodológicas, inserção de novas categorias de análises e suas variáveis, e construção de índice para explicar outras realidades que não aquela a partir da qual foi criado.

REFERÊNCIAS

- Agência Pará. Estado entrega Hospital de Campanha em Marabá com 120 leitos. 2020. [acesso em 2021 dez 26]. Disponível em: <https://www.sindmepa.org.br/a-grave-crise-na-saude-em-maraba/>.
- Avritzer L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. *Opinião Pública*, v. 14, n. 1; 2008. p. 43–64.
- Barreira, César. Crônica de um massacre anunciado: Eldorado dos Carajás. São Paulo em perspectiva, v. 13, n. 4, p. 136-143, 1999.
- Becker KB. Geopolítica da Amazonia. *Estudos Avançados USP*, 2005.
- Blog Do Ze Dudu. Marabá é a pior cidade do país em saneamento básico. 2020. [acesso em 2021 dez 26]. Disponível em: <https://www.zedudu.com.br/maraba-e-a-pior-cidade-do-pais-em-saneamento-basico/>.
- Bortoli FR, Kovalski DF. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. *SAÚDE DEBATE*. 2019 OUT-DEZ;43(123):1168-1180.
- BRASIL, Caderno Territorial, Ministério do Desenvolvimento Agrário (2015). [acesso em 2022 jan 26]; Disponível em: http://sit.mda.gov.br/download/caderno/caderno_territorial_087_Sudeste%20Paraense%20-%20PA.pdf.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 33 de 23 de dezembro de 1992.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- Brasil. Decreto Presidencial nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União* 2019; 11 abr.
- Brasil. Lei nº 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* 1990; 19 set.
- Brasil. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 1990; 28 dez.
- Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. [acesso em 2022 jan 10] Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução nº 333/2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de

Saúde. 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986.

Brasil. Resolução do Conselho Nacional de Saúde no466/12. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Eleição Municipal Ordinária 2020. Brasília: TSE, 2020. [acesso em 2022 jan 26]; Disponível em:
<https://resultados.tse.jus.br/oficial/#/eleicao/resultados>.

Burke, Edmund. 1949d [1782]. “Speech on the State of the Representation”. In: Burke, 1949a: 224-232.

Cárdenas A M C, Silva SR, Mello MVFA. Conselho Estadual de Saúde do Amapá: Controle social como forma de empoderamento da sociedade. PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP , v. 4, p. 59-67, 2011.

Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil. Participação Cidadã e Controle Social. Rio de Janeiro: IBAM/FASE; 1995.

Carvalho AI. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma de Estado. In: FleuryS, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.p. 93-111.

Castro MC et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *www.thelancet.com* Published online July 11, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).

Castro MR (org.). Territórios em transformação na Amazônia - saberes, rupturas e resistências. Belém: NAEA, 2017.

Confaloniere, Ulisses E.C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. IN *Estud. av.* vol.19 no.53 São Paulo Jan./Apr. 2005.

Correia MVC. Que controle social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000.

Cortes SMV. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 5-17, 1998.

Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Jun 2002, no.7, p.18-49.

Cristo SCA. Controle social em saúde: o caso do Pará. *Serviço Social e Sociedade* 2012; (109):93-111.

Cristo SCA, Figueiredo ERL. Controle social: uma análise do Conselho Municipal e Saúde

de Marabá no sudeste do Pará. In: II Seminário de Iniciação Científica da Unifesspa, 2016, Marabá. Anais do Seminário de Iniciação Científica. Marabá: Unifesspa, 2016. v. 1.

Dahl R. (1971), *Poliarchy: Participation and Opposition*. New Haven, Yale University Press.

Dahl R. *Poliarquia: Participação e Oposição*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1997.

Durán PRF, Gerschman S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 884-896, 2014.

Durán PRF. Dilemas da participação social nos Conselhos de Saúde: o papel político dos conselheiros no âmbito estadual do Rio de Janeiro. *Desigualdade & Diversidade – Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio* edição dupla, nº 12, pp. 61-90, 2013.

Escorel S, Moreira MR. Participação Social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz e CEBES; 2012. p. 853-883.

Escorel S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p.

Fuks M. Democracia e Participação no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (1999-2001). in: Fuks M, Perissinoto RM, Souza NR, organizadores. *Democracia e Participação: os conselhos gestores no Paraná*. Curitiba: Editora UFPR; 2004. p - 13-44.

Furtado, Carmen Côrtes. *Participação e representação nos Conselhos Municipais de Saúde: uma análise sobre as entidades representantes dos usuários*. 2012. 125 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:1670-81.

Gistelinck, F. *Carajás: usinas e favelas*. São Luís: Minerva, p. 66. 1988.

Gohn, MGM. *Conselhos gestores e participação socio-política*. São Paulo: Cortez, 2001, 128 p.

Hashizume, M. Muito minério e pouco desenvolvimento ativam manifestações. *Reporter Brasil*. Nov 2007. [acesso em 2022 jan 26]; Disponível em: <http://reporterbrasil.org.br/2007/11/muito-minerio-e-pouco-desenvolvimento-ativam-manifestacoes/>.

Hébette, Jean. *Cruzando a Fronteira: 30 anos de estudo do campesinato na Amazônia (1971-2011)*. Belém: EDUFPA, 2004 (Volume I).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Panorama dos municípios brasileiros*. [acesso em 2022 jan 10]; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>.

- Kendall-Taylor, Andrea and Frantz, Erica (2014). How Autocracies Fall. In Political Science Faculty Publications. Paper 69. Available at: https://vc.bridgew.edu/polisci_fac/69.
- Krouse, R. 1982. “Two Concepts of Democratic Representation: James and John Stuart Mill”. The Journal of Politics, vol. 44, no. 2.
- Labra, M. E.; St. Aubyn, F. J. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.
- Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T (Org.). *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-384.
- Labra ME. Conselhos de saúde: Visões “macro” e “micro”. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, v. 6, n. 1, jan.-jun. 2006.
- Labra ME. Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: complexidade e paradoxos do controle social. In: Ugá MAD, Sá MC, Martins M, Braga Neto FC, organizadores. *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 89-118.
- Labra ME. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2009. p. 176-203.
- Lenardão E. Neo-Clientelismo e Cooptação na Manutenção do Poder Político Local: estudo de um caso. *Ver. Mediações*, Londrina, v. 2, n. 2, p. 41-56, jul./dez. 1997.
- Lüchmann LHH. Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. *Caderno CRH, UFBA*, v. 21, n. 52, p. 87-97, abr. 2008.
- Luiz, J. M.; Reis, N. F. I.; Silva, I. S. da. A ditadura e os rastros da repressão no sudeste paraense: desvelando memórias sobre a Casa Azul. *Sæculum – Revista de História*, [S. l.], v. 39, n. 39, p. 83–102, 2018. DOI: 10.22478/ufpb.2317-6725.2018v39n39.41123.
- Marabá, Câmara Municipal de. *Estrutura Administrativa*. [acesso em 2022 fev 10]; Disponível em: <https://maraba.pa.leg.br/portalthtransparencia/vereadores/legislatura-2021>.
- Marabá. Câmara Municipal de Marabá. *Marabá. História do município*. [acesso em 2022 jan 26]; Disponível em: < <http://www.maraba.pa.leg.br/institucional/maraba/historia>>.
- Marabá. Decreto nº 84 de 21 de julho de 2020. Prorroga o mandato do Conselho Municipal de Saúde de Marabá e dá outras providências. [acesso em 2022 jan 26]. Disponível em: <http://www.governotransparente.com.br/transparencia/44669490/leismunicipais/resultado?tipo=8&titulo=&inicio=10%2F07%2F2020&fim=31%2F07%2F2020&ementa=&clean=false>.
- Marabá. Lei nº 13.104 de 05 de julho de 1993. Cria a Conferência e o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. [acesso em 2021 jul 26]. Disponível em:

<http://maraba.pa.leg.br/consultas/leis-municipais>.

Marabá. Lei nº 13.914 de 18 de março de 1996. Altera artigos da Lei 13.104/93, de 07/07/1993 que criou a Conferência e o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. [acesso em 2021 jul 26]. Disponível em: <http://maraba.pa.leg.br/consultas/leis-municipais>.

Marabá. Lei nº 15.970 de 14 de julho de 1999. Altera dispositivos da Lei 13.104, de 05 de julho de 1993, com a redação dada pela Lei nº 13.914, de 18 de março de 1996 e dá outras providências. [acesso em 2021 jul 26]. Disponível em: <http://maraba.pa.leg.br/consultas/leis-municipais>.

Marabá. Lei nº 16.489 de 02 de agosto de 2000. Altera dispositivos da Lei 13.104, de 05 de julho de 1993, com a redação dada pela Lei nº 15.970, de 14 de julho de 1999 e dá outras providências. [acesso em 2021 jul 26]. Disponível em: <http://maraba.pa.leg.br/consultas/leis-municipais>.

Marabá, Prefeitura Municipal de. Balanço Anual. [acesso em 2022 fev 10]; Disponível em: <http://www.governotransparente.com.br/transparencia/44669490/grupodearquivosprincipal/26?datainfo=MTIwMjExMDA1MTEzNVBQUA==&clean=false>.

Marabá, Prefeitura Municipal de. Boletim COVID-19. 2020 [acesso em 2021 jul 26]. Disponível em: <https://maraba.pa.gov.br/boletim-covid-19-de-31-12-2020/>.

Marabá, Prefeitura Municipal de. Legislatura 2021 a 2024. [acesso em 2022 fev 10]; Disponível em: <https://transparenciafacil.maraba.pa.gov.br/estrutura-administrativa/>.

Martins PC et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [1]: 105-121, 2008.

Martins JS. Educação e cultura nas lutas do campo (reflexão sobre uma pedagogia do conflito). In. ALBA, Maria Zaluar et. al. *Sociedade Civil e Educação*. São Paulo: Papirus, Cedes, 1992.

Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

Miguel LF. *Democracia e representação: territórios em disputa*. São Paulo, SP: Editora Unesp; 2013.

Mill, James. (1978), "Essay on government", in R. Lively e J. Rees (eds.), *Utilitarian logic and politics*, Oxford, Clarendon Press.

Mill, John Stuart. *Considerações sobre o governo representativo: texto integral*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981. 192 p. (Coleção Pensamento Político, 19).

Monteiro MG, Fleury S. *Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões*. *Saúde debate*.

2006; 30(73-74):219-233.

Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; v. 14, n. 3, p. 795-806, 2009.

Moreira MR. Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.

Ouverney AM, Moreira MR, Ribeiro JM. Democratização e educação permanente: percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde. *Saúde debate* [online]. 2016, vol.40, n.spe, pp.186-200.

Paim JS. Introdução. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 25-34.

Pará – Anuário. A Economia do Estado do Pará. Belém: Agência VER Editora, 2008.

Pereira, Airton dos Reis. A luta pela terra no sul e sudeste do Pará: migrações, conflitos e violência no campo. Recife, 2013. 265 f. Tese (doutorado) - UFPE, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em História, 2013.

Pitkin, H.F. Representation. New York: Atherton Press, 1969.

Pitkin HF. The concept of representation. 1. paperback ed., [Nachdr.] ed. Berkeley, Calif.: Univ. of California Press; 1972.

Reis, Estácio J. Os impactos do Polo Siderurgico de Carajás no deflorestamento da Amazônia Brasileira. *Parcerias Extrategicas*. N. 12. Set. 2001.

Rezende RB. Relações entre Representação e Participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. Dissertação de Mestrado /ENSP/FIOCRUZ- 2015. 120 f.

Rezende, Raphael Batista de e Moreira, Marcelo Rasga. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5 [citado 2021-08-16], pp.1409-1420. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501409&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00352016>.

Rocha, N.F.; Moreira, M.R. Participação, representação e deliberação no processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA (2018-2020). *Saúde em Debate*. No prelo 2022.

Sabroza PC, Leal MC. Saúde, ambiente e desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais. In: Leal MC, Sabrosa PC, Rodrigues RH, Buss PM. (orgs) Saúde, ambiente e desenvolvimento. Hucitec-Abrasco, Rio de Janeiro, 1992.

- Santos, W. G. dos. Poliarquia em 3D. Dados. Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 207-281, 1998.
- Santos BS, Avritzer L. Para ampliar o cânone democrático. In: Santos, Boaventura de Souza (Org.). Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- Schumpeter, J. A. Capitalism, socialism and democracy. New York: Harper and Brothers, 1961.
- Silva, Idelma Santiago Da. Migração e Cultura no Sudeste do Pará: Marabá (1968-1988). Dissertação de mestrado em História da Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 181p. 2006.
- Souza, Cezarina Maria Nobre e Heller, Léo. O controle social em saneamento e em saúde: análise comparativa com base nos marcos legais federais brasileiros. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2019, vol.24, n.1 [citado 2021-08-16], pp.285-294. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100285&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35012016>.
- Souza, Jessé. 2015. A Tolice da Inteligência Brasileira: ou como o País se deixa manipular pela elite. São Paulo: LeYa.
- Tatagiba L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. Revista de Sociologia e Política, n. 25; 2005. p. 209-213.
- Tourinho, H. L. Z. Estrutura urbana de cidades médias amazônicas: análise considerando a articulação das escalas interurbana e intraurbana. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Urbano) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.
- Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA). Sobre a cidade de Marabá. Marabá: CPEE; 2018, [acesso em 2021 dez 26]; Disponível em: <https://cpee.unifesspa.edu.br/maraba.html>.
- Valla VV. Educação e Participação Poupar - Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In: Barata, RG & Briceño-Leon, RE (Orgs). Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 253/254.
- Valla VV. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. Cad. de Saúde Pública; Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 7-18, 1998.
- Velho OG. Frentes de Expansão e Estrutura Agrária: estudo do processo de penetração numa área da Transamazônica. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1972.
- Viana et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2: S117-S131, 2007.



ANEXO A - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS CONSELHEIROS DO SEGMENTO DOS USUÁRIOS DO SUS

I. Identificação do entrevistado:

Questão _____ 1.

Nome: _____

1. – Qual é o seu gênero?

a) () Masculino

b) () Feminino

c) () Outro (Qual?) _____

Questão 2. Sua Idade (se pretender informar): _____

Questão 3. Formação Profissional:

a) () Ensino Fundamental incompleto

b) () Ensino Fundamental completo

c) () Ensino Médio incompleto

d) () Ensino Médio Completo

e) Ensino Superior incompleto

f) Ensino Superior completo

g) Pós graduação – Especialização Mestrado Doutorado

Questão _____ 4:

Profissão: _____

Questão _____ 5. Entidade que representa

Questão 6. Exerce algum cargo de direção do Conselho Municipal de Saúde de Marabá?

a) Sim Especificar: _____

b) Não

Questão 7. Participa de alguma comissão interna do Conselho Municipal de Saúde de Marabá?:

a) _____ (_____) Sim Especificar:

b) Não

c) Não tem conhecimento

Questão 8: A quanto tempo é conselheiro de saúde? _____

Questão 9: Exerce ou já exerceu cargo na administração pública?

Questão 10: pertence a algum partido politico:

a) Sim: Qual: _____

b) Não

II. Caracterização das entidades representantes dos Usuários do SUS:

Questão 11: Qual a motivação da participação da entidade no CMS-M?

11.1: Quais as vantagens e desvantagens de participar desse conselho?

11.2: De que forma a participação no CMS-M colabora para o desenvolvimento dos objetivos da entidade?

III. Regras de elegibilidade para ingresso no CMS-M e processo de escolha dos conselheiros:

Questão 12: Como a entidade foi selecionada para ocupar um assento do segmento dos Usuários no CMS-M?

Questão 13: Quais são os procedimentos adotados pela entidade que você representa para escolher seus representantes no CMS-M?

13.1: Qual o nível da concorrência do posto de conselheiro de saúde em sua entidade?

Questão 14: Você ocupa ou já ocupou cargo nesta entidade?

14.1: Caso afirmativo. Qual cargo?

IV. Relações entre representantes e representados do segmento dos Usuários do SUS na atuação no CMS-M:

Questão 15: São realizadas reuniões na sua entidade para discutir os assuntos do CMS-M?

15.1: Em caso afirmativo, qual a periodicidade dessas reuniões?

Questão 16: No âmbito da sua entidade, há discussão previa para elaboração de pautas para serem apresentadas ao plenário do CMS-M para debate e/ou deliberações do órgão?

Questão 17: De que maneira você toma conhecimento das demandas de sua entidade e dos Usuários do SUS?

Questão 18: Depois das reuniões do Conselho Municipal de Saúde você apresenta a

entidade que representa os resultados e debates ocorridos?

Questão 19: A entidade que você representa realiza reuniões para apresentar aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no Conselho Municipal de Saúde?

V. Aspectos da atuação dos conselheiros dos segmentos dos Usuários do SUS no processo decisório no CMS-M:

Questão 20: De que forma os interesses particulares da entidade que você representa interfere sua atuação no CMS-M?

Questão 21: Em que medida suas opiniões sobre as políticas de saúde e sobre as demandas de sua entidade e da população influenciam sua atuação no CMS-M?

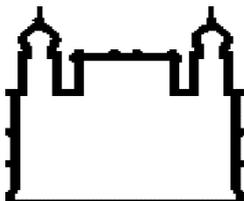
21.1: Você se sente independente para tomar decisões nas reuniões do conselho baseadas em suas próprias opiniões?

Questão 22: Você busca articulação com outros conselheiros do mesmo segmento para debater assuntos da agenda do conselho e elaborar propostas para as pautas do órgão?

22.1: Esta interação é adotada também com representantes de outros segmentos?

Questão 23: Você busca alianças com os demais representantes do segmento que você representa para tomar decisões em bloco sobre os pontos de pauta das reuniões do CMS-M?

23.1: Esta interação é adotada também com representantes de outros segmentos?



ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS CONSELHEIROS DO SEGMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

I. Identificação do entrevistado:

Questão _____ 1.

Nome: _____

0. – Qual é o seu gênero?

a) () Masculino

b) () Feminino

c) () Outro (Qual?) _____

Questão 2. Sua Idade (se pretender informar): _____

Questão 3. Formação Profissional:

a) () Ensino Fundamental incompleto

b) () Ensino Fundamental completo

c) () Ensino Médio incompleto

d) () Ensino Médio Completo

e) Ensino Superior incompleto

f) Ensino Superior completo

g) Pós graduação – Especialização Mestrado Doutorado

Questão _____ 4:

Profissão: _____

Questão _____ 5. Entidade que representa

Questão 6. Exerce algum cargo de direção do Conselho Municipal de Saúde de Marabá?

a) Sim Especificar: _____

b) Não

Questão 7. Participa de alguma comissão interna do Conselho Municipal de Saúde de Marabá?:

a) _____ (_____) Sim Especificar:

b) Não

c) Não tem conhecimento

Questão 8: A quanto tempo é conselheiro de saúde? _____

Questão 9: Exerce ou já exerceu cargo na administração pública?

Questão 10: pertence a algum partido politico:

a) Sim: Qual: _____

b) Não

II. Caracterização das entidades representantes dos trabalhadores de saúde:

Questão 11: Qual a motivação da participação da entidade no CMS-M?

11.1: Quais as vantagens e desvantagens de participar desse conselho?

11.2: De que forma a participação no CMS-M colabora para o desenvolvimento dos objetivos da entidade?

III. Regras de elegibilidade para ingresso no CMS-M e processo de escolha dos conselheiros:

Questão 12: Como a entidade foi selecionada para ocupar um assento do segmento dos trabalhadores no CMS-M?

Questão 13: Quais são os procedimentos adotados pela entidade que você representa para escolher seus representantes no CMS-M?

13.1: Qual o nível da concorrência do posto de conselheiro de saúde em sua entidade?

Questão 14: Você ocupa ou já ocupou cargo nesta entidade?

14.1: Caso afirmativo. Qual cargo?

IV. Relações entre representantes e representados do segmento dos trabalhadores de saúde na atuação no CMS-M:

Questão 15: São realizadas reuniões na sua entidade para discutir os assuntos do CMS-M?

15.1: Em caso afirmativo, qual a periodicidade dessas reuniões?

Questão 16: No âmbito da sua entidade, há discussão previa para elaboração de pautas para serem apresentadas ao plenário do CMS-M para debate e/ou deliberações do órgão?

Questão 17: De que maneira você toma conhecimento das demandas de sua entidade e dos trabalhadores de saúde?

Questão 18: Depois das reuniões do Conselho Municipal de Saúde você apresenta a

entidade que representa os resultados e debates ocorridos?

Questão 19: A entidade que você representa realiza reuniões para apresentar aos seus representados os resultados e discussões ocorridos no Conselho Municipal de Saúde?

V. Aspectos da atuação dos conselheiros dos segmentos dos trabalhadores de saúde no processo decisório no CMS-M:

Questão 20: De que forma os interesses particulares da entidade que você representa interfere sua atuação no CMS-M?

Questão 21: Em que medida suas opiniões sobre as políticas de saúde e sobre as demandas de sua entidade e da população influenciam sua atuação no CMS-M?

21.1: Você se sente independente para tomar decisões nas reuniões do conselho baseadas em suas próprias opiniões?

Questão 22: Você busca articulação com outros conselheiros do mesmo segmento para debater assuntos da agenda do conselho e elaborar propostas para as pautas do órgão?

22.1: Esta interação é adotada também com representantes de outros segmentos?

Questão 23: Você busca alianças com os demais representantes do segmento que você representa para tomar decisões em bloco sobre os pontos de pauta das reuniões do CMS-M?

23.1: Esta interação é adotada também com representantes de outros segmentos?

ANEXO C - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS REUNIÕES DO CMS-M: SEGMENTO DOS USUÁRIOS

I. Aspectos importantes para a observação nos pontos de pauta construídos ou apresentados por conselheiros que representam os usuários do SUS:

1. Tendências das posturas de representação adotadas: mandato, autonomia ou mandato-autonomia;
2. Natureza dos interesses demonstrados nas apresentações: elementos vinculados aos interesses particulares e/ou elementos relacionados ao interesse geral;
3. Estratégias de atuação: apenas expositiva ou voltada explicitamente para promover ações objetivas do conselho relacionadas às pautas apresentadas;
4. Capacidade de articulação: formação de alianças dentro do segmento dos usuários e entre seus conselheiros e membros dos demais segmentos;
5. Existência de conflitos dentro do segmento dos usuários e entre seus conselheiros e representantes dos demais segmentos.

II. Aspectos importantes para a observação nos pontos de pauta construídos ou apresentados por conselheiros que representam os demais segmentos:

1. Posicionamento dos representantes dos usuários nos debates suscitados e nas eventuais votações relacionadas a tais assuntos;
2. Caráter do posicionamento dos representantes dos usuários enquanto segmento: em bloco ou fragmentado;
3. Formação de alianças e conflitos envolvendo os conselheiros dos usuários e membros do segmento que promove as apresentações.

III. Aspectos importantes para a observação no momento dos informes de conselheiros dos usuários:

1. Indicativos das posturas de representação adotadas: mandato, autonomia ou mandato-autonomia;
2. Caráter dos interesses demonstrados nos anúncios: elementos vinculados aos interesses particulares e/ou elementos relacionados ao interesse geral.

ANEXO D - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS REUNIÕES DO CMS-M: SEGMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

I. Aspectos importantes para a observação nos pontos de pauta construídos ou apresentados por conselheiros que representam os trabalhadores de saúde:

- 0. Tendências das posturas de representação adotadas: mandato, autonomia ou mandato-autonomia;
- 0. Natureza dos interesses demonstrados nas apresentações: elementos vinculados aos interesses particulares e/ou elementos relacionados ao interesse geral;
- 0. Estratégias de atuação: apenas expositiva ou voltada explicitamente para promover ações objetivas do conselho relacionadas às pautas apresentadas;
- 0. Capacidade de articulação: formação de alianças dentro do segmento dos trabalhadores e entre seus conselheiros e membros dos demais segmentos;
- 0. Existência de conflitos dentro do segmento dos trabalhadores e entre seus conselheiros e representantes dos demais segmentos.

II. Aspectos importantes para a observação nos pontos de pauta construídos ou apresentados por conselheiros que representam os demais segmentos:

- 0. Posicionamento dos representantes dos trabalhadores nos debates suscitados e nas eventuais votações relacionadas a tais assuntos;
- 0. Caráter do posicionamento dos representantes dos trabalhadores enquanto segmento: em bloco ou fragmentado;
- 0. Formação de alianças e conflitos envolvendo os conselheiros dos trabalhadores e membros do segmento que promove as apresentações.

III. Aspectos importantes para a observação no momento dos informes de conselheiros dos trabalhadores de saúde:

- 0. Indicativos das posturas de representação adotadas: mandato, autonomia ou mandato-autonomia;
- 0. Caráter dos interesses demonstrados nos anúncios: elementos vinculados aos interesses particulares e/ou elementos relacionados ao interesse geral.



ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa “Relações de Participação e Representação no Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA”

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “***Relações de Participação e Representação no Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA***”, desenvolvida por **Norberto Ferreira Rocha**, discente do programa de Doutorado acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. **Marcelo Rasga Moreira**.

O **objetivo central** do estudo é analisar a influência da “configuração representativa” do CMS-M na atuação dos conselheiros titulares que representam os segmentos dos usuários e dos trabalhadores, no período entre 2018 a 2020.

O **motivo do convite** a sua participação nesta pesquisa se deve à posição de conselheiro de saúde titular representante dos usuários e dos trabalhadores de saúde no período coberto pelo estudo: 2018 a 2020.

Por isso sua colaboração é de grande relevância para a execução da pesquisa. Contudo, é muito importante destacar que sua **participação é voluntária e não obrigatória**. Isto é, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não integrar o estudo, bem como para retirar-se do mesmo em qualquer momento de seu desenvolvimento. Sendo assim, você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir em participar ou desistir de ser incluído na pesquisa.

Garantias aos participantes e informações relacionadas à pesquisa

Caso você voluntariamente opte por participar, serão garantidas a **confidencialidade e a privacidade das informações** prestadas. Para **preservar seu sigilo e privacidade**, qualquer dado ou informação que permita sua identificação direta será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Porém, apesar da adoção de rigorosos cuidados éticos para garantir sigilo e privacidade, existe a possibilidade de informações contidas nesta pesquisa facilitarem a associação entre sua posição como conselheiro dos usuários e dos trabalhadores e a entidade que representa no conselho municipal de saúde de Marabá (CMS-M). Ainda assim, para que dados desta pesquisa contribuam para sua identificação, mesmo que de forma indireta, seria necessário acessar outras fontes de informação que vinculem o seu nome à entidade que representa no conselho. É também importante informar que você será respeitado caso manifeste a vontade de ter seu nome descrito no trabalho final do estudo.

A sua participação consistirá em **responder ao pesquisador algumas perguntas abertas** contidas em um roteiro de entrevista. Esta entrevista terá a duração de aproximadamente uma hora e somente será **gravada se houver autorização explícita do entrevistado(a)**. Este estudo também envolve a observação para fins de pesquisa acadêmica das reuniões do CMS-M no intervalo entre outubro de 2019 e dezembro de 2020. Embora tais reuniões tenham caráter público e sejam gravadas e transcritas em atas também públicas e de livre acesso, você somente será incluído no estudo caso forneça **o consentimento voluntário para que sua atuação no conselho seja interpretada por critérios científicos** de modo a permitir o levantamento de informações para a construção deste trabalho.

A qualquer momento, durante a realização da pesquisa, ou após sua conclusão, **você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação** e/ou sobre a pesquisa através dos meios de contato fornecidos logo abaixo neste Termo. Os resultados

desta pesquisa serão divulgados em uma tese de doutorado, que tem sua defesa programada para o mês de agosto de 2021 e, posteriormente, estará disponível no acervo de teses e dissertações da ENSP. Os resultados serão apresentados à direção do Conselho Municipal de Saúde de marabá e todos os participantes da pesquisa serão convidados a participar de uma palestra dirigida, onde serão apresentados pelo pesquisador os achados da pesquisa. Essa reunião/palestra será agendada previamente e combinada com os participantes da pesquisa.

O material produzido pelos instrumentos de pesquisa será armazenado em local seguro. **As entrevistas serão transcritas e armazenadas**, em arquivos digitais, somente acessados pelo pesquisador e seu orientador. Ao final do estudo, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme orientação da Resolução 510/16 emitida pelo CNS e das recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP.

Benefícios e riscos aos participantes da pesquisa

O **benefício resultante de sua colaboração** nesta pesquisa é a aquisição de informações a serem divulgadas nos resultados do estudo que sejam úteis para elucidar as questões cotidianas envolvidas no exercício da função de conselheiro de saúde e para qualificar sua atuação como tal.

Por outro lado, apesar das preocupações éticas com a preservação de sua integridade física, emocional e social como sujeito do estudo, é importante pontuar os **potenciais riscos decorrentes de sua participação na pesquisa**. Estes estão relacionados aos eventuais constrangimentos que você venha a sofrer em sua atividade no conselho de saúde e/ou nas entidades às quais está vinculado em virtude de informações divulgadas no trabalho final. Igualmente relevante é indicar que sua participação neste estudo não envolve qualquer risco de dano físico direto.

Ressalta-se que caso você vier a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do **direito à assistência integral, você tem direito à buscar indenização por danos**, conforme paragrafo 2 do artigo 19 da Resolução CNS 510/16.

Informações importantes do CEP/ENSP

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Telefone e Fax: (0XX) 21 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br; Endereço eletrônico: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Contato com o pesquisador responsável

Telefones: (0XX) 94 99145.3513 e (0XX) 94 2101.5943

E-mail: norbertrocha@hotmail.com ou norbertrocha@unifesspa.edu.br

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma delas destinada ao participante do estudo e a outra ao pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas tanto pelo participante quanto pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade) e a última página deve conter suas assinaturas.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorizo a gravação SIM NÃO

Autorizo a utilização na pesquisa das gravações das reuniões previamente gravadas

SIM NÃO

Local e Data

Assinatura do participante da pesquisa

Local e Data

Assinatura do pesquisador (doutorando da ENSP)

ANEXO F - TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



PREFEITURA DE MARABÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº. /2020/Convênios/DAF/SMS

Marabá/PA, 18 de fevereiro de 2020.

Ilmo. Senhor
Prof. ROBERTO FERREIRA RUCHA
UNIFESSPA

Assunto: Autorização para realização de pesquisa acadêmica

Prezado Senhor,

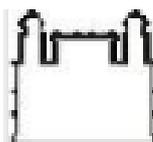
At tempo em que o cumprimento, em resposta ao ofício nº. 001/2020, onde se solicita autorização para realizar pesquisa acadêmica, a qual servirá para subsidiar sua tese de curso de Doutorado interinstitucional em Saúde Pública, com o tema: "Relações de participação e Representação no Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA", esclareço que a autorização fica previamente concedida, contudo o acesso à pesquisa solicitada fica condicionado à submissão do trabalho à Plataforma Brasil, liberação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP.

Sem mais para o momento, apresento protestos de apreço e estima.

Respeitosamente,


LUCIANO LOPES DIAS
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO G - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA ENSP/FIOCRUZ



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relações de Participação e Representação no Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA

Pesquisador: NORBERTO FERREIRA ROCHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27694720.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.843.004

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 3.813.239, de 29/01/2020.

Projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, de Norberto Ferreira Rocha, orientado por Marcelo Rasga Moreira, qualificado em 10/12/2019 e com financiamento próprio no valor de R\$ 3.300,00; intitulado "Relações de Participação e Representação no Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA".

Resumo: "O presente estudo tem como objeto as relações entre Participação e Representação nos segmentos dos usuários e dos trabalhadores do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA. Para isso, buscar-se-á analisar a influência da "Configuração Representativa" do Conselho na atuação dos conselheiros titulares no período de 2018 a 2020. A "Configuração Representativa" é definida como a combinação das regras que determinam as entidades que compõem o Conselho (regras de elegibilidade) e as regras responsáveis por orientar às práticas de atuação dos conselheiros no órgão (regras de participação). Outro cenário, de igual relevância e destaque nas entidades que possui assento no Conselho Municipal de Saúde de Marabá, especialmente aos pontos de seus interesses nas políticas municipais de saúde e os dispositivos de relacionamento com seus representantes, conduzidos pelas regras internas de elegibilidade e de participação evidenciadas

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

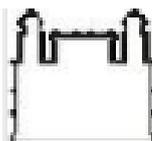
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.843/004

em cada entidade. As considerações teóricas do estudo contemplam as relações entre Participação e Representação no ordenamento institucional da democracia brasileira, com ênfase para os Conselhos Municipais de Saúde. Os estudos sobre estes conselhos, poucos abordam aspectos regionais em especial o amazônico. Os poucos existentes concentram-se em abordagens inerentes aos avanços e limites da participação, com raras articulações dos aspectos da representação. Para desenvolver a pesquisa, utilizará a metodologia de análise dos documentos do Conselho, a participação de suas reuniões através de atas e de Observação Participante, bem como da realização de entrevistas com os conselheiros’.

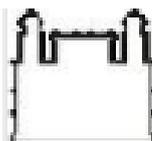
Metodologia Proposta: "O método que se propõe tem natureza qualitativa,

Como se trata de um trabalho que envolve o campo político, social e cultural, os atores envolvidos na pesquisa são influenciados por relações presentes na política de Estado e nos movimentos sociais. Neste sentido, será necessária uma construção artesanal; criação de espaços de comunicação dialógica; e interação entre os sujeitos sociais da pesquisa. ... Os Conselheiros Municipais de Saúde vivem a experiência da participação e representação sob a égide do poder do Estado e das inferências históricas da formação econômica do território, que incidem em suas práticas políticas. Revelar tais fatores que influenciam na atuação dos conselheiros requer aproximação e a valorização de ambientes comunicativos que se fundam em valores éticos de confiança e solidariedade. Essa é uma das estratégias que podem desvelar a atuação dos Conselheiros no Conselho Municipal de Saúde de Marabá.

1. Será realizada pesquisa em fontes secundárias públicas de livre acesso, na análise e organização do arcabouço legal (documental) normativo do Conselho Municipal de Saúde de Marabá objetivando detectar as regras de elegibilidade e participação que regulamentam e norteia a atuação das entidades e dos conselheiros de saúde no CMS-M. 2. Será realizada pesquisa em fontes secundárias por meio do acesso virtual ou presencial por intermédio de contato com os representantes legais das organizações representativas, bem como nos arquivos do próprio Conselho Municipal de Saúde de Marabá com o intuito de dispor de sua documentação constituinte para averiguação de elementos que as identifiquem ou não com o SUS e com as políticas públicas de saúde no âmbito municipal

3. Serão aplicadas entrevistas com questões abertas que serão pautadas por um roteiro constante no anexo I do referenciado projeto de pesquisa, com o universo de 20 conselheiros titulares de saúde que oportunize exprimir as relações existentes entre as organizações e seus respectivos conselheiros, sobretudo no que tange as relações firmadas entre tais entidades e seus

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.843.004

conselheiros e os mecanismos de seleção dos mesmos para estes cargos.

3. Será adotada a técnica de "observação participante" nas reuniões plenárias do órgão colegiado. Referida técnica será orientada por um roteiro, apresentado no anexo II deste projeto, objetivando-se verificar prioritariamente o posicionamento desses conselheiros diante dos assuntos das pautas de tais reuniões, sob a perspectiva da representação política. Ademais, será observada a formação de alianças e conflitos que envolvem os conselheiros dos usuários e trabalhadores manifestados no curso do processo deliberativo destas pautas".

Metodologia de Análise de Dados: "Após a coleta de dados será executada a sistematização para interpretar os resultados por meio da leitura e análise dos documentos dialogando com os aspectos teóricos e metodológicos produzidos por autores que tem discutido tal temática. As entrevistas coletadas serão gravadas e armazenadas em arquivos, e integralmente transcritas também pelo autor, o que permitirá uma profunda imersão no conteúdo das informações. Em um segundo momento, o material produzido será dividido por questões e filtrado no intuito de selecionar as partes mais interessantes para o cumprimento dos objetivos da investigação, criando um corpus de dados para ser utilizado nas análises desenvolvidas no estudo. A Observação Participante será realizada pelo autor, que estará presente em tempo integral durante o intervalo de todas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Marabá no período já mencionado na metodologia. O procedimento consistirá em anotar no caderno de campo da pesquisa as impressões acerca da atuação dos conselheiros titulares e da formação de alianças e conflitos envolvendo esses atores, utilizando o roteiro apresentado no anexo III, com o objetivo de produzir um amplo material que, posteriormente será refinado para selecionar as partes mais relevantes para as análises propostas".

Tamanho da Amostra: 20

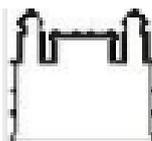
Objetivo da Pesquisa:

Segundo o pesquisador, os objetivos da pesquisa são:

Objetivo Primário: "Analisar a influência da "configuração representativa" do Conselho Municipal de Saúde de Marabá na atuação dos conselheiros titulares que representam os segmentos dos usuários e dos trabalhadores, no período entre 2018 a 2020".

Objetivos Secundários:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
Bairro: Manguinhos	CEP: 21.041-210
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.843/004

OE I: Analisar as regras de elegibilidade aplicadas ao CMS-M, com destaque naquelas que definem as entidades representantes dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores, e as regras de participação que norteiam as formas de atuação dos conselheiros no órgão colegiado;

OE II: Caracterizar as entidades que representam os usuários e os trabalhadores no CMS-M, com foco nos processos de escolha de seus conselheiros titulares e nas relações que estabelecem com os mesmos;

OE III: Analisar a atuação dos conselheiros titulares do segmento dos usuários e dos trabalhadores no processo decisório do CMS-M no período entre 2018 a 2020, com direcionamento nas posturas de representação por eles adotadas;

OE IV: Relacionar as práticas de representação adotadas pelos conselheiros titulares dos usuários e dos trabalhadores às regras de elegibilidade e participação do CMS-M e às características das entidades que eles representam; correlacionando os achados do OE III com as informações apuradas em OE I e OE II*.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Potenciais riscos decorrentes da participação na pesquisa estão relacionados aos eventuais constrangimentos que venha a sofrer em sua atividade no conselho de saúde e/ou nas entidades às quais está vinculado em virtude de informações divulgadas no trabalho final. Igualmente relevante é indicar que a participação neste estudo não envolve qualquer risco de dano físico direto.

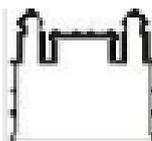
Ressalta-se que caso vier a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, terá direito à indenização por danos, conforme os itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 presentes na Resolução CNS 466/12.

Apenas serão entrevistados os sujeitos que concordarem voluntariamente em participar, expressando este consentimento através da assinatura do TCLE. Aos participantes, mesmo após a assinatura do TCLE é assegurado a qualquer momento da condução da investigação, a faculdade de desistir e solicitar a supressão integral ou parcial do texto produzido. Também será garantido aos mesmos o direito de obter esclarecimentos sobre o

andamento do estudo através de contato com o pesquisador responsável. Para garantir sigilo e segurança aos participantes, o material referente aos dados resultantes da aplicação dos instrumentos desse estudo será acessado apenas pelo pesquisador e por seu orientador.

Benefícios:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.843/004

O benefício resultante de colaboração na pesquisa é a aquisição de informações a serem divulgadas nos resultados do estudo que sejam úteis para elucidar as questões cotidianas envolvidas no exercício da função de conselheiro de saúde e para qualificar sua atuação como tal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1493647.pdf, postado em 10/02/2020.

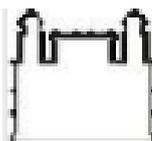
Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Formulário da Plataforma Brasil analisado para esta versão está nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1493647.pdf, com data de 08/01/2020, e inclui planilha de orçamento e cronograma do projeto;
- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável, postada em 08/01/2020;
- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado ProjetodePesquisadetalhado.pdf, postado em 08/01/2020 e inclui os roteiros das entrevistas previstas no anexo I;
- Formulário de Encaminhamento nomeado formulariodeencaminhamento.pdf, postado em 08/01/2020;
- Termo de compromisso do pesquisador em entregar ao CEP o Termo de anuência do Conselho Municipal de Saúde do Município de Marabá - PA, nomeado declaracao.pdf, postado em 08/01/2020. O pesquisador informa no documento que a presidência do Conselho já deu o de acordo para realização da pesquisa, mas só emitirá o documento após aprovação do projeto no CEP.

Para responder às pendências do parecer anterior, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais foram aprovados:

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1493647.pdf, com data de 10/02/2020, e inclui planilha de orçamento e cronograma do projeto;
- Formulário de resposta às pendências, nomeado Formulárioresppendparecer.pdf, postado em 10/02/2020;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.843/004

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado TCLEModificado.pdf, postado em 10/02/2020.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado após a inserção do Termo de Anuência Institucional na Plataforma Brasil.

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número número 3.813.239, de 29/01/2020, foram analisadas conforme abaixo:

1. Item de pendência

1 Adequar no registro de consentimento, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

1.1 - Dado a natureza do projeto em pesquisa na área de ciências humanas e sociais, substituir as menções à resolução CNS 466/12 pela resolução CNS 510/16.

1.2- Substituir o texto redigido "além do direito à assistência integral, você tem direito à indenização por danos, conforme os itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 presentes na Resolução CNS 466/12.", por "além do direito à assistência integral, você tem direito à buscar indenização por danos, conforme parágrafo 2 do artigo 19 da Resolução CNS 510/16".

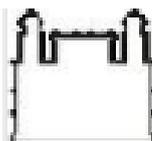
1.3 - O TCLE deve ter suas páginas numeradas sendo que cada página deve indicar o nº total de páginas possibilitando a integridade das informações contidas no documento (Ex: 1 de 4; 2 de 4; etc)

1.4 - Deverão constar ao final do termo as opções para que o participante assinale se autoriza a gravação ou não das entrevistas e se autoriza a utilização na pesquisa das gravações das reuniões previamente gravadas ou não. 1.5 - Retirar do título do TCLE o texto "Anexo III. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido".

Resposta da pendência 1:

Em relação ao item e sub-itens acima, foi revisto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.843/004

(TCLE) e modificado conforme solicitado por esse Comitê de Ética, conforme pode ser verificado no novo TCLE em anexo.

ANÁLISE DO CEP: O pesquisador fez os ajustes solicitados no TCLE, sendo anexado o arquivo nomeado TCLEModificado.pdf. PENDÊNCIA ATENDIDA.

1. Item de pendência

2. Em relação a divulgação do resultado, o pesquisador informa que "A qualquer momento, durante a realização da pesquisa, ou após sua conclusão, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa através dos meios de contato fornecidos logo abaixo neste Termo. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em uma tese de doutorado, que tem sua defesa programada para o mês de agosto de 2021 e, posteriormente, estará disponível no acervo de teses e dissertações da ENSP". No entanto, publicação de tese não configura como devolutiva aos participantes da pesquisa. Considerar meio de retorno dos resultados da pesquisa ao participante e inclui-lo no TCLE. (Res. 510/16 art.17.VI)

Resposta da pendência 2:

Em relação ao item 2, foi revisado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e modificado conforme solicitado por esse Comitê de Ética, incluindo os meios de retorno dos resultados da pesquisa aos participantes - "Os resultados serão apresentados à direção do Conselho Municipal de Saúde de marabá e todos os participantes da pesquisa serão convidados a participar de uma palestra dirigida, onde serão apresentados pelo pesquisador os achados da pesquisa. Essa reunião,palestra será agendada previamente e combinada com os participantes da pesquisa" conforme demonstrado no novo TCLE que segue em anexo.

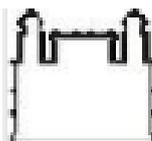
ANÁLISE DO CEP: O pesquisador fez os ajustes solicitados no TCLE, sendo anexado o arquivo nomeado TCLEModificado.pdf, e no PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1493647.pdf. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO:

***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.843/004

(ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO). O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.***

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

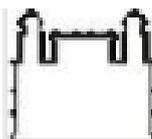
1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (www.ensp.fiocruz.br/ética).

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.843/004

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FolhadeRostoNorbertoRocha.pdf	17/02/2020 15:19:20	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1493647.pdf	10/02/2020 11:06:10		Aceito
Outros	Formulariorespndparecer.pdf	10/02/2020 10:57:01	NORBERTO FERREIRA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Modificado.pdf	10/02/2020 10:53:02	NORBERTO FERREIRA ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa detalhado.pdf	08/01/2020 11:34:25	NORBERTO FERREIRA ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	08/01/2020 11:22:58	NORBERTO FERREIRA ROCHA	Aceito
Outros	formulario de encaminhamento.pdf	08/01/2020 11:13:04	NORBERTO FERREIRA ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	08/01/2020 11:10:24	NORBERTO FERREIRA ROCHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Fevereiro de 2020

Assinado por:

Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br