

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS SOCIAIS

VÂNIA VENZEL BORGES

**PRÁTICA DELIBERATIVA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
CASCAVEL-PR**

TOLEDO
2014

VÂNIA VENZEL BORGES

**PRÁTICA DELIBERATIVA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
CASCAVEL-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Sociais, do Centro de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Toledo, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Ciências Sociais.

Professora Orientadora: Dra: Rosana Katia Nazzari

**TOLEDO
2014**

Catalogação na Publicação elaborada pela Biblioteca Universitária
UNIOESTE/Campus de Toledo.
Bibliotecária: Marilene de Fátima Donadel - CRB – 9/924

B732p	Borges, Vânia Venzel Prática deliberativa no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel - PR / Vânia Venzel Borges .-- Toledo, PR : [s. n.], 2014. 76 f. : il., fig., tab., quadros. Orientadora: Profa. Dra. Rosana Katia Nazzari Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Campus de Toledo. Centro de Ciências Sociais e Humanas. 1. Ciências sociais - Dissertação 2. Conselho de saúde – Cascavel (PR) 3. Política de saúde – Cascavel (PR) 4. Saúde pública - Participação do cidadão 5. Democracia deliberativa 6. Participação política 7. Participação social I. Nazzari, Rosana Katia, Orient. II. T CDD 20. ed. 303.3 362.1098162
-------	---

VÂNIA VENZEL BORGES

**PRÁTICA DELIBERATIVA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
CASCABEL-PR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do Título de Mestre em Ciências Sociais,
da Universidade Estadual do Oeste do Paraná –
UNIOESTE/*Campus* de Toledo.

Toledo, 05 de junho de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Orientadora Dra. Rosana Katia Nazzari

Profª Drª Nelsi Salete Tonini

Prof. Dr. Geraldo Magela Neres

AGRADECIMENTOS

Muitos foram aqueles que, de alguma forma, contribuíram para essa etapa que se encerra o mestrado em Ciências Sociais. Este trabalho não estaria completo se não agradecesse às pessoas que me ajudaram:

Á Deus, por ter me agraciado com três mães (Neusilene e Orlanda no céu e Luiza na terra), por me iluminar e dar forças para concluir mais esta fase da minha vida;

A minha família que desde a tenra infância me ensinou a importância da educação;

Aos homens de minha vida: meu esposo Sandro pelo incentivo e carinho e ao fruto de nosso amor Jean, nosso filho amado, que desde a gestação acompanha esse processo;

A minha irmã Vanessa pela amizade sincera e companheirismo;

Aos meus orientadores Prof^a Rosana Katia Nazzari e Prof^o Osmir Dombrowski por acreditarem em mim, pela paciência, incentivo e críticas atinentes à pesquisa. Muito obrigada pelo privilégio de ser orientada por personalidades tão célebres!

A todos os professores do Programa de Mestrado pelos questionamentos e reflexões realizadas acerca deste objeto de estudo, em especial à Prof^a Maria Lúcia Frizon Rizzotto e ao Prof. Geraldo Magela Neres que participaram da minha banca de qualificação;

A nossa secretaria do curso, Marilucy pela contribuição na construção desse mestrado e por estar sempre disposta a esclarecer dúvidas e responder e-mails;

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UNIOESTE, pela oportunidade e contribuição na minha formação acadêmica;

Aos colegas de turma, pela amizade e companheirismo demonstrados ao longo do curso e pelos momentos de angústia e felicidade compartilhados, troca de ideias e muitas risadas que nos ajudaram a vencer;

A todos os colegas de trabalho da 10^a Regional de Saúde de Cascavel, em especial à Arlene Bernini Fernandes, pelo incentivo, apoio nas ausências e pelas reflexões sobre a política pública de saúde;

Ao Conselho Municipal de Saúde de Cascavel pelo acolhimento e cordialidade no período de realização da pesquisa e à secretária executiva, Elizete Sodoski, pela recepção, informações sobre a dinâmica de funcionamento do Conselho e pelo fornecimento de todo o material necessário para realização da pesquisa.

BORGES, Vânia Venzel. **Prática deliberativa no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel – PR**. 2014. Dissertação (Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Sociais) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná/*Campus* Toledo.

RESUMO

A pesquisa busca analisar a efetividade da prática deliberativa no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel e verificar como acontece o processo deliberativo (entendido como processo discursivo/debate e processo decisório) e também compreender como se dá a aplicabilidade dos princípios deliberativos de igualdade, pluralidade e publicidade no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel. O estudo da prática deliberativa foi realizado a partir da análise documental das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, listas de presença e relação de conselheiros com os respectivos segmentos, leis de criação, resoluções, regimento interno e observação participante das reuniões do conselho durante a Gestão 2012-2013. A partir da compreensão dos limites advindos do contexto social, projeto político e cultura política, o estudo comprova o limitado poder de influência do conselho no processo de definição da política pública de saúde local.

Palavras-chaves: Conselho Municipal de Saúde, deliberação.

BORGES, Vania Venzel. Deliberative perform **on Municipal Health Council of Cascavel** - **PR**. 2014. Dissertation (*strictu sensu* postgraduate studies in Social Sciences) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ *Campus* Toledo.

ABSTRACT

The research intent to analyze the effectiveness of deliberative perform on Cascavel's Municipal Health Council and find out how the deliberative process occurs (comprehended as discursive process/debate and resolute one) and also to comprehend how the applicability of equality, plurality and advertise deliberative principles on Cascavel's Municipal Health Council. The study of deliberative practice started from the analysis of regular and special meetings minutes, attendance lists, relationship between counselors and their segments, creating laws, resolutions, bylaw and partaking observation of board meetings during 2012/2013 management. Starting from the comprehension of the limitations derived from social context, political project and the political culture, the study proves the limited Council's power of influence in the definition of local health policy process.

Keywords: Municipal Health Council, deliberate.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 A INSTITUIÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	15
1.1 Representação e Participação	19
1.2 O Conselho Municipal de Saúde de Cascavel	21
1.2.1 O cenário do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel	22
1.3 As normas e o desenho institucional do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel	24
1.3.1 Ano de criação e legislações do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel	24
1.3.2 O desenho institucional do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel.....	31
1.4 Procedimentos Metodológicos.....	45
2. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	48
2.1 Igualdade Deliberativa.....	48
2.2 Pluralidade	51
2.3 Publicidade	57
2.4 As implicações do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel para a gestão da saúde em Cascavel.....	65
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
4. REFERÊNCIAS	73

LISTA DE SIGLAS

10 RS - 10ª Regional de Saúde.

ABECAP - Associação Beneficente e Cultural dos Aposentados e Pensionistas

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem

ABO- Associação Brasileira de Odontologia

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACS – agente comunitário de saúde

ACIC - Associação Comercial e Industrial de Cascavel

ADEFICA- Associação Beneficente Coração de Maria, Associação dos Deficientes Físicos de Cascavel

AIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

AMB - Associações de Moradores de Bairro

AMC- Associação Médica de Cascavel

AMIC- Associação de Micro e Pequenas Empresas de Cascavel

APAE - Associação de pais e amigos dos excepcionais

AP-LER - Associação dos Port. de Lesões por Esforços Repetitivos

APMF – Associação de Pais, Mestres e Funcionários

APOFILAB- Associação de Portadores de Fissura Lábio-Palatal de Cascavel

APOS - Associação Popular para Desenvolvimento e Promoção da Saúde

APP- Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná

APROSSC - Associação dos Profissionais de Serviço Social de Cascavel

APS – atenção primária em saúde

ASSEF- Associação dos Servidores do SUS no Estado do Paraná

CAGED -Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

CASP - Comissão de Atenção à Saúde e Avaliação de Projetos

CCLS – Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde

CDTO – Comissão de Diálise e Transplantes de Órgãos

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CEREST - Centro Referência em Saúde do Trabalhador

CETRAD – Centro de Tratamento de Álcool e outras drogas

CF – Constituição Federal

CIED - Comissão de Informação em Saúde e Educação no Controle Social do Sistema Único de Saúde.

CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CMS-Cvel – Conselho Municipal de Saúde de Cascavel

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP – Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde

COF – Comissão de Orçamento e Finanças

CPSA -Comissão Permanente de Saúde e Assistência Social

CRF - Conselho Regional de Farmácia do Paraná

CRP - Conselho Regional de Psicologia

CSM – Comissão de Acompanhamento da Saúde Mental

ESF – Estratégia de saúde da família

FMS – Fundo Municipal de Saúde

HUOP - Hospital Universitário do Oeste e do Paraná

IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - índice de desenvolvimento humano
IPs – instituições participativas
IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
MS – Ministério da Saúde
NOB-SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OPEVEL - Ordem dos Pastores Evangélicos de Cascavel
PAS – Programação Anual de Saúde
PPA – Plano Plurianual
RAG – Relatório Anual de Gestão
SARGSUS – Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
SEEB- Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de Cascavel
SINDEPOSPETRO - Sindicato dos Empregados em Postos de Serviços de Combustíveis e Derivados de Petróleo de Cascavel e Região
SINDESAUVEL - Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Cascavel e Região
SINDPREVS - Sindicato dos Servidores Públicos Federais em Saúde, Trabalho, Previdência e Ação Social do Estado do Paraná
SINDSAUDE - Sindicato dos Trabalhadores e Servidores em Serviços de Saúde Pública, Conveniados, Contratados e/ou Consorciados ao SUS e Previdência do Estado do Paraná
SINTIACRE - Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Alimentação de Cascavel e Região
SIOPS – Sistema de Informação do Orçamento Público
SITEP - Sindicato dos Trabalhadores nas Empresas Públicas, Empresas de Economia Mista, Empresas de Estacionamento Regulamentado e Fundações do Município de Cascavel
SMS - secretaria municipal de saúde
SUDS - Programa dos Sistemas Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCAM – União Cascavelense das Associações de Moradores
UOPECCAN - União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Prefeitos e Secretários de Saúde do Município de Cascavel/ PR

Quadro 2 – Composição do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel/ PR

Quadro 3 - Frequência dos conselheiros de saúde nas reuniões em Cascavel/ PR

Quadro 4 - Segmento e a entidade dos presidentes do conselho de saúde de Cascavel/ PR

Quadro 5 – Vocalização por segmento (%)

Quadro 6 - Igualdade deliberativa no CMS-Cvel

Quadro 7 - Vocalização Gestão 2012-2013, desagregada por reunião do Conselho de Saúde

Quadro 8 - Debate Gestão 2012-2013 desagregada por reunião

Quadro 9 - Falas inseridas no debate Gestão 2012-2013 desagregada por reunião

Quadro 10 – Total de vocalização, debate e contestações no CMS-Cvel

Quadro 11 - Propostas Gestão 2012-2013 desagregada por reunião

Quadro 12 - Temas para discussão Gestão 2012-2013

Quadro 13 - Temas Decididos nas Reuniões do Conselho de Saúde de Cascavel

Quadro 14 - Publicidade deliberativa no CMS-CVEL: Temas Discutidos e Decididos

Quadro 15 - Temas Decididos convertidos em Resoluções

Quadro 16 - Reclamação por unidade de saúde na CPSA

Quadro 17 - Prefeitos e Partidos em Cascavel

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 contemplou diversos artigos que abordam a participação da sociedade na gestão pública. A regulamentação desses artigos forjou a criação de novos arranjos institucionais com a finalidade de concretizar os princípios participativos na elaboração e controle de políticas públicas.

Dentre as experiências de participação no âmbito da democracia participativa, destacam-se o orçamento participativo e os conselhos gestores de políticas públicas, e neste sentido, a área da saúde foi precursora na constituição de fóruns participativos.

A Lei 8142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das conferências e conselhos de saúde de modo a estabelecer a natureza deliberativa e a função de controle da política pública.

Conselhos e Conferências não são instâncias de democracia direta, mas esferas de participação que envolve um duplo mecanismo de representação: o da entidade, movimento ou instituição que representa os indivíduos e o do indivíduo que representa a entidade, movimento ou instituições nos Conselhos e Conferências (ESCOREL; MOREIRA, 2010).

O presente estudo de caso sobre o Conselho Municipal de Saúde de Cascavel (variável independente) e a efetividade deliberativa (variável dependente) teve como objetivo analisar a efetividade da prática deliberativa no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel e verificar como se dá o processo deliberativo (entendido como processo discursivo/debate e processo decisório) no CMS-Cvel, bem como, compreender como se dá a aplicabilidade de três princípios deliberativos (igualdade, pluralidade e publicidade) no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel.

O estudo da prática deliberativa se deu a partir da análise documental das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, listas de presença e relação de conselheiros com os respectivos segmentos, leis de criação, resoluções, regimento interno e observação participante das reuniões do conselho no período da Gestão 2012 a 2013¹.

De acordo com Avritzer (2000) o termo deliberação pode ser empregado para designar tanto o processo de debate como o processo decisório. Nesse sentido as atas se constituem em documentos oficiais que capturam o processo deliberativo e são aprovadas

¹ A gestão 2012-2013 do CMS-Cvel compreende o último ano de gestão municipal (2009-2012) e o primeiro ano da gestão seguinte (2013-2016), tendo sido reeleito o chefe do poder executivo.

pelos participantes. Elas se destacam pela sua capacidade de registrar as falas, discursos e argumentação nos debates dos atores, bem como registram as deliberações decorrentes do processo decisório. Para os documentos produzidos pelo conselho realizou-se análise do seu conteúdo de maneira a dar ênfase na presença e frequência dos temas que aparecem.

Na gestão 2012-2013 foram realizadas um total de vinte e duas reuniões do CMS-Cvel, dessas vinte ordinárias e duas extraordinárias. No ano de 2012 a produção do conselho foi de 11 atas, 47 deliberações, 39 resoluções e 01 parecer. No ano de 2013 foi de 11 atas, 47 deliberações, 39 resoluções, 01 parecer e 02 moções. A partir da produção do conselho, foram selecionados três princípios deliberativos: igualdade, pluralidade e publicidade para compreensão de sua aplicabilidade no espaço da instituição participativa do conselho.

O primeiro capítulo aborda a Instituição dos Conselhos Municipais de Saúde em geral e para tanto menciona a importância da articulação dos conceitos de representação e participação que permeiam o espaço do Conselho de Saúde entendido como o cenário no qual os conselheiros participam como representantes de diferentes entidades e grupos da sociedade. Este capítulo também trata especificamente do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel, bem como do cenário no qual está inserido, sobre suas normas e o seu desenho institucional. A análise das leis de criação, leis de alteração e regimento interno definem e regulam o funcionamento e o formato institucional do conselho, e oferece informações atinentes ao nível de institucionalização, de representatividade e de democratização presentes nesse espaço. O último item desse capítulo apresenta os procedimentos metodológicos para análise da prática deliberativa no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel a partir dos princípios deliberativos de igualdade, pluralidade e publicidade.

O segundo capítulo apresenta os resultados e discussões a partir da análise dos três princípios deliberativos selecionados e relaciona as implicações do Conselho Municipal de Saúde para a gestão em saúde local em Cascavel a partir dos instrumentos de gestão: plano de governo, plano de saúde, relatório anual de gestão e do relatório da conferência municipal de saúde.

A consideração final nos indica que o CMS-Cvel está em constante mudança e renovação o que é positivo na perspectiva de maior abertura deste espaço à participação da sociedade civil o que pode ser confirmado nas regras dispostas para o cargo de presidente,

às propostas e introdução de ponto de pauta e a possibilidade de fala aos atores externos. No entanto, a participação de antigos conselheiros militantes ao mesmo tempo em que contribuem com sua experiência também reduz a possibilidade de renovação e influência de novas entidades na medida em que não abrem mão de sua representatividade no conselho.

A análise da prática deliberativa, por meio dos princípios de igualdade, pluralidade e publicidade revela que há um equilíbrio entre o processo discursivo e decisório, isso considerando-se que a maioria dos temas discutidos é convertida em decisão indicando que o conselho consegue fazer valer suas decisões a partir da criação de resoluções, porém não existe nenhum instrumento para avaliar a concretização ou não das resoluções do conselho.

Os dados também revelam a alta capacidade do conselho no controle da prestação de contas e serviços prestados pelo estado por meio da maior discussão de temas relacionados à organização interna e à fiscalização e acompanhamento dos serviços e a baixa capacidade na formulação das políticas que utiliza da reduzida discussão de temas relacionados a programas e projetos, Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, o que comprova o reduzido poder de influência no processo de definição da política pública de saúde local.

A limitação do conselho na “formulação de estratégias para a política de saúde” e sua capacidade no “controle e execução da política” está relacionada ao contexto histórico e social mais amplo, com natureza setorial e fragmentada, e uma elite política que não estimulou a participação e a autonomia do conselho em relação ao poder executivo municipal. Por fim, a compreensão desses limites é importante para minimizar as frustrações provenientes das inúmeras expectativas que a sociedade deposita sobre esse espaço de lutas.

1 A INSTITUIÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Dentre as experiências de participação no âmbito da democracia participativa, destacam-se os conselhos gestores de políticas públicas, e nesse sentido, a área da saúde foi precursora na constituição de fóruns participativos. Conforme Escorel e Moreira (2012, p. 996):

A participação da população em programas e ações de saúde não começou com o SUS. Nas décadas de 1970 e 1980, outros tipos de conselhos procuravam viabilizar a participação da população:

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

Na segunda metade da década de 1980, foram criadas as comissões interinstitucionais de saúde por meio do Programa de Ações Integradas de Saúde - AIS, em 1984. O funcionamento dessas comissões foi fortalecido pelo Programa dos Sistemas Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987. Foram essas comissões que deram origem aos conselhos de saúde (Côrtes: 2009). Assim já havia um processo institucional em curso de descentralização e incorporação da participação da população que foi regulamentado com a Constituição Federal de 1988.

Ao se destacar a instituição participativa conselho de saúde torna-se imprescindível fazer a conexão com os Movimentos Sociais², em especial o movimento popular de saúde e o “movimento de reforma sanitária que incluiu profissionais do setor da saúde, intelectuais,

² Movimento Social entendido como “ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas [...] eles representam forças sociais organizadas que aglutinam as pessoas não como força-tarefa, de ordem numérica, mas como campo de atividades e de experimentação social, e essas atividades são fontes geradoras de criatividade e inovações socioculturais [...]. Eles expressam energias de resistência ao velho que os oprime, e fontes revitalizadas para a construção do novo.” (GOHN, 2011, p.13-14)

políticos, técnicos, instituições representativas de profissionais, setores do movimento sindical e social”. (MINAYO, 2001, p. 26). De acordo com Gohn (2011, p. 26):

O movimento popular de saúde, embora tenha se fragmentado, entrou na luta da questão de preços dos convênios, remédios, postos de saúde etc. Eles têm participado das Conferências Nacionais de Saúde e muitos deles envolveram-se na gestão dos conselhos de saúde como representantes dos usuários. É importante registrar que na área da saúde, em alguns locais, os conselhos populares criados em 1980 ainda sobrevivem, ao lado dos conselhos gestores.

Ao analisar as instituições participativas (orçamento participativo e conselhos gestores de política) Avritzer (2008, p. 53) observa que, o seu desenho institucional varia na maneira como a participação se organiza; na maneira como a legislação exige do governo a implementação ou não da participação e a forma como o Estado se relaciona com a participação. Em comparação entre o orçamento participativo e o conselho saúde, podem-se definir os conselhos como resultado:

[...] da convergência de concepção de dois movimentos importantes, o sanitário e o popular de saúde. Os conselhos, na maneira como eles introduziram a questão da partilha do poder em uma instituição híbrida, são também o resultado de diferentes negociações após o processo constituinte. Um dos seus elementos mais importantes é a associação entre a falta de participação e sanção, expressa na suspensão da transferência de recursos públicos federais para os municípios que não praticarem a participação popular na saúde.

A luta do movimento sanitário pela democratização da saúde e a sistematização de suas recomendações no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde corroboraram em consagração jurídico-legal dos princípios da reforma sanitária que teve apoio significativo do Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), segundo Silva (2001, p.71).

A vitória do movimento sanitário foi expressa na Constituição Federal de 1988 que reconheceu “a Saúde como um direito de todos e dever do Estado” (Art. 196) e definiu o Sistema Único de Saúde - SUS, organizado com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Art. 198).

A regulamentação do SUS se deu por meio da Lei Orgânica da Saúde representada pela Lei 8080/90 que durante governo Collor, sofreu veto presidencial nos artigos atinentes

à participação da comunidade e financiamento da saúde. Posteriormente a Lei Orgânica da Saúde foi complementada pela Lei 8142/90 que instituiu as duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, definindo este último da seguinte forma:

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

Conselhos e Conferências não são instâncias de democracia direta. São esferas de participação que envolve um duplo mecanismo de representação: o da entidade, movimento ou instituição que representa os indivíduos e o do indivíduo que representa a entidade, movimento ou instituições nos Conselhos e Conferências (ESCOREL; MOREIRA, 2010).

Nesse sentido, os Conselhos devem constituir instâncias nas quais a democracia seja radicalizada por possibilitar a participação, a inclusão de diversos segmentos populacionais nos processos decisórios e pela natureza de seu caráter deliberativo na formulação e acompanhamento das políticas, o que alguns autores chamam de “democracia deliberativa”.

Nas definições de democracia deliberativa, Escorel e Moreira (2010) recuperam traços elencados por Hannah Arendt sobre a democracia na polis grega. Nesta, os indivíduos libertos de suas necessidades e em condição de igualdade, definiam o que fazer com aquilo que lhes era comum, ou seja, com a cidade e estado. A política era feita por meio de diálogo livre, com a apresentação de argumentos. E nesse aspecto, identificam-se também os elementos teóricos de Habermas na constituição de uma esfera pública e no agir comunicativo de base argumentativa.

No processo de descentralização da política de saúde, a criação dos Conselhos de Saúde paritários é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais, então:

Isto implica dizer que a disseminação dos Conselhos de Saúde no nível municipal é consequência direta da organização legal/burocrática e financeira do sistema público de saúde a partir das instâncias superiores. O que, entretanto, não impede que se diga que a razão primeira por trás da organização da saúde pública no Brasil em parâmetros novos e diferentes da tradicional centralização que sempre a

caracterizou foi o impulso democratizador e descentralizador que partiu da sociedade, no caso o movimento pela Reforma Sanitária (DOMBROWSKI, 2007, p. 124).

Existem Conselhos de Saúde nos 5559 municípios do país e nas 27 unidades da Federação, e o Conselho Nacional de Saúde – CNS, que já existia, adaptou-se a norma legal e regulamentou por meio de Resoluções, o funcionamento das instâncias colegiadas de participação social em saúde (SCOREL; MOREIRA, 2010).

Com a finalidade de criar diretrizes para normatizar a instituição e funcionamento dos conselhos de saúde, o Conselho Nacional de Saúde expediu as seguintes resoluções: Resolução 33/92 que foi substituída pela Resolução 333/2003 que aprova as diretrizes para criação, instituição, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos e a Resolução 453/2012, em vigor, que revoga estas e dispõe sobre as diretrizes para a instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

Em conformidade com a legislação atinente aos conselhos de saúde as vagas estão distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação do governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais devem ter como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do conselho. De acordo com a Resolução 453/2012, e de modo a respeitar o princípio da paridade, serão contempladas as seguintes representações no conselho: associações de pessoas com patologias; associações de pessoas com deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...); movimentos organizados de mulheres, em saúde; entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; organizações religiosas; trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo às instâncias federativas; comunidade científica; entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de

pesquisa e desenvolvimento; entidades patronais; entidades dos prestadores de serviço de saúde; e governo.

As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde indicarão seus conselheiros representantes por escrito devendo a cada eleição renovar ao menos 30% das entidades. Conforme tópico atinente à organização dos conselhos de saúde:

IV – As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.
V- Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo 30% de suas entidades representativas. (BRASIL, 2012).

Tendo em vista o crescimento dos movimentos sociais e o aprimoramento das instituições e leis, no próximo item destaca-se o impasse das teorias democráticas de participação e representação a fim de entender a influência dos conselhos na política pública.

1.1 Representação e Participação

A articulação dos conceitos de representação e participação é imprescindível para compreensão do Conselho de Saúde entendido como o cenário no qual os conselheiros participam como representantes de diferentes entidades e grupos da sociedade.

Urbinati (2006) analisa que a representação é uma forma de participação que possibilita o controle e a supervisão dos cidadãos. A democracia representativa não substituiria a democracia direta, mas, por ter potência de criação e recriação, de aprimoramento de si mesma, produziria uma valiosa “arena de opiniões” para a tomada de decisões que não seriam definitivas sendo sempre sujeitas a reformulações.

Dentre os teóricos da corrente participativa, destaca-se Patemam (1992). Assim, como os teóricos da representação política se remetem a Hobbes para fundamentar e problematizar suas elaborações teóricas, Patemam (1992, p. 60-1) se fundamenta nos postulados básicos atinentes a uma teoria participativa. De acordo com a autora:

A teoria da democracia participativa é construída em torno da afirmação central de que os indivíduos e suas instituições não podem ser considerados isoladamente. A existência de instituições representativas a nível nacional não basta para a democracia; pois o máximo de participação de todas as pessoas, a socialização ou “treinamento social”, precisa ocorrer em outras esferas, de modo que as atitudes e qualidades psicológicas necessárias possam se desenvolver. Esse desenvolvimento ocorre por meio do próprio processo de participação. A principal função da participação na teoria da democracia participativa é, portanto, educativa no mais amplo sentido da palavra, tanto no aspecto psicológico quanto no de aquisição de prática de habilidades e procedimentos democráticos. [...] Para que exista uma forma de governo democrática é necessária a existência de uma sociedade participativa, onde todos os sistemas políticos tenham sido democratizados e onde a socialização por meio da participação pode ocorrer em todas as áreas (PATEMAM, 1992, p.60-61).

Segundo Patemam (1992, p. 63) a indústria se configura como a mais importante e mais política de todas as áreas nas quais o indivíduo se relaciona e interage, sendo que as decisões tomadas na indústria, ambiente permeado por relações de superioridade e subordinação, repercutem em outras esferas da vida, inclusive a esfera privada e, além disso, o tamanho da empresa pode permitir que o indivíduo participasse da tomada direta de decisões. Assim, a teoria participativa “se sustenta ou cai por terra de acordo com duas hipóteses: a função educativa da participação e o papel crucial da indústria”.

Para Lüchmann (2007, p. 139-40) a corrente participacionista parte da ideia de que cabe aos cidadãos, no seu conjunto, a definição e a autorização das decisões políticas. Busca-se assim, a ampliação das responsabilidades políticas, afim de compreender – tanto em grau, como em número – os espaços e os sujeitos da deliberação pública. Destaca que os conceitos de participação e representação foram contrapostos ao serem utilizados para a construção de diferentes modelos de democracia - a democracia participativa e a democracia representativa.

Partindo do pressuposto de que para o êxito de uma “poliarquia³” é necessária a combinação dessas duas formas de democracia, pois isoladas são insuficientes e alvo de inúmeras críticas, na medida em que a gênese da democracia representativa foi baseada, principalmente nas teorias competitivas ou elitistas e na medida em que a democracia participativa é inviável devido ao fato de que é impossível a participação de todos os

³ A poliarquia pode ser pensada como “Regimes relativamente (mas incompletamente) democratizados, ou, em outros termos, as poliarquias são regimes que foram substancialmente popularizados e liberalizados, isto é, fortemente inclusivos e amplamente abertos à contestação pública.” (DAHL, 1997, p.84).

cidadãos na tomada de decisão, entende-se que “a participação não substitui, mas reconfigura a representação, constituindo-se a participação em chave de boa representação”. (LÜCHMANN, 2007, p.167).

Segundo Bobbio (1983) citado por Silva (2001, p. 110) ao analisar as formas representativas e diretas de participação, refere-se ao fetiche que a democracia direta causa, especialmente no pensamento da esquerda socialista. Para Bobbio, quando se fala em democracia direta, habitualmente se pensa em referendos nos quais a população em geral possa exprimir-se e influir em temas de interesse nacional ou local. É preciso analisar, no entanto, segundo esse autor, até que ponto esse tipo de manifestação é possível, tem viabilidade operacional, e quais são suas relações com a democracia indireta. Nesse sentido, de maneira a questionar essa viabilidade, propõe ele uma integração entre as duas formas de democracia, direta e indireta ao considerar que uma não pode substituir a outra e as duas, juntas, não são incompatíveis.

O período democrático, após anos de ditadura militar, inaugurado com a Constituição Federal de 1988 garante a participação da sociedade por meio de eleições diretas, plebiscito, referendo e iniciativa popular. Assim, a experiência de participação além de recente é pouco desenvolvida no Brasil, e desse modo há muito para aprofundar na perspectiva de aprimorar e fortalecer a democracia. Conforme Escorel; Moreira (2012, p. 995):

Em termos participativos, podem-se destacar duas potencialidades de aprofundamento e inovação no cenário político nacional: o orçamento participativo, no qual os sujeitos se organizam para definir as prioridades de alocação de recursos; e os conselhos gestores, que representam a participação dos sujeitos em instâncias colegiadas com caráter deliberativo sobre determinados setores das políticas sociais, como os de saúde, criança e adolescente, educação.

Dentre as duas potencialidades de inovação democrática supracitadas optou-se por estudar o conselho gestor da política pública de saúde, especificamente a instituição participativa do conselho de saúde de Cascavel.

1.2 O Conselho Municipal de Saúde de Cascavel

Para analisar a efetividade da prática deliberativa no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel e verificar como acontece o processo deliberativo (entendido como processo discursivo/debate e processo decisório) no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel bem como compreender como se dá a aplicabilidade de três princípios deliberativos (igualdade, pluralidade e publicidade) no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel, dividiu-se esse item em duas partes: O cenário do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel e as normas e o desenho institucional do CMS-Cvel.

1.2.1 O cenário do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel

O município de Cascavel está localizado na região oeste do Paraná, com uma área de 2.100,831 km² e 292 372 habitantes, conforme estimativa do IBGE, de agosto de 2012. Encontra-se a 491 Km. de Curitiba, capital estadual. O clima é subtropical, mesotérmico superúmido com temperatura média anual em torno de 19 °C.

Conforme a Lei Municipal nº 3.765 de 09.12.2003, o município de Cascavel está dividido em oito distritos administrativos: Distrito sede (142,09 km²); Sede Alvorada (193,03 km²); Juvinópolis (275,28 km²); Rio do Salto (265,05 km²); São João do Oeste (477,10 km²); Espigão Azul (282,64 km²); Distrito Sete (246,53 km²) e São Salvador (231,01 km²). O mapa abaixo mostra a localização de Cascavel no Brasil e no Estado do Paraná.

Figura 1 – Localização geográfica do município de Cascavel/Pr.



Fonte: WIKIPEDIA (2014).

No ano de 1936, Cascavel foi oficializada como vila pela prefeitura de Foz do Iguaçu, tornando-se distrito administrativo dois anos depois e emancipado por meio da Lei Estadual nº 790 de 14/11/1951. A população foi constituída basicamente por migrantes gaúchos e catarinenses, e predomina a cultura alemã, italiana, polonesa e portuguesa.

De acordo com dados de dezembro/2012 do Caderno Estatístico do Município de Cascavel do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social- IparDES, a população está distribuída da seguinte forma:

Tabela 1 - Distribuição da população do Município de Cascavel/ PR - Rural e Urbana

Tipo de Domicílio	Masculina	Feminina	Total
Urbano	130.813	139.236	270.049
Rural	8.958	7.198	16.156
Total	139.771	146.434	286.205

Fonte: IPARDES (2012)

Conforme dados da tabela, 51,16% da população é constituída pelo sexo feminino e 48,83% pelo sexo masculino. A maior parte da população 94,35% reside na zona urbana e 5,65% na zona rural, totalizando 286.205 mil habitantes. A cor branca predomina com 200.776 (70,15%), seguida da cor parda 75.131 (26,25%), preta 7411 (2,59%), amarela 2.516 (0,88%) e indígena 368 (0,13%). Cascavel possui um total de 204.185 eleitores distribuídos em quatro zonas eleitorais.

Segundo IBGE/IPARDES (2012), a população economicamente ativa do município é de 161.365 pessoas, com Produto Interno Bruto *per capita* de 18.139 e 94,36% de grau de urbanização. O índice de desenvolvimento humano (IDH-M) é de 0,810 classificado em 15º no Estado do Paraná e em 376º no Brasil. A taxa de analfabetismo na faixa etária de 15 anos ou mais é de 4,46%.

O principal setor econômico do município é o agronegócio que conta com 4034 estabelecimentos, destes: 2.547 a condição do produtor é de proprietário, em 988 de ocupante, 244 assentados sem titulação definitiva, 147 arrendatários, 23 parceiros e em 85 estabelecimentos a condição é de produtor sem área. Com relação ao número de estabelecimentos comerciais, industriais e de prestação serviços há 9.508 estabelecimentos responsáveis pelo emprego de 92.463 pessoas. Destes estabelecimentos, destaca-se o

comércio (varejista 3478 e atacadista 553) com 4031 estabelecimentos responsável por 29,03% dos empregos (26.849 pessoas empregadas).

Ao acessar as informações do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED no site⁴ do Ministério do Trabalho pode-se observar no quadro de evolução do emprego formal em municípios com mais de 30 mil habitantes do Estado do Paraná em dezembro/2011 que Cascavel está em 49ª na posição no ranking. Na 1ª posição está o município de Palmeira e em 53ª, última posição deste ranking está Curitiba.

Neste cenário descrito está inserido o Conselho Municipal de Saúde de Cascavel, instituído inicialmente pela Lei Municipal nº 2209/1991 que deu início as suas atividades no ano de 1992⁵.

No próximo tópico serão abordadas as normas e legislações do conselho a partir da sua lei de criação e logo em seguida o trabalho trata do seu desenho institucional.

1.3 As normas e o desenho institucional do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel

1.3.1 Ano de criação e legislações do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel

Da mesma forma que aconteceu nos demais municípios brasileiros, a criação do conselho de saúde de Cascavel se deu a partir de uma exigência legal para transferência de recursos e municipalização da saúde. Esse fato pode ser ilustrado com a fala de um conselheiro registrada na ata da primeira reunião do CMS-Cvel no dia 08/05/92, página 2: “(...) a municipalização foi uma forma encontrada pelo governo federal para que o município assumisse a assistência ou desassistência à população.”

O início das atividades do CMS-Cvel aconteceu de fato, por meio da pressão que a sociedade exerceu sobre os conselheiros que cobraram a atuação do conselho na situação de saúde do município, principalmente no caso da AIDS, tratado com o descaso do poder público que juntamente com insistência dos conselheiros junto ao poder executivo, sem sucesso, motivaram a convocação extraoficial dos conselheiros de saúde para realização da primeira reunião do conselho no dia 17/02/1992⁶.

⁴ Disponível em: http://portal.mte.gov.br/caged_mensal/dados-estaduais-9.htm. Acesso em: 24 fev. De 2014.

⁵ A instalação e composição do conselho se deram em 17/11/1992 com a posse dos conselheiros pelo prefeito.

⁶ Esta primeira reunião, realizada no auditório do INSS, não foi registrada em ata.

O CMS-Cvel foi criado⁷, formalmente, pela Lei Municipal nº 2.209/1991 e sua inauguração de fato, aconteceu na quarta reunião⁸ realizada no dia 17 de novembro de 1992, com a posse dos conselheiros dada pelo prefeito.

A composição inicial do Conselho apresentou algumas irregularidades, como por exemplo, a previsão de vagas garantidas para as entidades: Associação Médica de Cascavel, Conselho Regional de Enfermagem, Conselho Regional de Odontologia, Conselho Regional de Farmácia, Associação Comercial e Industrial de Cascavel – ACIC e FECIVEL (UNIOESTE), sem o devido processo eleitoral durante a realização da conferência municipal de saúde. Outro exemplo de irregularidade foi a participação de dois vereadores⁹ como membros do conselho representando a entidade ACIC.

A existência da Lei nº 2209/1991 de criação do conselho com a definição de seus membros posteriormente nomeados pelo decreto 3266/1991 não garantiu o funcionamento e regulamentação do conselho da forma como estava prevista. O conteúdo desta Lei apresentava um equívoco referente à falta de entendimento do papel do CMS-Cvel de acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população e acompanhar a programação e gestão financeira e orçamentária por meio do Fundo Municipal de Saúde (Lei 2209/91, Art.3º, incisos I e V). Na mesma lei estão expressos estes objetivos, dentre outros, que configuram o papel do CMS-Cvel e a criação de um conselho fiscal ¹⁰com a finalidade de fiscalizar o próprio conselho.

A composição inicial do conselho, com proeminência do governo e da classe médica, descrita na ata da reunião de posse dos conselheiros, fere a paridade entre os representantes da sociedade e do governo prevista na Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/1990, paridade esta também prevista na própria Lei de criação do conselho, corroborando o seguinte argumento:

⁷ Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, órgão de caráter permanente e deliberativo do Sistema único de Saúde, no âmbito municipal, cujas atividades e atribuições são reguladas por Regimento Interno próprio obedecendo os termos desta lei. (Lei nº 2209/1991, Art.1º, caput).

⁸ No ano de 1992 as quatro reuniões do CMS-Cvel registradas em ata aconteceram nos dias 08/05/92, 27/05/92, 24/08/92 e 17/11/92.

⁹ Conforme registrado na ata do dia 25/10/1993 após discussão do assunto e ao ponderar que a lei não permite a participação de vereadores como conselheiros, os mesmos foram substituídos.

¹⁰ O conselho Municipal de Saúde será administrado por uma diretoria executiva composta de 4 (quatro) membros efetivos: presidente, vice-presidente, secretário e 2º secretário e 4 (quatro) membros suplentes, e fiscalizado por um Conselho Fiscal, composto da mesma forma. Os membros serão escolhidos entre os que compõem o Conselho, nos termos do Regimento Interno a ser elaborado pelo próprio Conselho. (Lei 2.209/1991, Art.7º, caput.)

O fato de existirem não garante que estejam em pleno funcionamento; pelo contrário: tais conselhos trouxeram consigo novos desafios a serem enfrentados na consolidação do SUS e de seus princípios. (CORTES, 2009, p.10).

A temática sobre a composição e reestruturação perpassou várias reuniões do Conselho, e inclusive reduziu o número de 24 conselheiros para 16 e posteriormente aumentou mais duas vagas¹¹, momento em que totalizaram-se 18 membros devido ao questionamento da associação médica que não estava contemplada. A modificação da composição estabelecida pela Lei 2.292/1991 foi alterada pela Lei 2.425/1994 que reduziu o número de conselheiros para 18 membros e apresentou algumas mudanças na representação das entidades como a definição da representação das entidades: Associação Comercial e Industrial de Cascavel – ACIC, a Associação de Micro e Pequenas Empresas de Cascavel - AMIC, o Rotary e o Lions como representantes do segmento dos usuários corroborando com a resistência quanto à participação da sociedade civil enquanto usuária que de fato utiliza os serviços de saúde pública, além disso, fica indubitável a “representação de interesse”¹² por parte destas entidades.

Com a finalidade de facilitar a visualização do chefe do poder executivo, secretário de saúde, presidente do conselho de saúde e o número de reuniões realizadas no marco temporal do ano de criação do CMS-Cvel até ano de 2013 segue o Quadro 1:

Quadro 1 – Prefeitos e Secretários de Saúde do Município de Cascavel/ PR

ANO	PREFEITO	SECRETÁRIO DE SAÚDE	PRESIDENTE DO CONSELHO	Número de Atas das reuniões
1992	Salazar Barreiros	Dr. Alberto Fernando Barddal Drummond	Dr. Alberto Fernando Barddal Drummond	4
1993	Fidelcino Tolentino	Dr. Miguel Farah Filho	Dr. Miguel Farah Filho	11
1994	Fidelcino Tolentino	Dra. Marilza Guedes Vidal (janeiro a junho) Dr. Alberto Fernando Barddal Drummond (junho a dezembro)	Dra. Marilza Guedes Vidal (janeiro a junho) Dr. Alberto Fernando Barddal Drummond (junho a dezembro)	6

¹¹ Apesar de discussões referentes à “abertura de precedentes” com esta alteração, foram aumentadas duas vagas, sendo uma para representante da associação médica e outra vaga para um representante da AMIC (representando o segmento dos usuários). Ata de reunião do dia 16/08/1993.

¹² [...] As representações de interesses no CMS guardam uma diferenciação de classe que, se não apreendida e tratada de forma concreta, acentuará as desigualdades, esfacelando a proposta democrático-popular, no trato das questões relativas à saúde (SIMIONATO; NOGUEIRA, 1995, p. 59).

1995	Fidelcino Tolentino	Dr. Alberto Fernando Barddal Drummond	Dr. Alberto Fernando Barddal Drummond	8
1996	Fidelcino Tolentino	Dr. Moacir Borguetti	Não existe nenhum registro em ata de reunião do CMS-Cvel realizada neste ano.	0
1997	Salazar Barreiros	Dr. Moacir Borguetti (janeiro a novembro) Dr. Lísias de Araújo Tomé (novembro a dezembro)	Dr. Moacir Borguetti (janeiro a novembro) Dr. Lísias de Araújo Tomé (novembro a dezembro)	18
1998	Salazar Barreiros	Dr. Lísias de Araújo Tomé	Dr. Lísias de Araújo Tomé	17
1999	Salazar Barreiros	Dr. Lísias de Araújo Tomé	Dr. Lísias de Araújo Tomé	18
2000	Salazar Barreiros	Dr. Lísias de Araújo Tomé	Dr. Lísias de Araújo Tomé	21
2001	Edgar Bueno	Dr. Marcos Solano Vale	Laerson Vidal Matias (segmento usuário)	18
2002	Edgar Bueno	Drª Lilimár Regina Nadolny Mori	João Luiz de Araújo	21
2003	Edgar Bueno	Drª Lilimár Regina Nadolny Mori	Antonio Vieira Martins	19
2004	Edgar Bueno	Drª Lilimár Regina Nadolny Mori	Antonio Vieira Martins	16
2005	Lísias de Araújo Tomé	Jorge Luiz Bocasanta (janeiro a abril) Dr. Lísias de Araújo Tomé (interino de abril a maio) Fernando Dias Lima (maio a dezembro)	Antonio Carlos Koslowski	13
2006	Lísias de Araújo Tomé	Jorge Luiz dos Santos (janeiro a junho) Nadir Willi (junho a dezembro)	Antonio Vieira Martins	13
2007	Lísias de Araújo Tomé	Nadir Willi	Antonio Vieira Martins	15

2008	Lísias de Araújo Tomé	Nadir Willi (janeiro a outubro) Reginaldo Roberto Andrade (outubro a dezembro)	Antonio Carlos Koslowski	12
2009	Edgar Bueno	Dr. Ildemar Marino Canto	Antonio Carlos Koslowski (janeiro a setembro) Elson Gomes da Silva (setembro a dezembro)	13
2010	Edgar Bueno	Dr. Ildemar Marino Canto	João Luiz de Araújo (janeiro a agosto) José Alvanir Quevedo de Oliveira (agosto a dezembro)	12
2011	Edgar Bueno	Dr. Ildemar Marino Canto	José Alvanir Quevedo de Oliveira	14
2012	Edgar Bueno	Dr. Ildemar Marino Canto (janeiro a agosto) Reginaldo Roberto Andrade (agosto a dezembro)	Laerson Vidal Matias	11
2013	Edgar Bueno	Reginaldo Roberto Andrade	Antonio Vieira Martins	11

Fonte: Elaborado pela autora com a utilização de dados fornecidos pela Secretaria Executiva do Conselho, 2014.

Conforme o Quadro 1, no ano de 1996, o último ano da gestão municipal 1993 - 1996, não houve nenhuma reunião do CMS-Cvel, fato que gera interesse ao se considerar que, apesar das dificuldades o conselho caminhava com as condições e da forma que podia. Assim fica evidente que apesar da previsão legal¹³, é o apoio dado por atores do governo que permite que esta instância participativa funcione de fato. Neste sentido, Wampler, (2011, p. 152), pondera que:

[...] se os membros do conselho pressionam fortemente o governo para retificar problemas, haverá um aumento da tensão entre os grupos que levará os funcionários do governo a limitar o papel dos cidadãos no processo de decisão política. Institucionalmente, isto evidencia a natureza contraditória dos tipos de autoridade entregues à maioria de IPs: eles são institucional, administrativa e programaticamente dependente do Poder Executivo, o que significa que uma estreita relação de trabalho é necessária se os cidadãos e lideranças comunitários

¹³ Previsão legal esta vilipendiada pelo gestor municipal do SUS que na condição de presidente do conselho controlava do jeito que bem entendia.

quiserem influenciar os resultados políticos. À medida que a distância política entre o governo e os participantes aumenta estes últimos devem recuar na utilização de seus mecanismos de fiscalização, o que, por sua vez, aumenta ainda mais as tensões, o que então reduz a influência dos participantes.

Passado este período de “silêncio” do CMS-Cvel, logo após a transição entre uma gestão e outra, no ano de 1997 aconteceram dezoito reuniões e a realização da III Conferência Municipal de Saúde que teve significativa organização de entidades de trabalhadores e usuários com a finalidade de se fazer cumprir os dispositivos na legislação do SUS, especialmente com relação à paridade entre os representantes do governo e usuários. Como resultado desta conferência foi formada uma comissão¹⁴ com a finalidade de elaborar proposta de alteração na lei de criação do conselho. Tais esforços corroboraram para aprovação da Lei Municipal nº 2993/1999 que dá nova redação à Lei de Criação do Conselho Municipal de Saúde, concernente com as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde e resolução 33/1992 do CNS.

Como se pode observar no quadro 1, o período que compreende o ano de criação do conselho 1992 até o ano de 2000 tinha como presidente¹⁵ o próprio secretário de saúde, assim como o Ministro de Saúde foi presidente nato do Conselho Nacional de Saúde¹⁶ durante décadas.

Na reunião do conselho que aconteceu no dia 12 de março de 2001 pela primeira vez, desde a criação do conselho, foi eleito um representante do segmento dos usuários como presidente do conselho, e o secretário de saúde ficou como vice-presidente. Este fato foi um marco histórico significativo para o Conselho Municipal de Saúde de Cascavel,

¹⁴ Comissão formada por delegados eleitos nesta conferência e membros do conselho.

¹⁵ De acordo com a lei de criação do conselho municipal de saúde: “A presidência do Conselho Municipal de Saúde será exercida obrigatoriamente pelo Secretário Municipal de Saúde.” (Lei nº 2209/1992, Art. 11, § 2º).

¹⁶ O Conselho Nacional de Saúde foi criado em 1937 e durante trinta anos teve um funcionamento irregular e inexpressivo até que, em 1974, decreto presidencial atribuiu ao Conselho objetivos, funções e estrutura mais definidas, procurando compatibilizá-lo ao processo de modernização conservadora em andamento. “O CNS é um órgão de consulta que deve examinar o que lhe foi submetido pelo Ministério da Saúde bem como opinar sobre matéria que por força da lei tenha que ser submetida à sua apreciação”. O perfil técnico e normativo do Conselho foi mantido. Era composto pelo Ministro de Saúde, presidente nato e quinze conselheiros, em um arranjo organizacional em que se verifica a ausência de representantes da sociedade, a proeminência da elite médica, a sobre-representação de instituições militares e o exercício do papel de legitimidade da política predominante. (...) Entre 1970 e 1990, o Conselho teve pouca importância na formulação e acompanhamento da política de saúde. Nesse período, outras instâncias de articulação ministerial foram criadas, como a Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan). Em 1990, já sob a égide da nova Constituição brasileira e da criação do SUS, o decreto 99.438/90 configurou um novo Conselho Nacional de Saúde com ampla representação social e definição de novas atribuições e competências. (ESCOREL & MOREIRA, 2012, p. 999, apud Brasil, 2007).

quando se leva em conta que no âmbito do Conselho Nacional de Saúde isso aconteceu no ano de 2006, pois:

[...] Em 2002, O Conselho Nacional de Saúde tinha o ministro de saúde como presidente nato e era composto por 32 conselheiros titulares: seis representantes do governo federal, dois representantes dos gestores estaduais e municipais, a categoria médica e outros profissionais de saúde; os prestadores de serviços de saúde tinham três vagas; enquanto os usuários ocupavam a metade das vagas (16). O decreto 5.839, de 2006, promoveu nova reforma na composição do Conselho, que passou a contar com 48 conselheiros titulares e, pela primeira vez, a eleger seu presidente, que representa o segmento dos trabalhadores de saúde (ESCOREL & MOREIRA 2012, p. 995).

Entre avanços e retrocessos na busca pela “democracia sanitária em Cascavel”, a semente germinada na III Conferência Municipal de Saúde realizada em 1997 começou a dar alguns frutos como: criação de secretaria executiva, do conselho¹⁷, instituição da primeira Comissão de Orçamento e Finanças,¹⁸ alteração da Lei de Criação do Conselho em 1999 que aumentou o número de conselheiros de 18 para 24 membros; eleição das entidades na conferência¹⁹ e eleição do presidente do conselho entre seus membros, instituição das conferências e conselhos locais de saúde, realização da IV Conferência Municipal de Saúde em setembro de 1999, com eleição para composição da nova gestão 2000-2001²⁰ do conselho e nova composição do conselho sem a garantia de vagas para algumas entidades.

Atualmente o Conselho Municipal de Saúde de Cascavel está instituído pela Lei Municipal nº 5.266 de 09 de julho de 2009 que dispõe sobre a reformulação do Conselho Municipal de Saúde e regoa as Leis Municipais nº 2209/1991, 2425/1994 e 2993/1999.

A Lei nº 6.044 de 21 de maio de 2012 dá nova redação aos dispositivos da Lei nº 5.266/2009, que trata do Conselho Municipal de Saúde, estabelecendo que o conselho será composto por 24 membros titulares e 24 membros suplentes.

¹⁷ Inicialmente composta por uma assistente social e uma técnica administrativa.

¹⁸ Instituída pela Resolução nº 1 de 17/08/1998.

¹⁹ As conferências realizadas anteriormente foram inexpressivas, sendo que na primeira nem teve presença da sociedade civil.

²⁰ A aprovação da nova lei de criação do conselho (lei nº 2.993/1999) foi publicada no dia 30/09/1999, logo após a realização da IV Conferência Municipal de Saúde que aconteceu nos dias 24 e 25/09/1999, fato que inviabilizou a eleição da Gestão 2000 – 2001 durante a conferência, sendo que esta aconteceu posteriormente em plenária complementar no dia 04/12/1999. Na ata nº 26 da reunião do CMS-Cvel do dia 20/09/1999 foi aprovado por 11 votos favorável à realização da eleição após a conferência, considerando que a lei antiga que estava em vigor.

1.3.2 O desenho institucional do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel

Em vários estudos sobre os conselhos gestores de políticas públicas a relevância da variável desenho institucional ganha destaque para análise da sua efetividade (LÜCHMANN, 2002; AVRITZER, 2008; CORTES, 2009, TATAGIBA, 2002; FARIA; RIBEIRO, 2010).

A análise das leis de criação, leis de alteração e regimento interno definem e regulam o funcionamento e o formato institucional do conselho, de modo a oferecer informações inerentes ao nível de institucionalização, de representatividade e de democratização presentes nesse espaço.

Com fulcro na legislação em vigor do conselho, Lei Municipal nº 5.266/2009 e Lei nº 6.044/2012, a composição do conselho é paritário entre o segmento de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos, tendo 24 membros titulares e 24 membros suplentes com 50% das vagas para usuários; 25% para entidades de trabalhadores de saúde e 25% para representantes do governo e prestadores de serviços privados, conveniados ou sem fins lucrativos/econômicos. Neste sentido, a composição do Conselho, está fulcrada na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8142/1990 que juntamente com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde normatizam o funcionamento dos Conselhos.

Art. 1º O Conselho Municipal de Saúde de Cascavel, passa a ser regido, a partir desta data, por esta Lei, sendo um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, resolutivo, consultivo, normativo e fiscalizador do Sistema Único de Saúde (SUS), no Município de Cascavel, integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde, com composição, organização, funcionamento e competências fixadas nesta Lei e em seu Regimento Interno, obedecidos os termos da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e da Resolução 333, de 04 de novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde. (Lei 5.266/2009, Art.1º)

As entidades representantes dos usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços que compõe o conselho são eleitas na Conferência Municipal de Saúde para mandato de 02 anos, conforme o regimento interno do conselho em vigor, sendo que a cada início de gestão o regimento interno deverá ser colocado para apreciação, conforme o artigo 6º da Lei 5.266/2009.

A gestão 2012-2013 do CMS-Cvel é composta pelas seguintes entidades representadas²¹: do segmento dos usuários 12 entidades titulares e 12 entidades suplentes representantes do segmento dos usuários, escolhidas entre: Pastoral da Criança, Associação Beneficente e Cultural dos Aposentados e Pensionistas – ABECAP, Pastoral da Pessoa Idosa, APMF Colégio Estadual Jardim Consolata, Associação Popular para Desenvolvimento e Promoção da Saúde (APOS), Associação Beneficente Coração de Maria, Associação dos Deficientes Físicos de Cascavel (ADEFICA), Associação de Portadores de Fissura Lábio-Palatal de Cascavel – APOFILAB, Associação dos Portadores de Lesões por Esforços Repetitivos (AP-LER), Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná (APP), Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Alimentação de Cascavel e Região - SINTIACRE, Sindicato dos Empregados em Postos de Serviços de Combustíveis e Derivados de Petróleo de Cascavel e Região (SINDEPOSPETRO), Ordem dos Pastores Evangélicos de Cascavel – OPEVEL, Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de Cascavel (SEEB), Sindicato dos Trabalhadores nas Empresas Públicas, Empresas de Economia Mista, Empresas de Estacionamento Regulamentado e Fundações do Município de Cascavel – SITEP, Associações de Moradores dos bairros: Claudete, Coqueiral, Maria Luiza, São João do Oeste, Núcleo Esportivo Pioneiro (Pioneiros Catarinenses).

Do segmento dos trabalhadores de saúde são 06 entidades escolhidas entre: Associação dos Profissionais de Serviço Social de Cascavel (APROSSC), Conselho Regional de Farmácia do Paraná – Seccional Cascavel (CRF), Conselho Regional de Psicologia - 8ª Região (CRP), Associação Brasileira de Odontologia – ABO Associação Médica de Cascavel – AMC, Associação Brasileira de Enfermagem Regional de Cascavel (ABEN), Associação dos Servidores do SUS no Estado do Paraná (ASSEF), Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Cascavel e Região (SINDESAUVEL), Sindicato dos Trabalhadores e Servidores em Serviços de Saúde Pública, Conveniados, Contratados e/ou Consorciados ao SUS e Previdência do Estado do

²¹ Todas as entidades, titulares e suplentes estão relacionadas nas respectivas composições. É previsto rodízio entre as entidades no regimento, Art. 32º - As entidades titulares e suplentes que em comum acordo optaram pelo sistema de rodízio, conforme lavrado em ata de eleição do sub-segmento, após 01 (um) ano de mandato se revezarão na titularidade do cargo, desde que a entidade suplente tenha participado de 50% (cinquenta por cento) das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

Paraná (SINDSAUDE), Sindicato dos Servidores Públicos Federais em Saúde, Trabalho, Previdência e Ação Social do Estado do Paraná – SINDPREVS.

O segmento governamental e de prestadores de serviços de saúde na atual gestão 2012-2013 estão representados por: Hospital Universitário do Oeste e do Paraná (HUOP), Centro de Reabilitação Física da FAG, União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer (UOPECCAN), Associação de pais e amigos dos excepcionais – APAE, 01 vaga para representante da secretaria municipal de saúde e 01 vaga para representante da 10ª Regional de Saúde.

Neste sentido a atual composição do CMS-Cvel está concernente com a Lei Orgânica da Saúde e com a Lei 5.266/2009 que normatiza a composição do CMS-Cvel, podendo ser ilustrada conforme Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Composição do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel/ PR

CONSELHEIRO	REPRESENTAÇÃO
03 Representantes das associações de moradores	Usuário
03 Representantes dos sindicatos de trabalhadores	Usuário
04 Representantes de Entidades Sociais	Usuário
01 Representante de associação de Pessoas com Deficiência	Usuário
01 Representante de portadores de patologias	Usuário
03 Representantes de entidades dos profissionais de saúde	Trabalhadores de Saúde
03 Representantes de entidades dos trabalhadores de saúde pública e privada	Trabalhadores de Saúde
01 Representante da 10ª Regional de Saúde	Governo
01 Representante da secretaria municipal de saúde	Governo
01 Representante das demais secretarias municipais	Governo
01 Representante do Hospital Público	Prestador de Serviços
02 Representantes de outros prestadores de serviços conveniados ao SUS	Prestador de Serviços

Fonte: Elaborada pela autora segundo Lei 5.266/2009, Art. 3º, §4º, (2014).

Enquanto um conjunto de normas que regem o funcionamento duma instituição, o regimento interno do CMS-Cvel deverá ser colocado para apreciação, discussão e votação a cada início de gestão que terá mandato de dois anos. A definição do primeiro regimento

interno aconteceu na reunião do conselho do dia 24/05/1993 e foi aprovado em 06/06/1993, bem depois do tempo previsto ²² a partir da instalação do Conselho.

O Regimento Interno foi aprovado pela Resolução nº 12 de 19/03/2012 na 174ª Reunião Ordinária do CMS-Cvel. Na primeira reunião de cada ano do conselho é realizada eleição para escolha da mesa diretora ²³ que irá coordenar o conselho no período de um ano, e pode ainda haver reeleição por igual período.

Conforme observado na reunião do dia 28/01/2013 e na resolução nº 01/2012 da reunião realizada no dia 23/01/2012, a composição da mesa diretora eleita por meio de votação ²⁴ em escrutínio aberto realizada pela plenária do CMS-Cvel é concernente com o disposto em seu regimento. A composição da mesa diretora desta gestão é formada por representantes das seguintes entidades: No ano de 2012: presidente conselheiro representante da AP-LER, vice-presidente representante da ASSEF, 1º secretário da SESAU e 2º secretário da AMB Claudete. Em 2013: Presidente: SINDEPOSPETRO; Vice-Presidente: ABECAP; 1º Secretário: SESAU e 2º Secretário: ASSEF. As funções de todos os cargos da mesa diretora estão pormenorizadas no regimento.

As reuniões ordinárias do CMS-Cvel ocorrem com a maioria simples dos conselheiros na terceira segunda-feira do mês, com duração de duas horas a partir de seu início (previsto às 17h30min). Há uma tolerância de trinta minutos para que se estabeleça quorum e logo após são recolhidas as credenciais de votação e a lista de presença do início da reunião. Caso não haja quorum a reunião é suspensa. Após duas horas de reunião a plenária é consultada para continuidade ou não da reunião sendo disponibilizada a lista de presença de término da reunião.

Um elemento importante a ser observado é a frequência dos conselheiros às reuniões. O quadro 3 mostra como é expressiva a participação de atores externos, nestes

²² Instalado o Conselho Municipal de Saúde deverá elaborar e aprovar seu regimento interno no prazo de 60 (sessenta dias) da publicação da presente lei, no qual se disporão normas complementares para seu funcionamento e organização. (Lei nº 2209/1991, Art. 12).

²³ O Art. 5º do regimento diz: “O Conselho Municipal de Saúde de Cascavel será coordenado por uma Mesa Diretora, formada entre os membros titulares e suplentes contemplando os seguintes cargos: Presidente, Vice - Presidente, 1º Secretário e 2º Secretário, sendo 02 (dois) representantes dos usuários, 01 (um) representante dos trabalhadores de saúde e 01 (um) representante dos gestores ou prestadores de serviços de saúde.”

²⁴ Durante a votação aberta o segmento dos conselheiros pode ser identificado pela cor do crachá usado no momento do voto, sendo crachá de cor vermelha para o segmento de usuários, verde para trabalhadores de saúde, cor azul para prestador de serviços e amarelo para gestor.

incluídos atores da sociedade civil, atores ligados ao governo e atores não identificados, todos sem representação formal. Com relação à participação dos conselheiros, ao se considerar a proporcionalidade entre os segmentos, a participação entre o segmento usuário (84,09 %) e o segmento prestador (83,33 %) é muito próxima. Em terceiro tem-se o segmento trabalhador (79,54%) e por último o segmento gestor (69,69%).

Considerando-se que o conselho é composto por 24 membros e o número total (428) de conselheiros participantes nas 22 reuniões da Gestão 2012-2013, tem-se uma média de 19,45% conselheiros por reunião, número de presença considerado expressivo, conforme ilustrado no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 - Frequência dos conselheiros de saúde nas reuniões em Cascavel/ PR.

Nº ATA	DATA	GOV	PREST	TRAB	USU	Total de conselheiros	Atores Externos	Total lista de presença
172	23/01/2012	3	3	5	12	23	25	48
173	13/02/2012	2	3	6	11	22	23	45
174	19/03/2012	2	3	5	12	22	31	53
175	16/04/2012	3	3	5	10	21	21	42
176	21/05/2012	1	2	5	11	19	25	44
177	16/07/2012	3	3	4	11	21	45	66
178	20/08/2012	3	2	5	10	20	116	136
1ª extra	27/08/2012	2	2	4	11	19	71	90
179	17/09/2012	2	2	4	10	18	77	95
180	15/10/2012	2	3	6	11	22	81	103
181	19/11/2012	3	3	5	11	22	26	48
182	28/01/2013	2	3	6	9	20	52	72
183	18/02/2013	2	2	4	10	18	134	152
184	18/03/2013	2	3	4	9	18	35	53
185	15/04/2013	2	2	5	9	18	39	57
186	20/05/2013	2	2	6	9	19	31	50
187	17/06/2013	2	3	4	9	18	76	94
188	19/08/2013	1	2	4	10	17	47	64
1ª extra	02/09/2013	2	3	6	11	22	32	54
189	23/09/2013	2	3	4	10	19	51	70
190	21/10/2013	1	2	4	9	16	38	54
191	02/12/2013	2	1	4	7	14	26	40
TOTAL	22 reuniões	46	55	105	222	428	1102	1530

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Cascavel, 2014.

As atas das reuniões são gravadas e digitadas com cópias distribuídas antecipadamente aos conselheiros e formalmente aprovada no início de cada reunião ordinária subsequente, com assinatura dos integrantes da Mesa Diretora e da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde.

Com o objetivo de subsidiar suas deliberações, o CMS-Cvel conta com comissões temáticas²⁵ permanentes e transitórias com objetivos, composição²⁶ e atribuições definidas, contudo, as decisões das comissões não são deliberativas, apenas consultivas. As decisões são tomadas por consenso ou maioria dos presentes e levadas ao CMS-Cvel para discussão e votação. Dentre os representantes das entidades que compõe cada uma das comissões é escolhido um coordenador e um secretário com atribuições²⁷ descritas nos respectivos regimentos internos.

Atualmente o CMS-Cvel conta com as seguintes comissões: Comissão de Orçamento e Finanças (COF), Comissão de Diálise e Transplantes de Órgãos (CDTO), Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), Comissão de Acompanhamento da Saúde Mental (CSM), Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde (CCLS), Comissão de Informação em Saúde e Educação no Controle Social do Sistema Único de Saúde (CIED) e Comissão de Atenção à Saúde e Avaliação de Projetos (CASP).

O período de realização das conferências municipais de saúde acontece a cada dois anos, conforme legislação do conselho. A 11ª Conferência Municipal de Saúde de Cascavel com o tema: “Saúde Pública em Cascavel: o que temos é o que queremos?” foi realizada

²⁵ Art. 28º - O Conselho Municipal de Saúde contará com Comissões Temáticas Permanentes ou Transitórias, com mandato de dois anos e com a finalidade de promover estudos e emitir pareceres a respeito de temas específicos.

²⁶ Conforme regimento interno as comissões deverão ser compostas por no mínimo 05 (cinco) entidades, escolhidas em reunião do Conselho Municipal de Saúde. Cada entidade indicará 02 (dois) membros, 01 (um) titular e 01 (um) suplente, com mandato de 02 (dois) anos.

²⁷ Conforme previsto no Regimento Interno do CMS-Cvel e nos respectivos regimentos de todas as comissões são atribuições do Coordenador:

I – Coordenar os trabalhos da Comissão;

II – Convocar as reuniões extraordinárias, solicitando à Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde o contato com os membros da Comissão;

III – Elaborar pauta das reuniões;

IV – Presidir as reuniões, mantendo a integração dos componentes da Comissão.

V – Representar a Comissão quando necessário.

Conforme também previsto no Regimento Interno de todas as comissões são atribuições do Secretário:

I – Auxiliar o coordenador nos trabalhos da Comissão;

II – Substituir o coordenador na sua ausência.

III – Apresentar memória conclusiva, de cada reunião, à Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, sobre as matérias submetidas a estudo, para encaminhamento, e solicitar pauta dos assuntos a serem discutidos ou deliberados em reunião do Conselho Municipal de Saúde, com 10 (dez) dias de antecedência da reunião do Conselho Municipal de Saúde.

IV - Redigir documentos e pareceres elaborados pela Comissão.

nos dias 05 e 06 de julho de 2013 na UNIPAR, tendo sido precedida de Pré-Conferências de Saúde no período de 16 de abril a 05 de junho.

A temática conferência de saúde tem sido uma constante nas reuniões do Conselho de Saúde de Cascavel, e diante deste quadro é pertinente mencionar que no âmbito do Estado do Paraná as conferências também eram realizadas a cada dois anos, e no ano de 2011 a partir da realização 10ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, com o tema “SUS: Patrimônio do Povo Brasileiro, Construindo as Redes de Atenção à Saúde no Paraná” ficou definido que a realização das conferências estaduais de saúde serão realizadas a cada quatro anos, sendo assim, a próxima conferência estadual de saúde deverá ser realizada no ano de 2015.

Com a finalidade de aproximação do Conselho Estadual com as novas secretarias executivas dos conselhos municipais de saúde e com os assessores para o controle social²⁸ do Sistema Único de Saúde – SUS o Conselho Estadual de Saúde começou a realizar encontros macrorregionais²⁹ com o objetivo de promover a integração, a troca de experiências e o fortalecimento entre os atores envolvidos no Controle Social do SUS. No dia 17 de abril de 2013 foi realizado o encontro na sede da Associação dos Municípios do Oeste do Paraná - AMOP de Cascavel para as secretarias executivas dos conselhos de saúde dos municípios de abrangência da Macroregional Oeste³⁰.

Dentre os assuntos foi discutido sobre o período de realização das conferências municipais de saúde, pois parte dos municípios não alteraram o período de realização das conferências de a cada 02 para a cada 04 anos no regimento interno e/ou legislação do conselho. Desta forma a orientação verbalizada pela conselheira representante do segmento dos usuários Srª Joelma Aparecida de Souza Carvalho, presidente do Conselho Estadual de Saúde foi de que os municípios que, após a realização da última conferência municipal no ano de 2011, já fizeram a alteração na legislação do conselho, deverão realizar a próxima conferência municipal de saúde no ano de 2015 para coincidir com o ano de realização da próxima conferência estadual e nacional. No caso dos municípios que não realizaram a

²⁸ Assessor para o controle social do SUS, termo designado pelo CES, consiste em um técnico de referência em cada uma das 22 regionais de saúde existentes no Paraná.

²⁹ O Estado do Paraná está dividido em quatro macrorregiões de saúde, sendo: macro oeste, macro norte, macro noroeste e macro leste.

³⁰ A Macrorregião Oeste compreende os municípios das seguintes regionais de saúde: 7ª RS de Pato Branco, 8ª RS de Francisco Beltrão, 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel e 20ª RS de Toledo

supracitada alteração na legislação do conselho, que é o caso do município de Cascavel³¹, estes deveriam realizar a conferência municipal de saúde no ano 2013 e no ano de 2015 para que neste intervalo de tempo estes municípios tenham tempo hábil para realizar a alteração na lei. O período de realização a cada quatro anos está fulcrado na Lei Orgânica da Saúde que diz:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990).

A orientação do CES de que o período de realização das conferências municipais de saúde coincida com o período de realização da conferência estadual, com previsão da próxima no ano de 2015, é contestável na medida em que a conferência de saúde tem o objetivo de discutir a situação de saúde da população com a finalidade de propor diretrizes para formulação da política de saúde, diretrizes estas que deverão ser norteadoras do respectivo plano de saúde³².

O plano de saúde deve ser realizado no primeiro ano de gestão de um governo e possui a duração de quatro anos: três anos da gestão atual e o primeiro ano da próxima gestão. A NOB-SUS/1996 já previu que cabe ao CMS além de aprovar o Plano Municipal de Saúde, avaliar se está de acordo com as necessidades e prioridades apontadas pela população quando da realização das conferências de saúde. Ao se considerar que o período do mandato estadual (2011 a 2014) não coincide com o período do mandato municipal (2013 a 2016), esta orientação do CES favorecerá apenas a contemplação das propostas advindas da conferência estadual que colaborarão com a elaboração do plano estadual de saúde³³.

³¹ O parágrafo único do Art 4º do Regimento Interno vigente do CMS-Cvel diz: “o mandato do Conselho Municipal de Saúde será de 02 (dois) anos, a contar da posse dos conselheiros, ou até a realização da próxima Conferência Municipal de Saúde.”

³² O Plano de Saúde é um instrumento de gestão, que baseado em uma análise situacional, define intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, os quais são expressos em objetivos, diretrizes e metas. É a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. (Leis Federais 8080/90 e 8142/90 e Lei Complementar 141/2012.

³³ O Plano Estadual de Saúde do Paraná vigente compreende o período de 2012 a 2015, sendo que o próximo deverá ter duração de 2016-2019.

As demandas provenientes da conferência municipal de saúde realizada no ano de 2013, que é o primeiro ano da gestão municipal, poderão ser contempladas no próximo Plano Municipal de Saúde de 2014 a 2017³⁴. Porém os municípios que já realizaram alteração na sua lei ³⁵ e os municípios que foram orientados a mudar a legislação do conselho a partir da realização da conferência de 2013 e realizar a próxima em 2015 para que as próximas conferências municipais coincidam com o ano de realização da conferência estadual podem inviabilizar a contemplação das propostas da conferência municipal na elaboração do plano municipal de saúde.

Conforme exposto, verificou-se que a estrutura organizacional do conselho conta com: mesa diretora, secretaria executiva e comissões, estrutura esta que demonstra a institucionalização de procedimentos e confere uma boa organização para o trabalho e processo deliberativo. Já a previsão e frequência das conferências “também apontam para uma organização da política, uma vez que elas são partes importantes da estrutura que as compõem.” (FARIA, RIBEIRO, 2010, p.128).

No tocante as atribuições e competências delegadas ao conselho de saúde, conforme artigo 2º da Lei nº 5.266/2009 e artigo 3º do Regimento Interno do CMS-Cvel estão assim definidas:

I - Acompanhar, avaliar, fiscalizar, propor estratégias, decidir, bem como, atuar no controle da execução da Política de Saúde e ações e serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas, filantrópicas e privadas integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) em Cascavel;

II - Deliberar sobre as aplicações de recursos do Fundo Municipal de Saúde (FMS), incluindo o percentual da contrapartida do município, propondo critérios e fiscalizando as programações e execuções orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU);

III - Discutir e aprovar critérios para construção de unidades de prestação de serviços de saúde pública e conveniada, visando à regionalização, hierarquização e integração da assistência à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

³⁴ O Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017 deve ser elaborado no ano de 2013, que é o primeiro ano da nova gestão.

³⁵ Os municípios que alteraram sua lei realizarão conferência municipal no ano de 2015, e, portanto não realizarão neste ano de 2013.

- IV - Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o Plano Municipal de Saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços, conforme as diretrizes aprovadas na Conferência Municipal de Saúde;
- V - Garantir a convocação da Conferência Municipal de Saúde e estruturar a comissão organizadora da mesma de acordo com a Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- VI - Solicitar à Secretaria Municipal de Saúde, ou qualquer órgão público que atue na área, a liberação de funcionários para suporte administrativo e técnico em caráter permanente ou de acordo com a necessidade, garantindo o pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
- VII - Elaborar estratégias que subsidiem a política municipal de desenvolvimento científico, tecnológico e educacional na área de saúde;
- VIII - Propor, acompanhar, avaliar e fiscalizar a política municipal de saúde do trabalhador, inclusive nos aspectos referentes às condições de trabalho e de salubridade;
- IX - Atuar na integração das diretrizes do planejamento das ações de saúde nas áreas de meio ambiente, abastecimento e saneamento básico, com base nas diretrizes propostas no Plano Municipal de Saúde;
- X - Atuar como canal de discussões, sugestões, queixas e denúncias sobre ações, procedendo à análise e consequente emissão de pareceres e resoluções que se fizerem necessários;
- XI - Instituir os Conselhos Locais de Saúde (CLS), bem como, apoiar e subsidiar o seu funcionamento;
- XII - Manter permanente relacionamento com os demais Conselhos de Saúde, visando a integração no controle social do Sistema Único de Saúde (SUS);
- XIII - Estimular a participação comunitária no controle da política municipal de saúde de acordo com as diretrizes estabelecidas no Sistema Único de Saúde (SUS);
- XIV - Elaborar e aprovar o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde;
- XV - Criar comissões internas, constituídas por entidades do Conselho Municipal de Saúde e outras instituições para promover estudos e emitir pareceres a respeito de temas específicos;
- XVI - Estabelecer um programa de educação continuada, visando a permanente capacitação dos conselheiros de saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde – CLS ³⁶ começaram a se constituir no ano de 1999 com a finalidade de possibilitar a participação organizada da população e o controle social das ações e serviços prestados pelas unidades básicas de saúde na sua área de abrangência. A Resolução nº 51 de 19/11/2007 define as atribuições³⁷, composição³⁸ e funcionamento dos CLS.

Os Conselhos Locais de Saúde são constituídos por área de abrangência da UBS, a partir da realização da 1ª Conferência Local de Saúde e foi reconhecido por resolução do Conselho Municipal de Saúde após o encaminhamento da ata da Conferência que o instituiu. As reuniões ordinárias devem acontecer uma vez ao mês e extraordinariamente com base no regimento interno ³⁹ do CLS.

Atualmente o município de Cascavel conta com 36 UBS, destas 14 possuem conselhos locais de saúde – CLS, o que representa 39% das UBS. Destes 14 CLS, 05 estão na primeira gestão (CLS Vila Tolentino (Neva), CLS Santa Cruz, CLS Rio do Salto, CLS São João e CLS Santa Bárbara), 02 estão na 2ª gestão (CLS Claudete e CLS Faculdade), 02 na terceira gestão (CLS Pacaembu e CLS São Francisco), 03 na quarta gestão (CLS Cancelli, CLS Los Angeles e CLS São Salvador), o CLS Guarujá está na sexta gestão e o CLS Aclimação na 7ª gestão.

³⁶ Atualmente os Conselhos Locais de Saúde estão regulamentados pela Resolução nº 51/2007 que também institui as Conferências Locais de Saúde. O artigo 3º define Conselho Local de Saúde como uma instância colegiada de caráter permanente, deliberativo, consultivo e fiscalizador das ações e serviços, na área de abrangência da unidade básica de saúde. Sendo que no tocante a função deliberativa do CLS, esta se restringe às questões locais de saúde, devendo necessariamente ser respeitados o Plano Municipal de Saúde, as deliberações da Conferência Municipal de Saúde e as do Conselho Municipal de Saúde.

³⁷ Conforme Art. 04º - São atribuições do Conselho Local de Saúde:

I – Propor, acompanhar, fiscalizar e avaliar as atividades das unidades básicas de saúde e os serviços prestados à população;

II – Participar da elaboração e aprovar o Planejamento Local de Saúde;

III – Participar da organização da Conferência Local de Saúde e Pré-Conferência Municipal de Saúde.

³⁸ Conforme Art. 06º - O Conselho Local de Saúde será constituído de 08 (oito) integrantes titulares e igual número de suplentes, sendo 04 (quatro) representantes de entidades de usuários, 02 (dois) representantes de entidades de trabalhadores de saúde, 01 (um) representante de entidades de prestadores de serviços conveniados ao SUS, da área de abrangência da unidade básica de saúde e 01 (um) representante do governo.

§ 1º - Quando não houver número de entidades suficientes, a composição do Conselho Local de Saúde poderá se dar com número menor de entidades, respeitando a paridade entre os segmentos.

³⁹ Conforme Art. 35 - O Regimento Interno do Conselho Local de Saúde deverá ser elaborado e aprovado pelo Conselho Local de Saúde até 60 (sessenta) dias após a Conferência Local de Saúde, com apoio do Conselho Municipal de Saúde através da Comissão Permanente de Acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde.

Outra característica importante na estrutura organizacional do conselho é o cargo de presidente e a forma de eleição demonstra o grau de democratização das relações no interior dessa instituição (TATAGIBA, 2002). O presidente é eleito entre os membros do conselho em reunião plenária para mandato de um ano, juntamente com os demais integrantes da mesa diretora. Conforme foi observado, do ano de criação do conselho até 2001 o presidente nato do conselho era o secretário de saúde. No Quadro 4 destaca-se o segmento e a entidade que o presidente representa.

Quadro 4 - Segmento e a entidade dos presidentes do conselho de saúde de Cascavel/ PR.

ANO	PRESIDENTE DO CONSELHO	SEGMENTO	ENTIDADE
2001	Laerson Vidal Matias	Usuário	Associação dos Portadores de Lesões por Esforços Repetivos – AP-LER
2002	João Luiz de Araújo	Usuário	Associação Moradores Floresta
2003 - 2004	Antonio Vieira Martins	Usuário	Sindicato dos Empregados em Postos de Serviços de Combustíveis e Derivados de Petróleo de Cascavel e Região – SINDEPOSPETRO
2005	Antonio Carlos Koslowski	Trabalhador	Sindicato dos Servidores e Funcionários Públicos do Município de Cascavel – SISMUVEL.
2006 - 2007	Antonio Vieira Martins	Usuário	Sindicato dos Empregados em Postos de Serviços de Combustíveis e Derivados de Petróleo de Cascavel e Região - SINDEPOSPETRO
2008 – 2009	Antonio Carlos Koslowski	Trabalhador	Sindicato dos Servidores e Funcionários Públicos do Município de Cascavel – SISMUVEL.
2009	Elson Gomes da Silva (setembro a dezembro)	Usuário	Grupo Expressões – Direitos Humanos, Cultura e Cidadania.
2010	João Luiz de Araújo (janeiro a agosto)	Usuário	Associação Moradores Floresta
2010-2011	José Alvanir Quevedo de Oliveira	Usuário	Associação Popular para Desenvolvimento e Promoção da Saúde – APÓS
2012	Laerson Vidal Matias	Usuário	Associação dos Portadores de Lesões por Esforços Repetivos – AP-LER
2013	Antonio Vieira Martins	Usuário	Sindicato dos Empregados em Postos de Serviços de Combustíveis e Derivados de Petróleo de Cascavel e Região - SINDEPOSPETRO

Fonte: Elaborado pela autora com dados fornecidos pela Secretaria Executiva do Conselho, 2014.

De acordo com o quadro 4 observa-se uma alternância entre os presidentes, já que o Sr. Antonio Vieira Martins presidiu o conselho por um período de cinco anos, o Sr. Antonio Carlos Koslowski por 2 anos e 9 meses, Sr. Laerson por 2 anos, o Sr. João Luiz de Araújo por 1 ano e 8 meses, o Sr. José Alvanir Quevedo de Oliveira por 1 ano e 5 meses e o Sr. Elson Gomes da Silva por apenas 4 meses.

Conforme o Regimento Interno o presidente realiza a abertura, faz verificação de quorum e coordena as reuniões do Conselho Municipal de Saúde; apresenta e encaminha os itens da pauta da Ordem do Dia; representa o Conselho Municipal de Saúde junto aos órgãos públicos municipais, estaduais e federais, sociedade jurídica e civil em geral; assina os documentos oficiais emitidos pelo Conselho Municipal de Saúde e homologa as resoluções aprovadas em plenária. O presidente também possui a prerrogativa de desempatar conflito no espaço do conselho e detém poder de decisão de determinadas questões ad referendum⁴⁰.

No tocante às regras do processo decisório⁴¹, além do destaque dado as atribuições do cargo exercido pelo presidente, a definição de pauta e o processo de votação é fundamental para o andamento da plenária e para a tomada de decisão.

Com relação ao processo de votação no conselho, as deliberações são tomadas pela maioria simples dos conselheiros presentes e nos casos de empate a Mesa Diretora encaminhará uma defesa contrária e uma defesa favorável à proposta para uma nova votação. O direito de fala e participação nas reuniões do conselho é garantido a qualquer pessoa ou entidade interessada. Já o voto, exercido pelo representante da entidade titular, é aberto em todas as votações e as deliberações “ad referendum” devem ser apresentadas, discutidas e deliberadas pelos demais conselheiros, na primeira reunião seguinte à data da sua assinatura. É previsto a cada membro do Conselho, o direito de se manifestar sobre o assunto em discussão, porém quando encaminhado para votação, este não poderá voltar a

⁴⁰ Conforme Regimento Interno, Art. 21 § 2º - Em situações relacionadas à dinâmica administrativa do Conselho Municipal de Saúde, da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, bem como, em casos de solicitação de indicação/representatividade e/ou esclarecimentos diversos poderá a Mesa Diretora deliberar “ad referendum” da plenária.

⁴¹ Art. 16º - O Conselho Municipal de Saúde tomará as suas decisões em reuniões plenárias mediante votação, nos termos deste Regimento Interno, sendo o voto reconhecido mediante a apresentação da credencial da entidade pelo conselheiro.

ser discutido por seu mérito na mesma reunião. Assim como as decisões votadas em plenária não podem retornar para votação com mesmo conteúdo.

Quanto à definição da pauta, o processo de sua construção pode ser revelador do grau de democratização presente no interior do espaço do conselho na medida em que indica a capacidade de intervenção dos atores envolvidos no processo decisório. Conforme Faria e Ribeiro:

Uma pauta construída coletivamente, em plenário ou em órgãos colegiados, é uma boa preditora do grau de democratização interno dessas instituições, uma vez que mais vozes estarão inseridas nesse processo. Por outro lado, uma pauta construída somente pela presidência do conselho, independentemente do segmento que a ocupe, indica um grau de democratização mais baixo. (FARIA; RIBEIRO: 2010, p.77).

No CMS-Cvel a elaboração da pauta, priorização de temas e previsão do tempo para discussão é competência da mesa diretora⁴² que possui calendário de reuniões próprias para isso. Conforme Regimento Interno as solicitações de assuntos para inclusão na pauta deverão ser encaminhadas por escrito à Mesa Diretora, com 10 (dez) dias úteis de antecedência as reuniões, com os respectivos anexos (plano, programa, projeto, protocolo, parecer, etc.). Os assuntos poderão ser colocados na pauta da reunião, conforme análise da Mesa Diretora, inclusive os assuntos considerados de urgência. Conforme fala do presidente do conselho na 175ª reunião realizada no dia 16/04/2012 “qualquer pessoa e principalmente os conselheiros podem fazer denúncias ou pedir inclusão de pauta no conselho”.

A pauta das reuniões do CMS-CVEL possui a seguinte estrutura: 1. Informes Gerais, 2. Discussão Temática, 3. Expediente Interno, 4. Ordem do Dia, 4.1 Para deliberação, 5. Destaques das Comissões. Para o item Informes Gerais qualquer pessoa pode se inscrever até o início de cada reunião, sem motivo de discussão e/ou deliberação, utilizando-se o tempo de três minutos, prorrogáveis até cinco minutos para cada solicitação.

Por fim, as decisões do Conselho Municipal de Saúde são consubstanciadas em Deliberações, Resoluções, Recomendações/Orientações, Pareceres ou Moções que podem ser propostas por qualquer conselheiro para apreciação durante reunião plenária e deve ser

⁴² Conforme Regimento Interno, Art. 6º - A Mesa Diretora realizará reuniões para elaboração de pauta e encaminhamento dos documentos conforme calendário previamente aprovado no Conselho Municipal de Saúde. Art. 7º - São competências da Mesa Diretora: I. Preparar as reuniões do Conselho Municipal de Saúde, elaborando a pauta, priorizando temas e determinando tempo para discussão.

deliberado pela maioria dos conselheiros presentes. As decisões que impliquem a adoção de medidas administrativas da alçada privativa do gestor do SUS devem ser homologadas no prazo de 15 dias úteis. Caso o secretário de saúde não homologar a resolução, este deverá apresentar os motivos na reunião seguinte para apreciação do conselho.

Após pormenorizar o funcionamento do conselho em termos de regras e normas, no próximo item abordar-se-á os procedimentos metodológicos utilizados com a finalidade de análise da prática deliberativa no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel.

1.4 Procedimentos metodológicos

A proposta de pesquisa tem como campo o Conselho Municipal de Saúde de Cascavel – PR, tendo como metodologia adotada para o trabalho empírico o **estudo de caso**. Para o estudo da relação entre a variável independente conselho de saúde e a variável dependente efetividade deliberativa, variável esta que também se configura como o problema da pesquisa.

O presente estudo sobre os efeitos da prática deliberativa no CMS-Cvel se deu a partir da análise documental das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, listas de presença e relação de conselheiros com os respectivos segmentos, leis de criação, resoluções, regimento interno e observação participante das reuniões do conselho no período da Gestão 2012 a 2013⁴³.

De acordo com Avritzer (2000) o termo deliberação pode ser empregado para designar tanto o processo de debate como o processo decisório. Nesse sentido, as atas se constituem em documentos oficiais que capturam o processo deliberativo e são aprovadas pelos participantes. Elas se destacam pela sua capacidade de registrar as falas, discursos e argumentação nos debates dos atores, bem como registram as deliberações decorrentes do processo decisório. Para os documentos produzidos pelo conselho realizou-se análise do seu conteúdo de modo a realçar a presença e frequência dos temas que aparecem.

A técnica de pesquisa da observação participante é importante para clarear eventuais dúvidas sobre a abrangência do conteúdo das atas, que pode deixar de registrar

⁴³ A gestão 2012-2013 do CMS-Cvel compreende o último ano de gestão municipal (2009-2012) e o primeiro ano da gestão seguinte (2013-2016), tendo sido reeleito o chefe do poder executivo.

acontecimentos, discussões e ideias que surgem no momento das reuniões, mesmo havendo a previsão no Regimento Interno de gravação e digitação das atas das reuniões.

Na gestão 2012-2013 foi realizado um total de vinte e duas reuniões do CMS-Cvel, dessas vinte ordinárias e duas extraordinárias. No ano de 2012 a produção do conselho foi de 11 atas, 47 deliberações, 39 resoluções e 01 parecer. No ano de 2013 foi de 11 atas, 47 deliberações, 39 resoluções, 01 parecer e 02 moções. A partir da produção do conselho será analisada a aplicabilidade dos princípios deliberativos de igualdade, publicidade e pluralidade no espaço do conselho.

Com a finalidade de compreender como se dá a aplicabilidade desses três princípios deliberativos no espaço do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel bem como para analisar a efetividade da prática deliberativa no conselho utilizou-se parte da metodologia de estudos dos mecanismos deliberativos, utilizada em pesquisas na região Nordeste (AVRITZER, 2007) e no estado de Minas Gerais (AVRITZER, 2010).⁴⁴

Partindo do pressuposto de que a participação dos conselheiros está diretamente associada à deliberação sobre a política de saúde, para compreensão do espaço do conselho torna-se fulcral analisá-lo a partir dos pressupostos da teoria de democracia deliberativa. Almeida e Cunha (2011, p. 110-112) enumeraram onze princípios, que sob a ótica deliberacionista, devem fundamentar a criação, a organização e o funcionamento dos fóruns ou espaços deliberativos:

- 1) Igualdade de participação – todos os cidadãos de uma comunidade política devem ter assegurada a igual oportunidade para o exercício do poder político ou para exercer influência política sobre quem o pratica (MANIN, 1987; COHEN, 1997; GUTMANN; THOMPSON, 2003).
- 2) Inclusão deliberativa – Todos aqueles que estão sujeitos ao poder político e à consequência de suas decisões devem ter seus interesses e razões considerados no processo de discussão e de decisão que autoriza o exercício desse poder e produz as normas vinculantes (MANIN, 1987; BOHMAN, 1996; COHEN, 1997; DRYZEK, 2000a; PETTIT, 2003; BENHABIB, 2007).

⁴⁴ A pesquisa coordenada pelo professor Dr. Leonardo Avritzer teve como objetivo central (1) determinar a abrangência de cada política participativa em sete estados das quatro regiões do país e do Distrito Federal e (2) caracterizar o êxito deliberativo e distributivo que cada uma das instituições participativas analisadas vem promovendo.

- 3) Igualdade deliberativa – Todos os que participam da deliberação devem ter a mesma oportunidade de apresentar suas razões, mesmo que haja distribuição desigual de recursos (materiais e informacionais) e de poder (igualdade substantiva); as regras que regulam a deliberação valem para todos (igualdade formal): apresentar questões para a agenda, propor soluções, oferecer razões, iniciar o debate, voz efetiva na decisão, dentre outras (BOHMAN, 1996; COHEN, 1997; GUTMANN; THOMPSON, 2004; BENHABIB, 2007).
- 4) Publicidade – O espaço social em que deve ocorrer a deliberação, os procedimentos e os meios do debate e da decisão e a natureza das razões oferecidas devem ser públicos e coletivos (BOHMAN, 1996; GUTMANN; THOMPSON, 2000, 2004; PETTIT, 2003).
- 5) Reciprocidade/razoabilidade – Os participantes reconhecem-se e respeitam-se mutuamente como agentes morais e, por isso, devem uns aos outros as justificações pelas leis que os obrigam mutuamente e pelas políticas públicas que eles promulgam coletivamente. Nesse sentido, as razões a serem expostas ao debate devem ser compreendidas, consideradas e potencialmente aceitas ou compartilhadas com os demais (BOHMAN, 1996; COHEN, 1997; GUTMANN; THOMPSON, 2000, 2003, 2004; BENHABIB, 2007).
- 6) Liberdade – Devem ser asseguradas as liberdades fundamentais (de consciência, de opinião, de expressão, de associação) e as propostas não devem ser constrangidas pela autoridade de normas e requerimentos dados *a priori* (MANIN, 1987; COHEN, 1997).
- 7) Provisoriedade – As regras da deliberação, o modo como são aplicadas e os resultados dos processos deliberativos são provisórios e podem ser contestados (GUTMANN; THOMPSON, 2004; BENHABIB, 2007).
- 8) Conclusividade – A deliberação deve gerar decisão racionalmente motivada, ou seja, decorrente de razões que são persuasivas para todos (COHEN, 1997; ARAUJO, 2004).
- 9) Não tirania – A decisão deve decorrer das razões apresentadas e testadas e não de influências extrapolíticas emanadas de assimetrias de poder, riqueza ou outro tipo de desigualdade social (BOHMAN, 1996; DRYZEK, 2000b).
- 10) Autonomia – Existência de condições que possibilitem a participação igualitária e encorajem a formação deliberativa de preferências e o exercício das capacidades deliberativas. A autonomia implica que as opiniões e preferências dos participantes sejam

determinadas por eles mesmos e não por circunstâncias e relações de subordinação (COHEN 1997, 2000).

11) *Accountability* – Os argumentos utilizados pelas partes, que oferecem razões morais publicamente, devem resistir ao escrutínio de ambos os lados e podem ser revistos (GUTMANN; THOMPSON, 2000).

Para análise do desempenho de instituições participativas com natureza deliberativa como os OPs e os conselhos gestores de política as autoras, Almeida e Cunha (2009), destacam três dentre esses princípios, sendo: igualdade deliberativa, publicidade e pluralidade.

A partir da produção do conselho, no próximo capítulo será analisada a aplicabilidade dos três princípios deliberativos no espaço da instituição participativa do conselho.

2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

2.1 Igualdade Deliberativa

O primeiro princípio selecionado para análise da deliberação tanto no processo de discussão e debate como o processo decisório no espaço do conselho é a igualdade deliberativa.

Entende-se que para tomada de decisão acertada todos os conselheiros devem ter a mesma oportunidade de argumentar, isso ao se considerar a proporção dos segmentos neste fórum participativo que tem 50% de usuários. Além disso, todos os conselheiros devem ter acesso às informações necessárias para que haja equilíbrio no poder de decisão.

A análise desse princípio no espaço do conselho se deu a partir das seguintes variáveis: vocalização, participação no debate e participação com propostas. A vocalização é mensurada pelo número de falas de cada segmento; é considerado debate a ocorrência de no mínimo duas intervenções relacionadas a um mesmo tema iniciado por um dos participantes e a proposta é um posicionamento defendido no processo de discussão e de convencimento com a finalidade de apreciação e/ou votação pelo plenário do conselho.

O quadro 5 sobre vocalização por segmento refere-se a todas as falas (548) da Gestão 2012-2013 que foram registradas em ata. A média do número de falas por reuniões dessa gestão é de 24,90 com o número de 24 membros.

A primeira diferença observada foi a alta capacidade de expressão da mesa diretora⁴⁵ o que representou 28,10% do total das falas do conselho que quase se equiparou aos 28,83% da capacidade de expressão dos usuários se somadas às falas do segmento e dos atores externos da sociedade civil. No entanto, ao considerar que a capacidade de expressão deveria ser proporcional à representação dos atores nesse espaço, no caso dos usuários com 50% das cadeiras, os dados revelam que a capacidade de expressão desse segmento não corresponde ao seu peso numérico.

Com relação aos representantes do governo há uma elevada participação que totalizou 30,83% das vocalizações somadas às falas dos conselheiros representantes do segmento governo (17,33%) e as falas dos atores externos do governo (13,50%). Nota-se que o peso da participação desses atores é superior ao seu peso numérico no conselho. É importante considerar a participação dos atores externos governamentais que, apesar de não serem conselheiros, representam o posicionamento do governo no conselho e o seu parecer técnico relativo à política pública de saúde torna-se fulcral na dinâmica do processo decisório.

Já os representantes dos trabalhadores da área da saúde mantêm-se à margem do processo deliberativo, pois sua participação é praticamente insignificante (2,19 %) muito aquém do esperado e não faz jus ao peso de sua composição numérica (25% das cadeiras são destinadas à representação do segmento trabalhador) no conselho. A baixa expressão do segmento trabalhador de saúde é menor que a do segmento prestador (4,93 %) e a dos atores externos da sociedade civil (6,02 %), conforme Quadro 5 a seguir.

Quadro 5 – Vocalização por segmento (%)

Segmento	Ano 2012		Ano 2013		Total Gestão 2012-2013	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ator externo governo	21	8,61	53	17,43	74	13,50

⁴⁵ O Conselho Municipal de Saúde de Cascavel será coordenado por uma Mesa Diretora, formada entre os membros titulares e suplentes contemplando os seguintes cargos: Presidente, Vice - Presidente, 1º Secretário e 2º Secretário, sendo 02 (dois) representantes dos usuários, 01 (um) representante dos trabalhadores de saúde e 01 (um) representante dos gestores ou prestadores de serviços de saúde. (Art. 5º do Regimento Interno).

Ator externo sociedade	7	2,87	26	8,55	33	6,02
Atore externo NI	8	3,28	5	1,64	13	2,37
Segmento Governo	40	16,39	52	17,10	95	17,33
Segmento Prestador	18	7,38	9	2,96	27	4,93
Segmento Trabalhador	9	3,69	3	0,99	12	2,19
Segmento Usuário	61	25,00	64	21,05	125	22,81
Segmento Comissão	3	1,23	7	2,30	10	1,82
MP	5	2,05	0	0	5	0,91
Mesa Diretora	72	29,50	82	26,97	154	28,10
Total	244	100%	304	100%	548	100%

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Avritzer et al, 2009.

Para análise do princípio da igualdade deliberativa além da variável vocalização, também foram consideradas as variáveis: participação no debate e participação com propostas. Conforme o Quadro 6, nota-se que o padrão de participação dos segmentos não se mantém em relação à vocalização.

Com relação à variável debate, os usuários, considerados atores externos e segmento, é o ator que mais participa com debates (36,66 %). A mesa diretora apresenta uma grande influência nos debates (30 %) seguida pelo segmento governo com 20 % (somado ator externo e segmento). A participação do segmento prestador (6,67 %) se mantém maior que a do segmento trabalhador (5 %). Com relação ao Ministério Público, embora não tenha iniciado o debate em relação à proposta inicial de pauta a sua participação em duas reuniões⁴⁶ do conselho contribuiu significativamente para qualidade do debate, conforme se pode ilustrar na fala do Dr. Ângelo Mazuchi Ferreira Santana promotor de justiça de defesa da saúde, na Ata 178:

[...] que pelo que foi colocado parece não haver um problema e que o Conselho Municipal de Saúde deve dizer se há ou não um problema é para isso que o Conselho existe e precisa ter uma percepção de sua realidade e da realidade de sua cidade, parece que tudo é inventado e o que a imprensa tem noticiado é uma questão política momentânea, parece. Fala que discorda do estado quando ele diz que as coisas melhoraram que tem que ter paciência e que é isso mesmo, acha que a saúde de modo geral ela segue o que a sociedade Brasileira vem sentindo as melhoras vem acontecendo em diversos aspectos acredita sim que houve sensível melhora, as questões na saúde não são medidas pelo que já foi feito é medido pelo que nos falta, a realidade é que há pacientes esperando por um atendimento qualificado que não está recebendo, o problema não é de falta de vaga é de

⁴⁶ O promotor de saúde de Cascavel participou das reuniões realizadas nos dias 20/08/2012 que teve 22 falas dentro de um mesmo debate atinente aos leitos do SUS e 1ª reunião extraordinária no 27/08/2012 que teve 17 falas dentro do debate sobre política de saúde mental em Cascavel e 13 falas no debate sobre convênio.

colocação de pacientes em vagas qualificadas para aquelas necessidades, vocês acham que isso está acontecendo, se após as exposições concluírem que sim teremos que tomar uma posição e agir, porque pelas explicações que deram aqui vou ter que sair daqui aplaudindo pelo jeito não existe nenhum problema e não é isso que parece, existe sim uma demanda que precisa ser satisfeita existe a necessidade de ampliação se o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) vai fazer a ampliação não se sabe podemos contar com o que temos o que virá é uma promessa do Estado. (Ata 178 de 20/08/2012, p. 3).

Quanto à variável participação com proposta na tematização a mesa diretora lidera com 43,10%. Em segundo lugar, o governo apresenta 40,23 na participação com proposição sendo somados o segmento (27,01%) e ator externo (13,22%). Já o segmento usuário que apresentou alta vocalização e número significativo de debates, no tocante a apresentação de propostas tem apenas 9,19 %, somados segmento e ator externo, portanto não conseguiu traduzir sua participação em propostas. O segmento prestador apresentou 4,60% e o segmento trabalhador mantém-se à margem do processo deliberativo.

Quadro 6 - Igualdade deliberativa no CMS-Cvel

Gestão 2012-2013	Vocalização		Debate		Proposta	
Segmento	Nº	%	Nº	%	N	%
Ator externo ⁴⁷ governo	74	13,50	6	10,00	23	13,22
Ator externo sociedade	33	6,02	5	8,33	5	2,87
Atore externo NI	13	2,37	0	0	0	0
Segmento Governo	95	17,33	6	10,00	47	27,01
Segmento Prestador	27	4,93	4	6,67	8	4,60
Segmento Trabalhador	12	2,19	3	5,00	1	0,57
Segmento Usuário	125	22,81	17	28,33	11	6,32
Segmento Comissão	10	1,82	1	1,67	4	2,30
MP	5	0,91	0	0	0	0
Mesa Diretora	154	28,10	18	30,00	75	43,10
Total	548	100%	60	100 %	174	100%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Avritzer et al, 2009.

Ao se considerar a igualdade deliberativa dos conselheiros do Conselho de Saúde do Município de Cascavel, no próximo item observa-se a questão da pluralidade, tendo em vista a representação de seus membros e instituições.

2.2 Pluralidade

⁴⁷ Entende-se por ator externo (governo ou sociedade civil) pessoas que participam das reuniões do conselho, mas não são membros ou conselheiros. Podem falar debater e propor, mas sem direito a voto.

O princípio da pluralidade “exprime a diversidade e pressupõe reconhecer o outro como igual; mais do que a convivência com a diferença e tolerância (princípios liberais), indica a aposta na manifestação do conflito e na produção de acordos por meio do diálogo, apontando para o potencial autoreflexivo do conflito na construção de interesses comuns. Nessa perspectiva, a pluralidade abarca os princípios da inclusão deliberativa, da reciprocidade e da liberdade. A importância desses preceitos para a análise decorre da frequente tensão entre uma cultura política conservadora renitente e uma cultura política democrática que perpassa a criação e o funcionamento dessas instituições.” (ALMEIDA; CUNHA, 2011).

De acordo com os teóricos deliberativos a possibilidade de todos se expressarem no processo de discussão é importante para determinar a legitimidade do processo de decisão. Conforme Almeida (2010) o número de falas registradas nas reuniões, os debates e contestações se constituem como um bom indicador de valorização da pluralidade de interesses. O quadro 7 apresenta detalhadamente o número de falas realizadas desagregadas por reunião e por segmento no conselho.

Quadro 7 - Vocalização Gestão 2012-2013, desagregada por reunião do Conselho de Saúde

Nº ATA	DATA	AEGOV	AESC	AENI	GOV	PREST	TRAB	USU	COM	MD	MP	TOTAL
172	23/01/2012	0	0	0	4	0	0	7	0	0	0	11
173	13/02/2012	3	5	2	12	1	3	9	0	10	0	45
174	19/03/2012	5	0	1	1	2	0	4	0	4	0	17
175	16/04/2012	2	0	0	4	0	0	3	0	3	0	12
176	21/05/2012	1	1	0	3	1	0	4	0	7	0	17
177	16/07/2012	2	0	0	4	0	1	8	2	3	0	20
178	20/08/2012	0	0	1	6	2	2	4	0	8	2	25
1ª extra	27/08/2012	3	0	1	2	6	0	8	1	12	3	36
179	17/09/2012	0	1	1	0	2	0	4	0	5	0	13
180	15/10/2012	2	0	1	0	3	0	4	0	8	0	18
181	19/11/2012	3	0	1	4	1	3	5	0	12	0	29
182	28/01/2013	0	0	0	4	0	0	6	1	7	0	18
183	18/02/2013	5	8	5	4	0	0	7	1	5	0	35
184	18/03/2013	10	3	0	3	0	0	8	0	12	0	36
185	15/04/2013	6	0	0	3	1	0	9	2	7	0	28
186	20/05/2013	4	3	0	9	0	1	2	2	12	0	33
187	17/06/2013	3	2	0	7	2	0	5	0	4	0	23
188	19/08/2013	14	0	0	0	0	2	8	0	4	0	28
1ª extra	02/09/2013	5	1	0	5	1	0	6	1	5	0	24
189	23/09/2013	4	8	0	6	1	0	3	0	8	0	30
190	21/10/2013	2	0	0	12	4	0	6	0	15	0	39
191	02/12/2013	0	1	0	2	0	0	5	0	3	0	11
TOTAL	22 reuniões	74	33	13	95	27	12	125	10	154	5	548

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Avritzer et al, 2009.

Legenda: AEGOV= ator externo governo, AESC= ator externo sociedade civil, AENI= ator externo não identificado, GOV= segmento governo, PREST = segmento prestador, TRAB= segmento trabalhador, USU= segmento usuário, COM= segmento comissão, MD= mesa diretora, MP= Ministério Público.

Os dados do Quadro 7 demonstram que o número total de vocalização (548 falas) no Conselho corresponde a uma média de 24,90 falas por reunião, número satisfatório ao considerar que o conselho que é composto por 24 membros.

A pauta das reuniões apresenta diversos temas para deliberação. Para o sucesso da prática deliberativa é importante saber se os assuntos tratados, ao se levar em conta o alto número de falas, geraram discussão e debate entre os participantes. No CMS-CVEL a média do número de debates (60) por quantidade de reuniões realizadas (22) é de 2,72 como se pode observar no quadro que segue:

Quadro 8 - Debate Gestão 2012-2013 desagregada por reunião

Nº ATA	DATA	AEGOV	AESC	AENI	GOV	PREST	TRAB	USU	COM	MD	MP	TOTAL
172	23/01/2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
173	13/02/2012	1	0	0	1	1	1	1	0	3	0	8
174	19/03/2012	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3
175	16/04/2012	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	3
176	21/05/2012	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	4
177	16/07/2012	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3
178	20/08/2012	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
1ª extra	27/08/2012	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
179	17/09/2012	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
180	15/10/2012	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
181	19/11/2012	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	4
182	28/01/2013	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
183	18/02/2013	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
184	18/03/2013	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	4
185	15/04/2013	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
186	20/05/2013	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	4
187	17/06/2013	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3
188	19/08/2013	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
1ª extra	02/09/2013	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
189	23/09/2013	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	3
190	21/10/2013	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	5
191	02/12/2013	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	22 reuniões	6	5	0	6	4	3	17	1	18	0	60

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Avritzer et al, 2009.

Legenda: AEGOV= ator externo governo, AESC= ator externo sociedade civil, AENI= ator externo não identificado, GOV= segmento governo, PREST = segmento prestador, TRAB= segmento trabalhador, USU= segmento usuário, COM= segmento comissão, MD= mesa diretora, MP= Ministério Público.

Ao considerar que o ideal deliberativo pressupõe como fundamental a oportunidade da maior parte dos atores envolvidos expressarem suas ideias e preferências é importante observar o número de falas incluídas no debate, pois apenas a média de debates realizados por reunião não é suficiente para elaborar uma ideia da quantidade de atores que teve

oportunidade de se expressar durante o processo de discussão/debate. O quadro 9 pormenoriza o número de falas inseridas no debate que pode ser comparado com o quadro anterior.

Quadro 9 - Falas inseridas no debate Gestão 2012-2013 desagregada por reunião

Nº ATA	DATA	AEGOV	AESC	AENI	GOV	PREST	TRAB	USU	COM	MD	MP	TOTAL
172	23/01/2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
173	13/02/2012	12	-	-	-	-	-	3	-	31	-	46
174	19/03/2012	3	-	-	-	-	-	8	-	-	-	11
175	16/04/2012	-	-	-	6	-	-	3	-	-	-	9
176	21/05/2012	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	9
177	16/07/2012	-	-	-	4	-	-	7	-	-	-	11
178	20/08/2012	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	22
1ª extra	27/08/2012	-	-	-	-	-	-	13	17	-	-	30
179	17/09/2012	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	5
180	15/10/2012	-	-	-	-	6	-	7	-	-	-	13
181	19/11/2012	6	-	-	-	5	6	-	-	-	-	17
182	28/01/2013	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	5
183	18/02/2013	-	-	-	-	-	-	30	-	-	-	30
184	18/03/2013	-	12	-	-	-	-	18	-	4	-	34
185	15/04/2013	-	-	-	-	-	-	10	-	9	-	19
186	20/05/2013	-	9	-	-	-	-	-	-	11	-	20
187	17/06/2013	-	-	-	4	12	-	3	-	-	-	19
188	19/08/2013	14	-	-	-	-	-	-	-	8	-	22
1ª extra	02/09/2013	-	-	-	4	-	-	12	-	-	-	16
189	23/09/2013	-	8	-	9	-	-	-	-	5	-	22
190	21/10/2013	-	-	-	-	-	-	6	-	24	-	30
191	02/12/2013	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-
TOTAL	22 reuniões	35	29	-	27	23	6	138	17	123	-	398

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Avritzer et al, 2009.

Legenda: AEGOV= ator externo governo, AESC= ator externo sociedade civil, AENI= ator externo não identificado, GOV= segmento governo, PREST = segmento prestador, TRAB= segmento trabalhador, USU= segmento usuário, COM= segmento comissão, MD= mesa diretora, MP= Ministério Público.

Comparados os quadros 8 e 9 que apresentam o número de debates com o número de falas inseridas no debate, apesar das peculiaridades das reuniões, observa-se que a média de falas inseridas em debates é de 6,63. Esse número é relativo, pois aparentemente pode ser considerado baixo na medida em que o conselho é formado por 24 membros titulares. Mas também pode ser considerado satisfatório ao verificar o número de conselheiros presentes por reunião. Conforme, regimento interno as reuniões plenárias se instalam com a presença da maioria simples das entidades, isso significa que a partir de 13 conselheiros representantes das entidades já se tem quorum para realização da reunião. Então, em uma reunião em que participam 14 conselheiros com o número de falas inseridas no debate de 6,63 pode-se dizer que metade dos conselheiros teve a oportunidade de se expressar.

Também se deve considerar que, muitos assuntos discutidos no conselho perpassam por várias reuniões, fator este que também possibilita um maior número de atores a participarem das discussões e debates sobre determinado tema. Assim, o processo deliberativo é dinâmico e não se encerra em uma única reunião, nem mesmo em uma gestão.

Além das variáveis: número de falas, número de debates e falas inseridas no debate Almeida (2010) destaca a variável contestação como forma de discordância explícita de um conselheiro em relação a outro sobre determinado assunto. Para a autora:

Mais do que se expressar, o ideal deliberativo requer que as pessoas estejam sujeitas a argumentos divergentes entre si. Como observa Mutz (2006, p. 87) ‘as perspectivas que as pessoas defendem quando elas falam sobre política devem ser contestadas’. A importância na teoria democrática da presença de discursos com diferentes pontos de vista está relacionada à capacidade de encorajar valores democráticos e contribuir para a tolerância de diversidade de condições em relação à reivindicação e interesses dos outros. (ALMEIDA: 2009, p.86).

No Quadro 10 que segue têm-se as informações agregadas com o total de vocalização, debate, falas inseridas no debate e contestações.

Quadro 10 – Total de vocalização, debate e contestações no CMS-Cvel

Segmento	Número de falas	Número de debates	Falas inseridas no debate	Vocalização com contestação
Ator externo ⁴⁸ governo	74	6	35	3
Ator externo sociedade	33	5	29	7
Atore externo NI	13	0	-	1
Segmento Governo	95	6	27	10
Segmento Prestador	27	4	23	1
Segmento Trabalhador	12	3	6	1
Segmento Usuário	125	17	138	15
Segmento Comissão	10	1	17	0
MP	5	0	-	3
Mesa Diretora	154	18	123	9
Total	548	60	398	50

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Avritzer et al, 2009.

Conforme Quadro 10, das 398 falas inseridas no debate, 50 apresentam contestação, número elevado ao considerar a quantidade de debates (60). A média de vocalização com contestação por reunião é de 2,27. O alto grau de argumentos divergentes que o número de

⁴⁸ Entende-se por ator externo (governo ou sociedade civil) pessoas que participam das reuniões do conselho, mas não são membros ou conselheiros. Podem falar debater e propor, mas sem direito a voto.

contestação revela pode indicar a existência de dissenso e confronto em relação ao assunto em deliberação. Como exemplo pode-se citar a reunião realizada no dia 18/02/2013 na qual teve 30 falas inseridas em um único debate sobre a redução do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. Dessas 30 falas 08 são com contestação, ilustrada como a que segue:

A Professora Ana Paula dirigindo se ao Secretário de Saúde falou que o respeito é uma mão de duas vias, respeite para ser respeitado, disse estar cansada do discurso oficial, dessa engabelação toda na época de campanha o discurso é muito mais objetivo para o povo, na época de prestação de contas usa-se muito o discurso oficial cheio de termos técnicos, só que a nossa saúde precisa de atendimento já, não dá para esperar os índices os números e as estatísticas que são mostradas, em um dos debates na época de campanha o prefeito disse que esta cidade não tem problemas, como é que agora ele apresenta esse caos na administração pública municipal, o quadro apresentado pelas pessoas aqui, inclusive pela Sra. Marilda, a qual respeito muito mais que ao senhor e ao Prefeito disse se dirigindo ao Secretário de Saúde, é o reflexo da má administração pública da nossa cidade, é muito triste estarmos aqui discutindo com medo de infligirmos a Lei de Responsabilidade Fiscal enquanto as pessoas perecem nas filas e os postos continuam fechados, estamos sendo bombardeados com cortes de serviços públicos e aumentos abusivos de impostos e taxas, onde está essa cidade que não tinha problemas, se não tinha problemas em novembro o que aconteceu para chegarmos a essa situação a diminuição das receitas foram por causa das isenções concedidas para ganhar a campanha, indaga ao Secretário de Saúde o senhor sabia dessa situação antes, se sabia considero o senhor tão vil quanto esse Prefeito, se não sabia gostaria que o senhor tivesse senso de humanidade e se juntasse as pessoas não para tolher os serviços que elas necessitam, mas para ajudar e pressionar pelo que é de direito de todas elas. (Ata 183 de 18/02/2013, p.5).

Outro exemplo de fala com contestação é a primeira reunião extraordinária realizada no dia 02/09/2013, única reunião que teve a presença do prefeito, na qual teve 16 falas inseridas em dois debates, um sobre o CETRAD e outro sobre UPA. No debate sobre a localização de uma unidade de pronto atendimento – UPA, cujo tema de pauta “discutir e deliberar sobre o contrato e organização para a prestação de serviços de pediatria em Cascavel” teve 03 falas com contestação, destas:

O Sr. Laerson Matias disse que dentro da situação atual com o Hospital Santa Catarina querendo que a Pediatria saia e havendo essas mudanças a Região Norte vai ficar mais desassistida, será que não tem um terreno na Zona Norte que poderia facilitar o acesso da Zona Norte inteira em um local em que houvesse a única Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Pediátrica lá na Zona Norte prevista na reorganização da saúde, disse que não concorda que a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) três fosse no Veneza, mas ela está no Veneza e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Zona Norte está prevista para o Sanga Funda isso é relevante não é parar o projeto mas sim ver se não tem uma alternativa com um local mais centralizado e de mais fácil acesso para ser a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Zona Norte, faz a proposta que se aprove o projeto mas

que se possa estar avaliando a localização da nova Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que está prevista para o Sanga Funda e se tiver um outro local se possa estar discutindo com as lideranças da Zona Norte. Continuou dizendo que quando o Prefeito fala em uma reunião do Conselho que vai fazer um ato já é formalizar, disse que defende que seja aprovada a proposta do Prefeito, propõe para a próxima reunião discutir o Sanga Funda, porque se sabe que a Região Norte vão se revoltar vão tentar de qualquer forma impedir fecha a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Brasília, vão fazer uma revolução na Zona Norte e vão dizer que o Conselho que aprovou, porque se fosse para dar voto o Prefeito já tinha definido a transferência ele veio aqui porque sabe que vai levar pau da Zona Norte e quase perdeu a eleição por causa da Zona Norte teve que mentir e propor um hospital para a Zona Norte, eles estão consultando o Conselho e nós vamos aprovar porque não tem outra alternativa porque temos que pensar na saúde da população, mas temos também que rediscutir o Sanga Funda porque significa ter responsabilidade política pública da Zona Norte, trazer o pessoal aqui e explicar que aprovamos isso, mas queremos que tenha uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na Zona Norte em um lugar bem centralizado da Zona Norte para atender da mesma maneira que esta sendo atendido, não é passar a caneta em baixo de algo que já vem pronto porque querem apenas a nossa homologação, temos que decidir sim porque não tem algo diferente disso, para o Conselho assumir a bronca com a Zona Norte temos que discutir uma alternativa para eles e não os deixar abandonados para procurar o Veneza ou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) um, por isso que estou dizendo que aprovemos condicionado a rediscutir o Sanga Funda com a Zona Norte que merece o nosso respeito (Ata 1ª Extra 2013 de 02/09/2013, p. 5).

Considerando-se a pluralidade, o debate as falas e contestações dos conselheiros do Conselho de Saúde do Município de Cascavel, no próximo item observa-se a questão da publicidade, isso relacionado à representação de seus membros e instituições.

2.3 Publicidade

Enquanto na democracia representativa a legitimidade para o exercício do poder é conferida mediante autorização a partir do sufrágio universal, a democracia deliberativa propõe que as “decisões sejam fruto de discussões coletivas e públicas que se expressam em instituições desenhadas para o exercício efetivo dessa autoridade coletiva.” (Lüchmann, 2002).

O princípio deliberativo da publicidade será analisado a partir dos temas discutidos e decididos e da possibilidade do conselho estar aberto para participação da sociedade em geral.

Conforme regimento interno os temas tratados e as resoluções do Conselho Municipal de Saúde serão amplamente divulgados, inclusive por meio de boletim informativo próprio e pela página da internet da prefeitura. Na 175ª reunião do conselho

realizada no dia 16/04/2012 o presidente do conselho verbaliza “qualquer pessoa e principalmente os Conselheiros podem fazer denúncias ou pedir inclusão de pauta no Conselho Municipal de Saúde”.

Para discutir e tomar decisões é necessário que os atores participantes do conselho formulem propostas. No quadro que segue pode-se observar que a proposição de temas não é realizada somente pelos conselheiros, mas é aberta aos atores externos.

Quadro 11 - Propostas Gestão 2012-2013 desagregada por reunião

Nº ATA	DATA	AEGOV	AESC	AENI	GOV	PREST	TRAB	USU	COM	MD	MP	TOTAL
172	23/01/2012	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
173	13/02/2012	1	0	0	6	2	0	1	0	5	0	15
174	19/03/2012	3	0	0	3	0	0	0	0	5	0	11
175	16/04/2012	1	0	0	2	0	0	0	0	4	0	7
176	21/05/2012	0	1	0	1	0	0	0	0	10	0	12
177	16/07/2012	2	0	0	4	0	0	0	1	5	0	12
178	20/08/2012	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
1ª extra	27/08/2012	0	0	0	2	0	0	1	0	4	0	7
179	17/09/2012	0	1	0	1	1	0	1	0	4	0	8
180	15/10/2012	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	4
181	19/11/2012	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4
182	28/01/2013	0	0	0	0	0	0	2	0	6	0	8
183	18/02/2013	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
184	18/03/2013	2	0	0	3	0	0	1	0	1	0	7
185	15/04/2013	1	0	0	4	0	0	0	0	3	0	8
186	20/05/2013	2	0	0	5	0	0	1	2	4	0	14
187	17/06/2013	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	5
188	19/08/2013	6	0	0	3	0	0	0	0	2	0	11
1ª extra	02/09/2013	1	0	0	5	1	0	1	0	1	0	9
189	23/09/2013	1	2	0	2	1	0	0	0	2	0	8
190	21/10/2013	1	1	0	4	1	0	0	1	2	0	10
191	02/12/2013	-	-	-	-	-	-	1	-	5	-	6
Total	22 reuniões	23	5	0	47	8	1	11	4	75	0	174

Fonte: Avritzer et al, 2009 (com adaptações)

Legenda: AEGOV= ator externo governo, AESC= ator externo sociedade civil, AENI= ator externo não identificado, GOV= segmento governo, PREST = segmento prestador, TRAB= segmento trabalhador, USU= segmento usuário, COM= segmento comissão, MD= mesa diretora, MP= Ministério Público.

Como previsto no Regimento Interno as solicitações de temas que serão discutidos deverão ser encaminhadas por escrito à Mesa Diretora, com antecedência de dez dias das reuniões para inclusão na pauta. Isso justifica o fato desse órgão colegiado liderar o maior número de proposição. O segundo ator que mais propõe tema é o governo e atores externos ligados ao governo. O segmento usuário e atores da sociedade civil apresentam um baixo número de proposição, embora apresentem significativa vocalização em relação aos temas propostos para discussão.

Ao considerar que os conselhos de saúde possuem competências regimentais e atribuições conferidas em legislação⁴⁹ que convocam os conselheiros a discutir e deliberar sobre assuntos públicos atinentes a política de saúde realizou-se o agrupamento das trinta competências do Conselho de Saúde previstas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 453/2012 em temas para, assim, a partir dessas categorias temáticas analisar quais são os temas mais discutidos pelos conselheiros e demais atores participantes desse espaço e dentre estes quais os temas decididos pelos conselheiros, conforme mostrado no quadro 12 que segue:

Quadro 12 - Temas para discussão Gestão 2012-2013

Temas	2012	2013	TOTAL	
			Nº	%
Organização Interna	50	28	78	37,68
Questões Financeiras	5	5	10	4,83
Fiscalização e acompanhamento das ações e serviços	16	32	48	23,20
Programas e Projetos	8	3	11	5,31
Contratos, Consórcio e Convênios.	7	6	13	6,28
Conferência Municipal de Saúde	2	9	11	5,31
Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde	3	2	5	2,41
Relatório Anual de Gestão	1	1	2	0,97
Articulação com outras instâncias	-	1	1	0,48
Divulgação do Conselho	1	-	1	0,48
Educação p/ controle social	1	2	3	1,45
Convites/Avisos/ Informes	18	6	24	11,60
Total	112	95	207	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir da Resolução CNS 453/2012 e deliberações do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel (2012/2013).

O tema organização interna lidera as discussões do conselho com 37,68 % voltando-se a assuntos referentes à dinâmica de funcionamento do conselho, eleger conselheiros para compor comissões e indicação de representantes para participar em eventos.

Com 23,20% o segundo tema mais discutido foi fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde que trata de questões relacionadas com a qualidade dos

⁴⁹ Lei 8080/1990, Lei 8142/1990, Decreto 5839/2006 e Resolução CNS nº 453/2012.

serviços prestados pelas unidades básicas de saúde - UBS, unidade de pronto atendimento – UPA, vigilância em saúde, medicamentos, leitos hospitalares, habilitação de hospital, entre outros. O terceiro assunto (11,60 %) se atém a convites para participação em eventos, avisos e informações em geral. O quarto tema mais discutido foram os Contratos, Consórcio e Convênios (6,28 %) seguido dos temas Conferência Municipal de Saúde e Programas e Projetos com 5,31 % cada.

Para categorizar os temas decididos pelo conselho, considerou-se o preconizado pelo regimento interno no tocante as decisões do Conselho Municipal de Saúde que são consubstanciadas em Deliberações, Resoluções, Recomendações/Orientações, Pareceres ou Moções propostas por qualquer conselheiro para deliberação pela maioria dos conselheiros presentes na reunião plenária. Assim, conforme já mencionado, o ano de 2012 contou com 87 decisões (dessas, 47 foram deliberações, 39 resoluções e 01 parecer) e no ano de 2013 teve 89 decisões (dessas 47 deliberações, 39 resoluções, 01 parecer e 02 moções) que podem ser ilustrados conforme Quadro 13 a seguir:

Quadro 13 - Temas Decididos nas Reuniões do Conselho de Saúde de Cascavel

	2012	2013	TOTAL	
			Nº	%
Organização Interna	54	46	100	56,81
Questões Financeiras	7	5	10	5,68
Fiscalização e acompanhamento das ações e serviços	12	17	29	16,48
Programas e Projetos	4	3	7	3,98
Contratos, Consórcio e Convênios	5	3	8	4,54
Conferência Municipal de Saúde	1	11	12	6,82
Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Plano Plurianual	2	2	4	2,27
Relatório Anual de Gestão	1	1	2	1,14
Articulação com outras instâncias	1	0	1	0,57
Divulgação do Conselho	0	0	0	0
Educação p/ controle social	0	1	1	0,57
Convites/Avisos/ Informes	0	0	0	0
Total	87	89	176	100 %

Fonte: Elaborado pela autora a partir da Resolução CNS 453/2012 e resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel (2012/2013).

De acordo com o exposto no Quadro 13, os temas organização interna (56,81%) e fiscalização e acompanhamento das ações e serviços (16,48%) lideram tanto as discussões como as decisões do conselho. Em terceiro lugar está o tema conferência de saúde (6,82%) assunto que predominou no ano de 2013, ano em que foi realizada a conferência.

O tema questões financeiras que trata da questão orçamentária, prestação de contas, recursos destinados à área da saúde o qual ocupou o 6º lugar nos temas discutidos está em 4º lugar com 5,68% dentre os temas decididos, seguido do tema contrato e convênio. O Quadro 14 que segue mostra o total de temas discutidos e decididos na gestão 2012-2013:

Quadro 14 – Publicidade deliberativa no CMS-CVEL: Temas Discutidos e Decididos

Temas Discutidos e Decididos na Gestão 2012-2013	Discussão		Decisão	
	Nº	%	Nº	%
Organização Interna	78	37,68	100	56,81
Questões Financeiras	10	4,83	10	5,68
Fiscalização e acompanhamento das ações e serviços	48	23,20	29	16,48
Programas e Projetos	11	5,31	7	3,98
Contratos, Consórcio e Convênios	13	6,28	8	4,54
Conferência Municipal de Saúde	11	5,31	12	6,82
Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde	5	2,41	4	2,27
Relatório Anual de Gestão	2	0,97	2	1,14
Articulação com outras instâncias	1	0,48	1	0,57
Divulgação do Conselho	1	0,48	0	0
Educação p/ controle social	3	1,45	1	0,57
Convites/Avisos/ Informes	24	11,60	0	0
Total	207	100 %	176	100 %

Fonte: Elaborado pela autora a partir da Resolução CNS 453/2012 e resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel (2012/2013).

Com relação aos resultados produzidos pelo conselho, as resoluções são consideradas fortes modalidade de deliberação e possuem a preocupação de conferir caráter normativo as suas deliberações viabilizadoras de compromisso por parte do governo para o e seu cumprimento (FUKS, 2004). O CMS-Cvel possui um alto índice de decisões convertidas em resoluções que tratam dos seguintes temas:

Quadro 15 - Temas Decididos convertidos em Resoluções

	2012	2013	TOTAL	Total %
Organização Interna	12	7	19	24,36
Questões Financeiras	6	4	10	12,82
Fiscalização e acompanhamento das ações e serviços	9	17	26	33,33
Programas e Projetos	3	1	4	5,13
Contratos, Consórcio e Convênios	5	3	8	10,26
Conferência Municipal de Saúde	0	3	3	3,85
Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Plano Plurianual	2	2	4	5,13
Relatório Anual de Gestão	1	1	2	2,56
Articulação com outras instâncias	1	0	1	1,28
Divulgação do Conselho	0	0	0	0
Educação p/ controle social	0	1	1	1,28
Convites/Avisos/ Informes	0	0	0	0
Total	39	39	78	100%

Fonte: Elaborado pela autora a partir da Resolução CNS 453/2012 e resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel (2012/2013).

O tema que prevalece nas resoluções é a fiscalização e acompanhamento das ações e serviços (33,33%). Isso pode ser observado nas resoluções em geral, na resolução revogada, nas resoluções aprovadas “ad referendum” e especialmente em uma resolução que não foi homologada pelo secretário de saúde.

No ano de 2013, a resolução número 21⁵⁰, referente à mudança de local da estrutura de atendimento da UPA Pediatria foi revogada, a pedido do secretário de saúde, pela resolução número 34/2013 com aprovação do plenário do conselho na reunião do dia 21/10/2013. A motivação do pedido do secretário foi provocada por um membro da mesa diretora que verbalizou:

A Sra. Palmira Rangel disse que há uma Resolução do Conselho que não vai ser cumprida e que caberia ao Secretário pedir revogação dessa Resolução, porque se uma resolução não é cumprida cabe ao Conselho encaminhar para o Ministério Público o que seria uma situação muito desagradável até porque a palavra do

⁵⁰ Resolução 21- Aprovar que a Secretaria Municipal de Saúde realize a mudança de estrutura da UPA Pediátrica para a UPA Brasília e da estrutura da UPA Brasília para a UPA Veneza, assim que os recursos do Ministério da Saúde forem disponibilizados para a conclusão da UPA Veneza. (aprovada na reunião extraordinária do dia 02/09/2013).

Prefeito que na época foi dito que quando o Prefeito fala não se precisa formular proposta e isso está em Ata, disse que a Resolução era que fosse feita a mudança de estrutura da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Pediátrica para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Brasília e da estrutura da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Brasília para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Veneza então o Gestor é quem deveria pedir a revogação dessa Resolução. (Ata 190 de 21/10/2013, p. 6-7).

Com relação à resolução *ad referendum*, no ano de 2012 houve uma referente à aprovação da ampliação da Unidade de Saúde da Família do Distrito São João do Oeste em substituição a Unidade Básica de Saúde do bairro Faculdade (Res. 021/2012) e no ano de 2013 houve três resoluções *ad referendum* para aprovar o credenciamento ao Sistema Único de Saúde – SUS para prestação de serviços de radiologia da empresa CIT – Serviços de Radiologia LTDA (Res. 026/2012), aprovar os indicadores e a pactuação da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel para 2013, isso em consideração ao processo de migração do Pacto pela Saúde para o COAP – Contrato Organizativo das Ações de Saúde (Res. 027/2013) e para complementação da Resolução CMS Nº 037/2013 que aprova a habilitação do CAPs Ad III, aprovar também as duas Unidades de Acolhimento (infanto-juvenil e adulto) (Res. 038/2013).

As decisões convertidas em resolução implicam na adoção de medidas administrativas da alçada privativa do gestor do SUS e devem ser homologadas no prazo de 15 dias úteis. De todas as resoluções emitidas pela Gestão 2012-2013 do CMS-Cvel apenas uma, referente ao horário de atendimento das Unidades Básicas de Saúde, não foi homologada. No dia 18/02/2013 o plenário do conselho emitiu a Res. Nº 006 – Aprovar que o prefeito municipal revogue imediatamente o Art. 7º e o Parágrafo Único do Decreto nº 11.135, de 08 de fevereiro de 2013, para que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) voltem a atender até às 19h e 22h, conforme ocorria anteriormente ao Decreto.

A justificativa dada pelo gestor para interrupção da prestação do serviço de saúde é a contenção de despesas para manter o equilíbrio econômico-financeiro do município que extrapolou o limite de gastos com pessoal disposto na lei de responsabilidade fiscal (Lei complementar 101/2000). Além da redução no horário de atendimento, inclusive serviços essenciais como a dispensação de medicamentos, o decreto também determinou a vedação do pagamento de horas extras, o que causou prejuízo à saúde da população de Cascavel, e isso foi veiculado por órgãos da imprensa local corroborando o caos na saúde pública do município. O Quadro 16 apresenta o registro de reclamações realizadas junto à Comissão

Permanente de Saúde e Assistência Social – CPSA nos meses de fevereiro a maio de 2013, período no qual as unidades fecharam.

Quadro 16 - Reclamação por unidade de saúde na CPSA

UBS	DISTRITO SANTÁRIO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
ACLIÇÃO	I	18	10	X	2
CANCELLI	I	22	14	2	7
CASCAVEL VELHO	II	35	20	11	4
CATARATAS	II	30	12	5	X
CLAUDETE	I	19	11	X	2
COLMEIA	II	33	15	7	7
FACULDADE	I	25	8	2	X
FLORESTA	II	32	12	4	6
GUARUJÁ	I	12	4	X	X
INTERLAGOS	II	33	11	5	8
LOS ANGELES	II	21	15	3	4
PACAEMBU	II	X	2	2	X
PALMEIRAS	I	15	7	4	X
PARQUE SÃO PAULO	I	X	4	X	X
PARQUE VERDE	I	5	X	3	X
PERIOLLO	II	24	12	6	6
SANTA CRUZ	I	20	9	2	7
SANTA FELICIDADE	I	18	7	5	X
SANTOS DUMONT	I	18	5	X	7
SÃO CRISTOVÃO	II	27	5	3	5
VILA TOLENTINO	I	12	9	5	X
XIV DE NOVENBRO	I	15	11	5	5

Fonte: Comissão Permanente de Saúde e Assistência Social – CPSA, 2013.

O Ministério Público foi acionado tanto pela CPSA quanto pelo CMS-CVEL e com fulcro nos documentos contidos nos autos do incluso inquérito civil nº 0030.13.000235-2 propôs ação civil pública cumulada com pedido de antecipação de tutela contra o município de Cascavel, pessoa jurídica de direito público interno, representada pelo prefeito.

Neste cenário, destaca-se a publicidade do Conselho de Saúde do Município de Cascavel, a partir dos temas discutidos e decididos e da possibilidade do conselho estar aberto para participação da sociedade em geral. No próximo item observam-se as implicações do conselho municipal de saúde de Cascavel para a gestão da saúde em Cascavel/ PR.

2.4 As implicações do Conselho Municipal de Saúde para a gestão da Saúde em Cascavel

Conforme se destacou anteriormente, a partir da Constituição de 1988 a institucionalização dos conselhos municipais torna-se um elemento obrigatório para regulamentação de diversas áreas da política pública. Nesse sentido, o contexto político repercute e influencia no formato do desenho institucional e na organização dos conselhos. Ao analisar o contexto histórico de transição do regime autoritário que vigorou em vários países da América Latina, Dagnino (2002) identifica dois projetos políticos democráticos em oposição ao regime militar: o projeto neoliberal e projeto democrático-participativo. Conforme a autora, o projeto neoliberal possui uma visão restrita da política, bem como das funções do Estado, no sentido seletivo e excludente da sociedade civil o que configura uma noção frágil de cidadania.

O projeto democrático-participativo fundamenta-se na possibilidade de aprofundamento da democracia com a participação da sociedade nos processos decisórios de interesse público, ao considerar a sociedade civil como terreno constitutivo da política, e possui uma noção abrangente de política e cidadania como o “direito a ter direitos”.

A presença desses projetos políticos em disputa pode ser identificada na implantação das instituições participativas, como os conselhos gestores de política pública, de acordo com o ideário da elite política que pode apresentar resistência ou incentivo ao funcionamento dos conselhos.

No caso do Conselho de Saúde de Cascavel, o contexto de sua formação e consolidação, contou com uma elite política contrária a agenda de participação na gestão do município, como se pode observar no Quadro 17 que segue:

Quadro 17: Prefeitos e Partidos em Cascavel

PERÍODO	PREFEITO	PARTIDO POLÍTICO
1989-1992	Salazar Barreiros	Partido Progressista (PP)
1993 – 1996	Fidelcino Tolentino	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
1997 -2000	Salazar Barreiros	Partido Progressista (PP)
2001-2004	Edgar Bueno	Partido Democrático Trabalhista (PDT)

2005-2008	Lísias de Araújo Tomé	Partido Social Cristão (PSC)
2009-2012	Edgar Bueno	Partido Democrático Trabalhista (PDT)
2013-2016	Edgar Bueno	Partido Democrático Trabalhista (PDT)

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Site Município de Cascavel, 2014.

Ao realizar uma análise histórica do contexto político do Paraná, Nazzari (2008) identifica a presença de relações clientelistas, patrimonialistas e autoritárias na cultura política paranaense, conforme a autora:

[...] Inicialmente os colonizadores, não conseguindo dominar nem influir, encontraram aliados em uma organização social, patriarcal e latifundiária, com relações de submissão e lealdade. Portanto, desde cedo, os paranaenses conviveram com relações paternalistas e exerceram atividades políticas por meio de relações pessoais, de trocas de favores e prebendas (NAZZARI, 2008, p. 189).

Inserido nesta ótica de uma cultura política adversa a democracia participativa, pode-se destacar que o processo histórico de desenvolvimento da maioria dos conselhos municipais do Brasil contou com uma elite política que não estimulou a participação e a autonomia deste em relação ao poder executivo municipal.

Para abordar a temática das implicações do conselho na gestão em saúde local, no município de Cascavel, é pertinente verificar os instrumentos de gestão: plano de governo, plano municipal de saúde, relatório anual de gestão e também o relatório final da conferência municipal de saúde. O plano de governo da atual gestão conta com as seguintes ações e propostas para área da saúde:

- Ampliar os Conselhos Locais de Saúde, fortalecendo e democratizando o controle social nos territórios de saúde do Município;
- Implantar Redes de Assistência à Saúde (saúde mental, psicossocial, do idoso, urgência/emergência e pacientes portadores de necessidades especiais) com adoção de linhas de cuidado e protocolos de atendimento;
- Implantar sistema de remuneração salarial dos servidores da saúde baseado na Gestão por Resultados por meio de indicadores em Saúde;
- Implantar o Núcleo de Formação em Serviços de Saúde para servidores da Secretaria de Saúde, por meio da Escola de Gestão Pública;
- Ampliar equipes de atendimento do PSF (Programa de Saúde da Família);
- Ampliar a Linha Saúde na área rural do Município;
- Renovar a frota de ambulâncias da Central de Transportes Eletivos;

- Ampliar os mutirões para procedimentos cirúrgicos eletivos e ambulatoriais;
- Integrar todos os sistemas informatizados nas unidades, serviços e setores;
- Implantar a coleta de dados informatizada dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias, por meio de computadores portáteis (Palmtop);
- Implantar sistema de comunicação via SMS (mensagem de celular) com pacientes (agendamento de consultas, resultados de exames e outros serviços);
- Construir Centro de Atendimento para Animais de Pequeno e Médio Porte;
- Construir a Central de Abastecimento Farmacêutico e de Insumos;
- Estruturar o setor de Engenharia Clínica com sistema informatizado, compreendendo o gerenciamento do acervo patrimonial com planejamento da manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos;
- Construir duas UPAs (Unidade de Pronto Atendimento): na Região Norte (Floresta/Sanga Funda) e Região Oeste (Angra dos Reis/Paulo Godói);
- Elaborar projeto e destinar área para implantação do Hospital Municipal, em conjunto com Estado e União;
- Construir cinco novas USF (Unidades de Saúde da Família);
- Revitalizar as UBSs (Unidades Básicas de Saúde) quando necessário;
- Fortalecer o Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas;
- Ampliar o atendimento a dependentes químicos, principalmente por meio do Cetrad (Centro de Tratamento de Dependentes de Álcool e Drogas).

Dentre essas vinte propostas, duas estão diretamente relacionadas à instância participativa do conselho, uma especificamente voltada ao fortalecimento do conselho antidrogas e a outra à ampliação dos conselhos locais de saúde.

Com relação aos serviços de atenção primária de saúde, as três propostas (ampliar equipes de atendimento do PSF, construir cinco novas USF e revitalizar as UBSs) apresentadas pelo plano de governo são insuficientes se for considerado o preconizado pelo ordenamento sanitário. Conforme documento elaborado pela 10ª Regional de Saúde Cascavel em 2013, requisitado pelo Ministério Público, deveriam existir 73 equipes de saúde da família⁵¹, mas só existem efetivamente 14 equipes de saúde da família, perfazendo uma cobertura populacional de 16,69%.

Esse processo de reestruturação da atenção primária em saúde implica no reconhecimento da necessidade de aumentar tanto o número de Unidades Básicas de Saúde

⁵¹ O município de Cascavel está habilitado no programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica-PMAQ-AB regido pela portaria 1654/11 que destina recurso federal para se aplicado nas UBS e ESF que deve ser formada por mínimo 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS com carga populacional máxima de 4000 habitantes por ESF. Com base nesse cálculo de uma equipe de ESF para cada 4 mil habitantes, Cascavel com a população de 286 mil habitantes deveria ter no mínimo 71 unidades de atenção primária, mas possui segundo o Cadastro Nacional de Serviços e Estabelecimentos de Saúde, 12 ESF e 24 UBS, totalizando 36 serviços de atenção primária em saúde, ou seja, metade do mínimo exigido.

como o de Equipes de Saúde da Família. Tal necessidade foi formalizada no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, que listou como metas: construção, reforma e ampliação das UBS. Os objetivos norteadores do plano de saúde são os seguintes:

- **Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS por meio de estratégias de atendimento integral a saúde da população**, de modo a promover a articulação intersetorial e com os demais níveis de atenção à saúde;
- Reorganizar a atenção ambulatorial e hospitalar especializada, tendo em vista a integralidade da atenção à saúde e sua articulação com a atenção básica;
- Consolidar a Política Nacional de Atenção às Urgências, promovendo o acolhimento do usuário em situação de risco e garantindo um tratamento rápido e oportuno;
- Ampliar a qualidade e a resolutividade do atendimento em todos os níveis de atenção por meio de políticas de valorização do usuário e do trabalhador em saúde, bem como, por meio da incorporação de novas tecnologias.

Dentre as metas previstas para o período de 2012-2013 para expansão e consolidação da atenção básica em saúde consta “promover a participação social por meio da implantação de Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades Saúde da Família” e dentre as inúmeras ações “promover a interação da Secretaria de Saúde e Conselho Municipal junto à comunidade, visando à divulgação e conhecimento das políticas de saúde”. (PMS. Cascavel, 2010-2013, p. 40; 46).

Conforme a Lei complementar 141/2012 o processo de planejamento da saúde será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos conselhos de saúde, para estabelecimento de prioridades, sendo compatibilizadas as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Com relação à participação da comunidade destaca-se no plano o item “aprimoramento dos processos de participação social no SUS” que se compromete com o fortalecimento da gestão democrática do SUS por meio da implementação das propostas oriundas da 10ª Conferência e da qualificação de conselheiros de saúde.

Na contramão do processo de estruturação da atenção básica, e democratização da política pública de saúde, contemplada tanto no plano de governo como no plano municipal

de saúde, o gestor municipal além de não ampliar a oferta dos serviços ainda diminuiu a prestação de serviços já existentes com a redução pela metade do atendimento das UBS.

A decisão de fechamento das UBS⁵² com a finalidade de adequar a folha de pagamento à lei de responsabilidade fiscal por parte do gestor desconsiderou o princípio da participação da comunidade nas medidas sanitárias que a afetam, pois não ouviu a voz da comunidade por meio do conselho municipal de saúde e após execução de sua decisão desconsiderou o posicionamento e deliberação do conselho via resolução.

Com relação ao relatório anual de gestão - RAG 2013⁵³ as três propostas (ampliar equipes de atendimento do PSF, construir cinco novas USF e revitalizar as UBSs) para atenção primária, não foram executadas de forma satisfatórias, visto as reclamações e demandas visíveis nas filas e reclamações da população atendida nas UPAS e amplamente divulgadas pela mídia.

No RAG 2013 também se destaca o primeiro objetivo da diretriz referente à gestão em saúde: “aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão de modo a efetivar o comando único do sistema na esfera municipal e aprimorar os processos de negociação e pactuação, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas regionais e locais.” Para atingir esse objetivo foram elencadas ações como ampliar a divulgação e realização das pré-conferências de saúde e realização da 11ª conferência municipal de saúde, capacitação dos conselheiros de saúde, criação de 10 conselhos locais de saúde, elaboração anual de quatro boletins informativos do conselho de saúde para divulgar as ações desenvolvidas pelo conselho. Destas ações, as três primeiras foram executadas e as duas últimas foram executadas parcialmente.

Com relação à diretriz 1 referente as linhas de atenção, a atenção secundária teve como objetivo: “reorganizar a atenção ambulatorial e hospitalar especializada, tendo em vista a integralidade da atenção à saúde e sua articulação com a atenção básica”. Para atender este objetivo foram estipuladas doze ações com previsão de metas para cada ação, destas, dez foram executadas, uma executada parcialmente e uma não foi executada.

⁵² É pertinente mencionar que segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – Portaria 2206/11 o financiamento da atenção primária em saúde se dá em composição tripartite (União, Estados, Municípios), sendo que a parcela federal é chamada de Piso da Atenção Básica (PAB) que compõe o bloco de financiamento “Bloco Atenção Básica” repassado via fundo de saúde, sendo que os valores do recurso por município estão disponibilizados no site do ministério da saúde.

⁵³ Disponível em <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus>.

Para alta complexidade o objetivo é “consolidar a política nacional de atenção às urgências, promovendo o acolhimento do usuário em situação de risco e garantindo um tratamento rápido e oportuno”. Para atender a esse objetivo foram elencadas dez ações, das quais seis foram realizadas, duas realizadas parcialmente e duas não realizadas.

No relatório final da 11ª Conferência Municipal de Saúde de Cascavel-PR/2013 cujo tema “Saúde Pública em Cascavel: o que temos é o que queremos?” as propostas eleitas foram agregadas em 12 tópicos: atenção básica, vigilância em saúde, atenção especializada, gestão de investimentos, gestão de pessoas, saúde mental, saúde bucal, assistência farmacêutica, urgência e emergência, controle social, serviços de apoio e controle, avaliação e auditoria. Dentre os tópicos citados optou-se por citar algumas das propostas relativas à atenção básica e controle social. A atenção básica contou com 37 propostas das quais se destaca a reabertura das UBS para atendimento em tempo integral, implantação de equipes USF em 100% do território com cobertura total da população, acabar com as filas no atendimento das UBS e USF, ampliação do atendimento das UBS preferencialmente de modo a transformar em equipes de USF.

Por sua vez, o item controle social contou com apenas três propostas, sendo o custeio de transporte e alimentação como mecanismo de proporcionar a participação popular nos espaços de controle social; criação de conselhos locais de saúde nas unidades que não possuem e monitoramento e cobrança, por meio do conselho municipal e conselhos locais de saúde com acompanhamento e informações pelas UBSs e USFs para avaliação contínua das propostas apresentadas e seus trâmites.

As implicações do conselho municipal de Cascavel para a gestão local apresentou um incremento da participação popular nas deliberações/resoluções do conselho convertendo em ações para política de saúde, de forma tímida e incipiente, visto o impacto da cultura política.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das regras de funcionamento do CMS-Cvel indica que esta instituição está em constante mudança e renovação. Os dados revelam que tal mudança é positiva, na perspectiva de maior abertura deste espaço à participação da sociedade civil, o que pode ser

confirmado nas regras dispostas para o cargo de presidente, às propostas e introdução de ponto de pauta, a possibilidade de fala aos atores externos e a discriminação positiva de 50% ao segmento usuário.

Com relação à sua estrutura e dinâmica de atividades, pode-se observar a capacidade para o desenvolvimento das atividades administrativas e participativas por meio da periodicidade das reuniões, da divisão administrativa do conselho em mesa diretora, secretaria executiva e câmaras técnicas com a finalidade de qualificar o processo de debate.

Quanto à definição das entidades indicadas no regimento interno, para a representação da sociedade civil no conselho observa-se que a participação de antigos conselheiros militantes ao mesmo tempo em que contribuem com sua experiência também reduz a possibilidade de renovação e influência de novas entidades na medida em que não abrem mão de sua representatividade no conselho.

A análise da prática deliberativa, por meio dos princípios de igualdade, pluralidade e publicidade revela que há um equilíbrio entre o processo discursivo e decisório, na medida em que 85% dos temas discutidos (207) são convertidos em decisão (176) conforme se pode verificar no quadro 14, e dos temas decididos 44,31% são convertidos em resoluções como demonstrado no quadro 15. Assim, o conselho consegue fazer valer suas decisões a partir da criação de resoluções, no entanto, não existe nenhum instrumento para avaliar a concretização ou não das resoluções do conselho.

O segmento dos usuários apresenta alta vocalização e expressiva participação no debate, porém não consegue traduzir isso na apresentação de propostas. A participação com proposta na tematização é liderada pela mesa diretora e segmento governo corroborando para que estes atores com menor peso numérico participem em pé de igualdade com os demais conselheiros, de maneira a fazer jus a sua influência nos recursos políticos e poder de persuasão em decorrência do conhecimento técnico que possuem.

Foi verificada alta presença de deliberações sobre diversos temas públicos em sua grande maioria sobre a organização interna e fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde. Esses dados revelam a capacidade do conselho no controle da prestação de contas e serviços prestados pelo estado em detrimento da formulação das políticas. Ao abordar o tema espaço deliberativo do conselho, Tatagiba destaca que:

De fato, em alguns casos, um conselho bem-sucedido pode não ter sua ação diretamente relacionada à deliberação (“induzir o estado à ação”), mas ao controle

social do Estado (no sentido fiscalizatório, que visa “impedir o Estado de transgredir”), ou a uma eficiente vocalização das demandas, ou a uma junção feliz dessas características. Conselhos com baixa capacidade deliberativa podem ser fortes no controle da aplicação dos recursos orçamentários ou na execução dos programas e projetos. Num país onde as denúncias de corrupção e de desvio do dinheiro público se sucedem num ritmo alucinante, as possibilidades de sucesso das políticas dependem, e muito, do olhar atento da sociedade sobre o destino do dinheiro público (TATAGIBA, 2002, p. 91).

Neste sentido é possível afirmar que o conselho possui baixa capacidade na proposição de temas relacionados a programas e projetos (5,31%), ao Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde (2,41%) e Relatório Anual de Gestão (0,97%) ao comparar com a discussão dos temas organização interna (37,68%) e Fiscalização e acompanhamento das ações e serviços (23,22%). Esse dado comprova um reduzido poder de influência no processo de definição da política pública de saúde local.

A limitação do conselho na “formulação de estratégias para a política de saúde” e sua capacidade no “controle e execução da política” está relacionada ao contexto histórico e social mais amplo com uma elite política que não estimulou a participação e a autonomia do conselho em relação ao poder executivo municipal. Ao sintetizar estudos sobre conselhos gestores Tatagiba (2002) alerta que este é um contexto que conspira contra o sucesso e a efetividade das experiências participativas e aponta o risco de, nesse contexto tão adverso, sob o pretexto de fortalecimento da sociedade civil, a atuação dos conselhos pode reforçar as práticas em curso de desresponsabilização do Estado. Assim o contexto social e um projeto político voltado para transformação do Estado e sociedade, têm grande influência no sucesso da prática deliberativa do conselho.

O CMS-Cvel, ao longo de sua existência, apresentou avanços no formato do seu desenho institucional, de modo a contribuir com a democratização de relações sociais e políticas bem como no controle social da gestão pública. O incremento da participação popular nas deliberações/resoluções do conselho convertendo em ações para política de saúde, de forma tímida e incipiente, visto o impacto da cultura política.

Assim, os limites provenientes do contexto social mais amplo como, por exemplo, a sua natureza setorial e fragmentada e a cultura política, reduz o âmbito de atuação e o potencial do conselho. A compreensão desses limites é fulcral para minimizar as frustrações provenientes das inúmeras expectativas que a sociedade deposita sobre esse espaço de lutas.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. C. R. Metamorfose da representação política: lições práticas dos conselhos de saúde no Brasil. In: AVRITZER, L. (Org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 129-74.

_____.; CUNHA, E.S.M. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. In: PIRES, R.R.C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. P.109-123.

ARAÚJO, Cícero. 2004. Razão pública, bem comum e decisão democrática. In: COELHO, Vera Schattan P. e NOBRE, Marcos (org.). **Participação e deliberação: teoria democrática experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 34, p. 157-69.

AVRITZER Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, vol. 14, nº 1, junho, 2008.

_____. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. In: **Dados**. Rio de Janeiro, v. 50, p. 443-464, 2007.

_____. 2007. A participação social no Nordeste. Belo Horizonte, Editora UFMG.

_____.; NAVARRO, Zander (orgs.). 2003. **A inovação democrática no Brasil: o orçamento participativo**. São Paulo: Cortez.

_____. **Teoria democrática e deliberação pública**. *Lua Nova*, 2000, no. 50, p.25-46.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 23/01/2012.

BRASIL. **Lei 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 23/01/2012.

BRASIL. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 23 de jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 333 de 04 de novembro de 2003**. Dispõe sobre as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/resolucao_333.pdf. Acesso em 23/01/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 453 de 10 de maio de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes para a instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012rep.html. Acesso 31 de ago. de 2012.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para Conselheiros de Saúde**. Brasília: TCU. 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.

COELHO, Vera S.P. 2004. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO, Vera Schattan P e NOBRE Marcos (org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 34, p. 255-269.

_____. *et al.* Mobilização e participação: um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo. In: AVRITZER, L. **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: TRINDADE, L. (org.). **Saúde e democracia história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. **Serviço Social e Saúde**. Brasília: Cortez Editora, 2008.

CORTÊS, Soraya Vargas (Org.). **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. 2004. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JUNIOR, Orlando A.; RIBEIRO, Luiz Cesar de Q. AZEVEDO, Sergio de. **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, p. 249-279.

CUNHA, Eleonora S. M. A efetividade deliberativa dos conselhos municipais de saúde e de criança e adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, Leonardo (org.). **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

DAGNINO, Evelina. 2002. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: _____. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, p. 279-302.

DAHL, Robert A. **Poliarquia: Participação e Oposição**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

DOMBROWSKI, Osmir. Os conselhos vistos por fora: um estudo sobre a institucionalização dos conselhos municipais. In: **Revista Tempo da Ciência**, Toledo, v.14, n.27, p.121-134, 1º semestre 2007.

ESCOREL, S. /MOREIRA, M.R. 2012. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.979-1010.

_____. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. **Participação e Democracia em Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

FARIA, Cláudia Feres. Democracia deliberativa: Habermas, Cohen e Bohman. **Lua Nova**, São Paulo, n. 50, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 20 jan. 2014.

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

FERNANDES, A.S.A. & Coêlho, D.B. Conselhos Municipais de saúde de Porto Alegre e Salvador: a influência do contexto político e os determinantes da efetividade deliberativa. In: AVRITZER, L. (Org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 333-365.

FUKS, Mário. 2004. Democracia e participação no Conselho Municipal e Saúde de Curitiba (1999-2001). In: PERISSINOTTO, Renato, SOUZA, Nelson & FUKS, Mário (orgs.) **Democracia e Participação os conselhos gestores do Paraná**. Curitiba: UFPR, 2004, p.13-44.

GURZA LAVALLE, Adrian; HOUTZAGER, Peter; CASTELLO, Graziela. Representação, Pluralização da Representação e Sociedade Civil. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n.67, p.49-103, 2006.

GOHN, M. G. 2011. **Movimentos sociais no início do século XXI**: antigos e novos atores sociais. 5ª Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

IBGE. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em 30 fev. de 2014.

IPARDES/PR. **Caderno estatístico do município de Cascavel**. Disponível em www.ipardes.gov.br.

LABRA, M.E. **Conselhos de Saúde**: dilemas, avanços e desafios. . In: TRINDADE, L. (org.). Saúde e democracia história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LUCHMANN, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n.70, p.139-170, 2007.

_____. Os sentidos da representação política nas instituições participativas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 33. 2009, Caxambu. **Anais...** Caxambu, 26 a 30 out. 2009.

_____. Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas: desafios do desenho institucional. Revista de Ciências Sociais Unisinos, São Leopoldo, RS, n.161, p.43-79. jul./dez., 2002

_____.; BORBA, J. Estruturas de oportunidades políticas e participação: uma análise a partir de institucionalidades emergentes. In: **Encontro Anual da ANPOCS**, 31, 2007, Caxambu, MG. Seminário temático estrutura social, ação coletiva e poder político. Caxambu: ANPOCS, 2007. Disponível em: http://201.48.149.89/anpocs/arquivos/15_10_2007_11_54_29.pdf. Acesso em: 22 set. 2013.

MERCADANTE, O. “Conselhos Municipais de Saúde”. In: **Informativos Cepam**, São Paulo, 1999, p.95-99.

MOREIRA, M.T. “Instâncias deliberativas dos sistemas descentralizados e participativos das políticas públicas de cunho social: contorno jurídico dos conselhos”. In: **Informativos Cepam**, São Paulo, 1999, pp.65-69.

Município de Cascavel (2014). **Dados**. Disponível: <http://www.cascavel.pr.gov.br/ex-prefeitos.php>. Acesso em 25 jan. de 2014.

NAZZARI, R. K. **Socialização Política e Construção da cidadania no Paraná**. Cascavel: Edunioeste, 2008.

PIRES, R. R. C.; VAZ, A. C. N. Participação faz diferença? Uma avaliação das características e efeitos da institucionalização da participação nos municípios brasileiros. In: AVRITZER, L. (Org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 253-304.

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

RAICHELIS, Raquel e Luiz Eduardo W. WANDERLEY 2001. **Gestão pública democrática no contexto do Mercosul**. Disponível em: <http://168.96.200.17/ar/libros/sierra/wanderley.pdf>. Acesso em 29/10/2012.

SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.

SILVA, Silvio Fernandes. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas**; prefácio de Maria Cecília de Souza Minayo. São Paulo: Hucitec, 2001.

SIMIONATO, I.; NOGUEIRA, V.M. 1995. **Política de Saúde – do projeto formal à prática concreta**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, p.53-60.

SIMÕES, M.L. O papel do conselho municipal de saúde na definição das políticas do município de Cascavel, 2004. **Monografia** do curso de especialização em saúde pública – UNIOESTE, Campus de Cascavel.

TATAGIBA, Luciana. 2002. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (org.). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo, Paz e Terra, p. 17-45.

TONINI, N.S./MARASCHIN, M.S. 2013. Aula ministrada na disciplina “**Planejamento, gestão e avaliação de programas e serviços de saúde**” (carga horária 60 horas/aula) da especialização em Saúde Pública da UNIOESTE de Cascavel, 2013.

URBINATI, Nadia. O que torna a Representação Democrática? **Revista Lua Nova**, São Paulo, n.67, 2006.

WAMPLER, Brian; AVRITZER, Leonardo. 2004. Públicos participativos: sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático. In: COELHO, V.S.P. e NOBRE, M. **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 34, p. 210-238.

WAMPLER, Brian. Instituições participativas como “enxertos” na estrutura do estado: a importância de contextos, atores e suas estratégias. In PIRES, R.R.C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2011. P.151-158.

WIKIPEDIA. **Mapa da localização do Município de Cascavel**. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Parana_Municip_Cascavel.svg . (2014).