

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE ARACATI-CE



Carlúcio Germano da Silva



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

CARLÚCIO GERMANO DA SILVA

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO
NO MUNICÍPIO DE ARACATI-CE

1ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

1ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

SILVA, CARLÚCIO GERMANO DA
S586A ANÁLISE DA EFETIVIDADE DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM
ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE ARACATI-CE
/ CARLÚCIO GERMANO DA SILVA. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2022

25 f.: il

DOI: 10.37423/2022.edcl592

ISBN: 978-65-5367-177-5

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. conselho 2. saúde 3. efetividade I. SILVA, CARLÚCIO GERMANO DA II. Título

CDU: 340

<https://doi.org/10.37423/2022.edcl592>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

Dr. João Luís Ribeiro Ulhôa

Dra. Eyde Cristianne Saraiva-Bonatto

MSc. Frederico Celestino Barbosa

MSc. Carlos Eduardo de Oliveira Gontijo

MSc. Plínio Ferreira Pires

Editora Conhecimento Livre

Piracanjuba-GO

2022



10.37423/2022.edcl592



NOTA DO AUTOR

A relação gestão-democracia é tema cercado de controvérsia e, hoje, considerando o quadro político-administrativo brasileiro, exsurge como uma discussão importante. Nesse contexto, neste livro, analisa-se o caso do Conselho Municipal de Saúde de Aracati, Ceará com o intuito de saber se a atuação desse colegiado tem efetivamente promovido o desenvolvimento da saúde ou apenas funcionado como mero cumprimento da lei. Para isso, lança-se mão de uma pesquisa em forma de estudo de caso, estribada em método exploratório e descritivo, instrumentalizada por questionário em escala de Likert de 1 a 5 e com 26 questões e 25 respondentes e observação participante. Ao final, concluiu-se que falta ao Conselho percorrer um longo caminho rumo a uma atuação que gere desenvolvimento substancial da saúde pública. Com a aplicação do questionário, obteve-se média geral de 2,76 pontos. Foram utilizados basicamente 3 indicadores: identidade institucional, independência funcional e interação com a população representada, sendo que os resultados não foram positivos, mostrando as deficiências que acometem o funcionamento do referido Conselho, pelo que assume realmente o caráter de mera formalidade legal. Nesse aspecto, como sugestão de melhoramento, propõe-se a formulação de uma política pública que fomente a participação popular e a formação/qualificação continuada dos Conselheiros, além de aportes estruturais à instituição, como sede própria.

1. INTRODUÇÃO

Não obstante seu caráter extremamente jovem e o quanto ainda tem pela frente no caminho evolutivo, a democracia brasileira constitui-se objeto de estudo importante na perspectiva da teoria do desenvolvimento como liberdade (Sen, 1999). Nesse particular, não é suficiente falar em democracia somente na forma representativa tradicionalizada em nossa República, com controle e participação social apenas nas eleições periódicas de representantes do povo. Há que se ir além e atender ao que se entende por pluralismo político e participação social na gestão das políticas públicas, fazendo-se notar os benefícios daí decorrentes.

À vista disso, neste trabalho, figura como objetivo analisar a atuação do Conselho Municipal de Saúde do município de Aracati, Ceará e perquirir se esse colegiado tem promovido desenvolvimento em saúde ou figura apenas por mera formalidade legal. Pretende-se ir além do desenvolvimento e sucesso administrativo medidos pela régua exclusiva da eficiência para colocar em pauta a democracia participativa possivelmente promovida por esse colegiado.

Ora, é indiscutível que, em matéria de desenvolvimento em saúde, há que se ir além dos indicadores de eficiência isolados que revelam quantitativamente o funcionamento do gasto público, especialmente sob o corte temporal da redemocratização, à luz do marco legal da CRFB/1988, quando aparece a figura dos Conselhos Municipais. Em última análise, tem-se por hipótese teórica que o Conselho de Saúde de Aracati, não obstante seu papel institucional fortemente fundado na *accountability*¹ e participação popular no policy process, tem funcionado mais como mera formalidade que como ferramenta de efetiva promoção do desenvolvimento da saúde pela participação popular.

Nesse contexto, convém dizer, a importância e amplitude do estudo em tela dá-se em razão do mimetismo político-administrativo que permeia a grande maioria dos municípios brasileiros. É que, mesmo possuindo dimensões continentais, o Brasil tem uma cultura político-administrativa municipal marcada por traços comuns, que derivam tanto de aspectos cognitivo-culturais quanto estruturais propriamente ditos. É aí que o estudo do caso do município de Aracati, não obstante sua pouca representatividade estatístico-quantitativa, qualitativa e empiricamente pode explicar, sob o prisma da saúde pública municipal, a importância da relação sociedade civil – sociedade política para o desenvolvimento em saúde.

2. NOTA METODOLÓGICA

No desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma pesquisa exploratória e descritiva em forma de estudo de caso e com forte apoio na observação participante. Nesse passo, conforme Gil (1999), pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Segundo Beuren et al. (2003), as pesquisas exploratórias podem ter as seguintes finalidades: proporcionar maiores informações sobre o assunto que se vai investigar; facilitar a delimitação do tema de pesquisa; orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses; ou descobrir um novo tipo de enfoque sobre o assunto. Nesse particular, serão utilizados dados oficiais do IBGE, do DATASUS e SIASAR para entendimento da realidade da saúde em Aracati.

Já a pesquisa descritiva, de acordo com Silva e Menezes (2000, p.21), “[...] visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” e envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados como questionário e observação sistemática. A esse respeito, conforme Marconi e Lakatos (2006), a pesquisa descritiva aborda também quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais.

Assim, neste estudo, utiliza-se a pesquisa descritiva instrumentalizada por uma pesquisa de opinião, a qual, segundo Almeida (1996), visa identificar a opinião de uma comunidade, constatar falhas, descrever condutas e reconhecer interesses e outros comportamentos para a tomada de decisões.

Procura-se, assim, atender ao que postula Yin (2005), para quem o estudo de caso busca “investigar um fenômeno contemporâneo, no contexto da vida real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão perfeitamente delimitadas” (p. 13). Ao discutir a pertinência dos estudos de caso como “experiências únicas”, Yin (2005) afirma que essas situações se justificam quando a experiência é ilustrativa. Em relação ao Aracati, esse cenário é adequado à proposta do autor supra, eis que serve como modelo à demonstração aqui proposta e que, provavelmente, dá-se em diversos municípios do Brasil. Outro fator que fez a pesquisa em tela recair sobre o município de Aracati é a proximidade geográfica com a sede do curso no PROFIAP-ANPAD-UFERSA, no que dista apenas 90 quilômetros.

2.1. OS INSTRUMENTOS

A partir da aplicação de um questionário montado em escala de Likert com 5 níveis de respostas em que: 1: Muito parecido com nossa organização; 2: Parecido com nossa organização; 3: Não sei, tenho dúvidas; 4: Diferente de nossa organização; 5: Muito diferente de nossa organização, buscou-se traçar o perfil da situação atual do Conselho analisado.

No caso, 25 pessoas responderam às questões. Ressalte-se que foi considerado adequado esse quantitativo na amostra devido ao número de pessoas presentes na Conferência Municipal de Saúde, que contou com aproximadamente 120 participantes (assim, a amostra representa 20% da população). Ademais, para equilíbrio e representatividade na análise, a amostra foi dividida estrategicamente em três seguimentos: população em geral, conselheiros de saúde e servidores da saúde municipal, triangulando a análise, conforme esclarece gráfico abaixo:



Gráfico 1 – seguimento dos respondentes. Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

Essa divisão é estratégica, pois possibilita que seja levada em consideração a opinião dos três seguimentos considerados *stakeholders* no contexto desenvolvimento em saúde pública – democracia participativa através do Conselho de Saúde de Aracati.

Para a construção da presente pesquisa, partiu-se da hipótese segundo a qual o Conselho de Saúde de Aracati não possui estrutura organizacional sólida e encontra obstáculos de várias ordens (sendo inviável testilhar todas essas minúcias neste trabalho); mas que, dentre essas dificuldades, poderiam ser destacadas especialmente três: identidade institucional, independência funcional e interação com a população representada (retroalimentação). Isso norteou a elaboração das perguntas que compõem o questionário aplicado.

Por fim, ainda quanto aos instrumentos, recorreu-se aos dados oficiais em demonstrações gráficas com informações do IBGE e o total de três visitas de campo para amparar as conclusões lançadas ao final desta pesquisa. Essas presenças deram-se num ciclo que totalizou 6 encontros (dos quais comparecemos em 2) promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde para discussão e elaboração da política de saúde do município e tomada de decisões quanto à elaboração do PPA². As 5 primeiras reuniões deram-se a título de pré-conferência de saúde e a sexta, ocorrida em 06 de julho de 2017, encerrou o ciclo com a Conferência Municipal de Saúde de Aracati com o tema “Construir o SUS que queremos é colocar as pessoas em primeiro lugar”.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

No campo dos estudos administracionistas, é tradição partir-se de uma abordagem que tende a dicotomizar os conceitos de Administração Pública e Política, como se essa estrutura governamental não funcionasse no *policy process*. Nesse particular, cabe dizer, na esteira de Denhardt (2012), política e administração não são conceitos dicotômicos/antagônicos, mas, sim, abordagens transversais de problemas em comum.

Nessa esfera, a discussão do êxito administrativo além da eficiência e sob aspectos da política não é nova. Pelo contrário, esse campo já foi amplamente discutido por alguns teóricos clássicos, o que nos permite enxergar a importância da abordagem aqui proposta. Entrementes, ainda hoje há quem se limite a estudar as organizações públicas sob o enfoque exclusivamente estruturalista, sem considerar as relações de poder que permeiam esse processo.

É como disseram Motta e Vasconcelos (2006) para quem os problemas comportamentais e organizacionais, de acordo com a Escola Clássica de Administração, eram fruto da difícil operacionalização dos princípios de uma ciência da administração que estava sendo progressivamente construída. E concluem noticiando que, para os expoentes daquela escola, o importante era aperfeiçoar as regras e estruturas e, a partir disso, os problemas se resolveriam.

A propósito, esse campo de discussão já foi adequadamente percorrido pelo precitado Denhardt (2012, p. 163) ao afirmar que:

(...) a visão de que as organizações públicas constituem parte do *policy process* abre novos caminhos para as teorias da organização pública. Em primeiro lugar, é possível considerar as organizações públicas parte integrante do processo político. Isto é, em vez de imaginar que a administração está separada da política, a perspectiva da política pública confirma que os membros das organizações públicas exercem papel importante na formulação de políticas, que a influência deles é amplamente sentida no *design* das políticas e programas e que eles continuam a dar forma às políticas por meio de seus esforços de implementação, mesmo depois de as políticas terem sido enunciadas pelo legislativo, executivo ou judiciário. De acordo com essa visão, é difícil justificar a dicotomia entre política e administração. Em segundo lugar, a orientação para a política pelo menos sugere a possibilidade de se lançar um olhar axiologicamente crítico, e não apenas instrumental, ao estudo da organização pública.

A esse respeito é enfático Amartya Sen (1999), ao citar Rawls (2001), no que afirma que “a democracia tem de ser vista não apenas em termos de cédulas e votos, mas primariamente em termos de ‘racionalidade pública’, inclusive a oportunidade para discussão pública e também como participação

interativa e encontro racional”. E conclui o referido autor que “a democracia tem de tomar a forma de uma racionalidade pública construtiva e eficaz”.

Não basta enxergar o desenvolvimento exclusivamente sob aspectos econômicos, numa busca irrefragável por eficiência próxima ao que propugnou Gulick (1937) ao destacar que, “na ciência da administração, pública ou privada, o bem primordial é a eficiência”. É que há o elemento político, a realidade humana que, sob o prisma ambiental, não pode escapar a uma análise atual do problema. E é justamente nessa perspectiva que se desenrola o presente trabalho.

3.1 PARTICIPAÇÃO SOCIAL: BREVE HISTÓRICO

Apontam alguns analistas que o histórico político do Brasil apresenta um déficit democrático, o qual se faz mais sensível no âmbito municipal, onde práticas como o clientelismo e o coronelismo originados de uma herança ibérica (BUARQUE, 1995), dentre outras práticas patrimonialistas, concorrem para a tomada de decisões sem o mínimo lastro de legitimidade e participação social, o que, conseqüentemente, prejudica o desenvolvimento nas referidas áreas. O que se vê, ainda, é o processo político a favor da patronagem (GRAHAM, 1997).

Esse ranço autoritário-patrimonialista histórico e ainda hoje característico de nossos modelos de gestão pública fez com que o modelo participativo instrumentalizado pelos Conselhos Gestores fosse, por muito tempo, ignorado quanto à sua importância e atuação, pois que se assumira como ideal ótimo de democracia a promovida preferencialmente por mecanismos indiretos que deixassem as *polities* a cargo de um Executivo Centralista (WHITE, 1948), ao que, no Brasil, o povo ainda funciona majoritariamente como mero legitimador das ações dos governantes, satisfeito com o mero sufrágio, num tipo de “transferência de responsabilidades e poder” para os eleitos.

Após esse vácuo participativo, o pluralismo ou, para alguns, a *poliarquia* (DAHL, 1997), entra em cena em nossa jovem República e se consolida com a Constituição Federal de 1988. A partir daí o cenário das relações sociedade política – sociedade civil assume outra roupagem e os Conselhos Municipais tomam parte no jogo político-social-administrativo como instituição atuante no processo das escolhas públicas, assumindo importante papel na promoção do desenvolvimento na área da saúde, além do característico controle (*accountability*).

4. SURGIMENTO DOS CONSELHOS: DO BRASIL AO ARACATI

O gasto público no Brasil sempre foi objeto de polêmica, tanto pela sua má qualidade quanto pela eleição das prioridades estatais. Até mesmo no período pós-redemocratização, permaneceu-se com foco nas políticas de contenção dos gastos públicos e ajustes fiscais, deixando-se de lado temas como políticas sociais e democracia, a pretexto de se manter a “saúde fiscal do país”. O que se observa é que, com a elevação dos municípios à categoria de ente federativo, muita coisa mudou, visto que a prestação de vários serviços passou a ser de competência do governo local (ABRUCIO, 1998). Nesse contexto, com a proposta de promover a participação social e potencializar a *accountability*, surgiram os Conselhos Municipais de saúde, através da lei 8.142/1990.

Aponta-se que os Conselhos, em sua essência, teriam sido as primeiras organizações em que pessoas se reúnem para decidir em conjunto; suas origens remontam aos tempos das *polis* gregas, em que vigia o Areópago ou mesmo no cenário do povo judeu, em que decidia o Sinédrio. A deliberação é, portanto, característica social produzida pela convivência em comunidade e advinda da impossibilidade de um indivíduo exercer sozinho o poder sobre todos os seus pares sem, ao menos formalmente, respaldar-se num processo minimamente legitimatório das escolhas tomadas.

Hoje, os laços de sangue (que antes serviam para transmissão dos reinados) não justificam o poder nem muito menos apaziguam o ímpeto social pelas melhorias face às decisões públicas, sendo cada vez mais presente a ideia de poder emanado do povo (artigo 1º, CRFB, 1988). No caso brasileiro, sendo ainda jovem sua democracia, a história noticia longos períodos em que o povo esteve sob a égide de ditaduras civis e militares. O fato é que é grande o déficit social e democrático deixado por esses governos, os quais, apesar do forte intuito desenvolvimentista, falharam sobremaneira no trato das políticas públicas para desenvolvimento de áreas centrais como educação, assistência, trabalho e, objeto desta pesquisa, a saúde (BRESSER, 1996).

Nesse aspecto, convém observar que, para fazer frente às privações de capacidades políticas (Sen, 1999) que a ineficiência estatal impunha aos menos abastados, amontoados em favelas e sem acesso a uma saúde minimamente humanizada, vários seguimentos da sociedade brasileira se uniram e deram início ao processo de lutas, formando a sociedade civil organizada brasileira. Nesse passo, é importante a fala de Gerschman (2004, p. 1671):

A busca de uma vida com mais saúde, educação, saneamento, moradia e a presença crescente da perda na qualidade da vida que a falta destes bens de consumo social ocasiona, formam, sob certas condições que serão tratadas adiante, como que um “caráter” por oposição, ou seja, pela via da recriação de laços sociais com base em modalidades de vida compartilhadas, antes que pela diferença da composição social dos integrantes desta nova modalidade associativa que caracteriza os movimentos sociais.

O fato é que nos municípios, onde imperou o clientelismo/patronagem (GRAHAM, 1998), o processo não foi menos traumático em termos de democracia. Ora, mesmo com o implemento das medidas impostas pela CRFB de 1988, muito pouca coisa mudou na realidade das políticas públicas de saúde pela iniciativa da gestão municipal. As causas disso são diversas e não se limitam a fatores estritamente técnico-administrativos, aportando, especialmente, no processo de tomada de decisão, o que envolve as funções alocativa e distributiva, dentre outras subáreas no campo das escolhas públicas que se mostram peculiares a cada município.

No caso de Aracati, existe um histórico de mudança periódica na gestão das políticas públicas, ou seja, após a assunção de cada nova equipe gestora, o Executivo promove, além de meras adequações, uma espécie de “superreforma”, acertando em alguns pontos, mas errando noutros.

Em verdade, é natural a relação acerto-erro. Porém, o problema está além do mérito da escolha, aportando especialmente no processo de tomada das decisões; isso desde questões estruturais como a realização de concurso público para provimento de cargos na saúde, adimplemento de repasses a hospitais do SUS e obrigações assumidas em processo de compras compartilhadas, chegando a questões mais próximas aos cidadãos como a mudança dos locais e regras de atendimento da população.

Interessante também que, segundo IBGE, as representações populares em relação à saúde em Aracati demonstram pouca amplitude, ao que constam apenas duas unidades locais das entidades sem fins lucrativos .

Essa realidade de mudanças constantes faz parte do cenário nacional e se apresenta como ponto-chave no conceito de gestão pública participativa pelos Conselhos Gestores de políticas públicas como ferramenta essencial na promoção de desenvolvimento na área da saúde. É isso que postula Amartya Sen (1999, p. 134), por exemplo, ao falar da capacidade política de participação e de influenciar na escolha do modo de vida que cada cidadão julga melhor para si e sua família:

“Ademais, a necessidade de discutir a valoração de capacidades diversas no que concerne às prioridades públicas é, como tentamos demonstrar, uma vantagem, pois nos força a deixar claro quais são os juízos de valor em uma

esfera na qual os juízos de valor não podem - e não devem – ser evitados. A participação pública nesses debates valorativos – de maneiras explícitas ou implícitas – é, na verdade, uma parte crucial do exercício da democracia e escolha social responsável. Em questões de juízo público, não há como realmente escapar da necessidade avaliatória da discussão pública. O trabalho da valoração pública não pode ser substituído por alguma suposição engenhosamente brilhante. Algumas suposições que dão a impressão de funcionar perfeitamente e sem dificuldade operam ocultando a escolha de valores e pesos em uma opacidade cultivada.

Pertinente observar, nesse aspecto, que nem sempre o que o gestor público considera uma política que virtualmente trará grandes resultados em termos de efetividade será também considerada relevante pela sociedade. É exatamente aí que a participação da sociedade civil organizada, através da força institucionalizada dos Conselhos de Saúde, tem sua extraordinária importância, a fim de que não fiquem em descoberto considerações importantes e caras ao processo de tomada de decisão.

Diante desse quadro histórico, noticia-se que, no âmbito nacional, os Conselhos possuem marco legal inicialmente com o advento da Constituição da República de 1988. Posteriormente, com o advento na Lei 8.080/90 (SUS), é confirmada a gestão participativa da saúde pública municipal (cf. art. 7, VIII e art. 15, IX)⁴.

Já a Lei federal nº 8.142/9 dispõe especificamente sobre os Conselhos de Saúde e destaca sua importância como órgão de caráter permanente e deliberativo:

(...) colegiado e composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, apto a atuar 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.

A manutenção do Conselho de Saúde composto paritariamente conforme o Decreto 99.438/90, fundo de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão que permitam controle, contrapartida de recursos e comissão de elaboração do Plano de Carreira, são requisitos essenciais para que qualquer município possa dispor dos recursos do SUS e outras transferências para a saúde.

5. A SAÚDE DE ARACATI: BREVE PERSPECTIVA

Aracati está situado no litoral leste do Ceará, com de 73.188 habitantes⁵ e IDH de 0,655⁶ e faz parte da 7ª CRES⁷, compondo a Macrorregião do Litoral Leste/Jaguaribe⁸:



Tomados no quadro estatual, alguns indicadores de saúde pública no município de Aracati estão aquém da média, não obstante ofereça em sua sede serviços hospitalares de grande relevância para a microrregião em que está inserido (Aracati, Fortim, Icapuí, Itaiçaba).

Nesta seção, serão ligeiramente apresentados alguns dados sobre fornecimento de água encanada, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Ao propósito aqui traçado, esses índices, penso, são suficientes para demonstrar que as questões de saúde em Aracati assumem caráter, inclusive, regional, pelo que, mais ainda, seria essencial a efetiva participação e controle social na gestão dessas políticas.

No caso do percentual da população com água encanada no domicílio, não obstante o acréscimo substancial no período analisado, a média estadual era de 86,1%⁹, o que demonstra que a falta de acesso à água ainda é um problema nesse município. A coleta de lixo, sem dúvidas, apresentou resultado positivo, chegando quase a igualdade com a medida estadual, de 93,6%¹⁰ dos domicílios servidos.

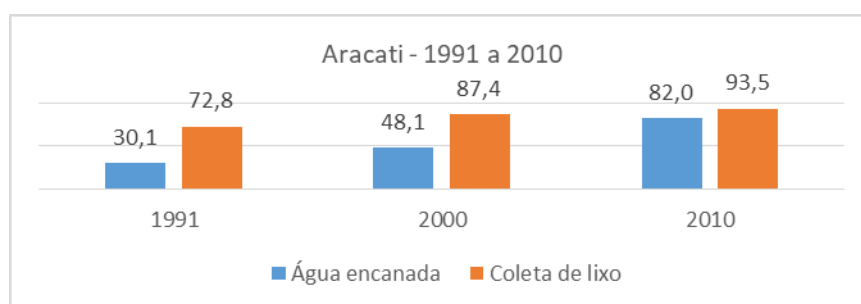


Gráfico 2. Evolução percentual de residências com água encanada e coleta de lixo. Fonte: IBGE – Censos 2010.

Saindo de uma perspectiva formal para a realidade substancial (SEN, 1999), vê-se que, além de ter um percentual baixo de residências com água encanada, parte das famílias que são beneficiadas por esse serviço estariam com o abastecimento inadequado, o que ocorre especialmente na zona rural de Aracati. Entretanto, convém ressaltar, essa realidade sofreu mudança no campo pela atuação conjunta do Banco Mundial e bancos alemães, Ministério da Integração, técnicos da Secretaria das Cidades,

Secretaria do Desenvolvimento Agrário, CAGECE e Prefeitura de Aracati, liderados por um projeto de estatura internacional, já bem-sucedido na Nicarágua e Panamá, o SIASAR (Sistema de Informação de Água e Saneamento Rural)¹¹.

O próximo gráfico (3) coloca o percentual de domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados. Porém, não obstante a redução na década analisada, ainda se tem, nesse indicador, mais que o dobro dos 11%¹² apontados para o Ceará.

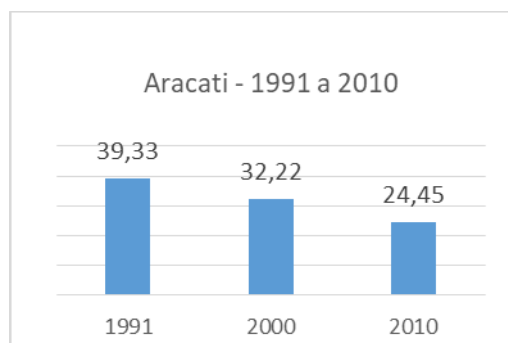


Gráfico 3. Percentual de domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados. Fonte: IBGE – Censos 2010.

Partindo para o contexto dos serviços hospitalares, percebe-se que o município estudado se apresenta como um polo estratégico nos atendimentos da microrregião Aracati-Fortim-Icapuí-Itaíba. Essa realidade se faz sentir tanto nos nascimentos quanto nos atendimentos em geral¹³. Nesse contexto, é bom que se veja a relação entre esgotamento sanitário e fornecimento de água adequados e saúde pública, pois várias doenças notificáveis são provenientes da veiculação hídrica, como as hepatites virais, por exemplo. Isso demonstra a correlação estreita entre saneamento e saúde.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. DO QUESTIONÁRIO

Como dito na metodologia, o questionário foi estruturado especialmente sob três perspectivas: **identidade institucional, independência funcional e interação** com a população representada (retroalimentação).

O instrumento está composto por um total de 26 questões e contou com a participação de 25 pessoas, escolhidas conforme os critérios já apresentados na metodologia.

Tomando-se a média geral dos resultados, chegou-se a 2,76 pontos, conforme tabulação anexa.

Nesse contexto, considerando o quadro de pontuação abaixo,

Muito parecido com nossa organização	Parecido com nossa organização	Não sei, tenho dúvidas	Diferente de nossa organização	Muito diferente de nossa organização
1	2	3	4	5

tem-se que, no geral, é grande o desconhecimento dos respondentes relativamente ao que seja e o que faz o Conselho de Saúde de Aracati (identidade institucional); à maneira como se relaciona com a gestão municipal e a disponibilidade de recursos (independência funcional); e à forma como o colegiado se relaciona com a população representada num pretendo processo de retroalimentação/feedback (interação com a população representada).



Gráfico 4. Média dos indicadores. Fonte: criado pelo autor (2017) com dados do questionário.

Esse desconhecimento geral dos respondentes em relação aos três indicadores sugeridos, além de causas particulares como falta de instrução formal, dentre outras limitações de capacidades, dá-se, em grande medida, em razão da maneira como o Conselho milita na divulgação de sua função e estrutura organizacional. Essa conclusão é possível a partir dos resultados das questões 1 e 2 (1ª: “O Conselho de Saúde do município de Aracati possui visibilidade social – é conhecido pelo povo. 2ª: “São utilizados meios de divulgação para informar o que é e o que faz o Conselho de Saúde – TV, jornal, internet, folhetins, rádio”)., que somaram, respectivamente, **3,28** e **3,48**, pelo que se aproximam mais do resultado negativo (diferente de nossa organização).

Nessa esteira, ainda no campo da **identidade funcional**, chegou-se ao resultado mais negativo de todas as 26 questões do instrumento aplicado, somando média de **3,48**, o que, mais uma vez, ratifica a conclusão de que, quanto ao indicador em questão, o Conselho de Saúde de Aracati está aquém do

mínimo e próximo ao desconhecimento por parte da população respondente. Outro fator que contribui, além da carência no campo da divulgação institucional, para o desconhecimento do povo em relação ao que seja e como atua o Conselho estudado, é a falta de uma sede própria, eis que funciona atualmente nas dependências da própria Secretaria de Saúde.

Noutro passo, destaca-se também a avaliação negativa sobre as questões abarcadas pelo indicador independência funcional, pelo que apresentou a pior média, 3,44. Nesse ponto, foram apresentadas as seguintes questões:

5 – Os conselheiros possuem filiação partidária ou vínculo político como cabo eleitoral ou outro tipo de relação político-partidária.

6 – O Conselho tem sede própria, carro oficial, número de servidores suficiente e insumos adequados (água, energia elétrica, internet, material e expediente, combustível).

7 – O Executivo condiciona o fornecimento desses insumos a alguma tomada de decisão no âmbito de deliberação do Conselho de Saúde.

8 – O Executivo atende prontamente às demandas administrativas do Conselho (recebimento e resposta a ofícios e requerimentos de providências).

Por fim, mas não menos importante, destaque-se também o resultado para **interação com a população representada**. Nesse indicador, somaram-se **2,63** pontos. Embora seja um resultado mais próximo do ideal (que seria 1 ponto), permanece a tendência de se aproximar da avaliação negativa, mostrando que há ainda considerável margem de melhoria a ser implantada. Esse ponto, sem dúvidas, é de exponencial importância, pois é justamente o ponto final da cadeia funcional do Conselho de Saúde, o momento em que haveria uma “democracia de segundo grau”, prestigiando a relação representantes-representados, favorecendo o processo de retroalimentação.

À vista disso, a atuação efetiva do Conselho Municipal de Saúde pode servir como ferramenta para a promoção do desenvolvimento da saúde pública, confirmando a hipótese desta pesquisa. É que, além da possível conferência de legitimidade ao processo de tomada de decisão, a relação efetiva entre gestão e Conselho de Saúde pode resultar em escolhas substancialmente ótimas do ponto de vista técnico, por exemplo; além, claro, de atender ao primado democrático.

6.2. DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Além da pré-conferência e da própria conferência municipal de saúde, houve a oportunidade de participar da abertura do ciclo de discussões do “Plano Novo Aracati”, que é um “planejamento estratégico que deverá orientar o desenvolvimento sustentável do município de Aracati pelos próximos 10 anos”¹⁴.

Nesse contexto, percebe-se que a gestão atual tem promovido uma série de audiências públicas em que se discutem as diretrizes para a construção desse plano decenal. Nesse projeto de planejamento estratégico com a participação popular, a gestão propõe objetivos que consistem na redução de desigualdades, geração de trabalho e renda e o reconhecimento do município como polo regional (onde entraria o engrosso no orçamento para a saúde, por exemplo). Para isso, serão utilizadas ferramentas participativas como rodas de conversa nas regiões mapeadas e a fixação de um prazo final para o cronograma das discussões em março de 2018.

Não obstante essa realidade de aparente “vontade política” do Executivo municipal, a população apresentou pouca adesão, pelo menos a esse primeiro encontro. Ora, conforme verificado na lista de presença, a maioria massiva dos presentes à reunião (117 no total) compunha-se de agentes públicos (Executivo e Legislativo municipais), não constando a presença de nenhum representante do Conselho de Saúde.

Não obstante esse “desinteresse inicial”, a primeira constatação positiva possível é que houve, durante o processo que antecedeu a Conferência Municipal de Saúde de Aracati, um aumento significativo na presença da população em geral nas reuniões. Isso foi possível graças ao incentivo dado por ocasião das pré-conferências, em que foram selecionados os delegados para participar da Conferência Final, numa espécie de “procura dos participantes”.

Outro ponto muito importante a ser considerado como causa dessa aparente evasão participativa é que, salvo exceções, os encontros são promovidos em horário comercial (conforme pergunta 14 = “os eventos (...) ocorrem em horário comercial, em que foram atribuídos 2,28 pontos), obstando pessoas com afazeres nos dois primeiros turnos do dia de participar das sessões. Essa ausência massiva também está relacionada aos resultados obtidos em **identidade institucional** pela aplicação do questionário. É que ainda há longo caminho a ser percorrido para que o ideal de pontuação 1 seja revertido frente ao resultado **2,97**.

Assim, considerando-se os resultados obtidos com a aplicação do questionário, em que a média geral foi de 2,76 e que as questões envolvendo **independência funcional** e processo de retroalimentação (**interação com população representada**), além de o indicador de **identidade organizacional** ter obtido o pior resultado de **2,97**, tem-se que o funcionamento do Conselho de Saúde em Aracati ainda está longe de ser considerado positivo, muito menos de ser visto como uma ferramenta de promoção do desenvolvimento em saúde pública.

Vale frisar que, sendo este estudo limitado em sua estrutura, não foi possível avaliar questões referentes ao poder e processo de cooptação, o que certamente poderia, em caso positivo, endossar a hipótese aqui confirmada. Em suma, a atuação do Conselho estudado assume caráter essencialmente de cumprimento de regras, sem promoção de participação e controle social efetivos, com baixo índice de interação com a população representada, pouca identidade organizacional e condições estruturais inadequadas ao bom desempenho de seu mister.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a apresentação dos resultados, impõem-se alguns apontamentos em síntese conclusiva a respeito da situação atual do Conselho Municipal de Saúde de Aracati.

Nesse sentido, não obstante a razoável vontade política da gestão municipal em trazer a população em geral para as discussões no município estudado, os movimentos da sociedade civil organizada ainda não possuem expressão, o que enfraquece o peso da vontade popular no processo de democracia direta do Conselho de Saúde.

A situação atual está, como propõe a teoria do desenvolvimento como liberdade, no plano formal, eis que os seguimentos que atuam no policy process não possuem capacidades para participar efetivamente do processo.

Essas limitações de capacidades, como bem visto na discussão dos resultados, incidem tanto em questões estruturais (independência funcional) quanto em aspectos de identidade institucional e especialmente no processo de retroalimentação democrática, quando os conselheiros deveriam interagir com a população representada com prestação de contas de sua atuação e coleta dos anseios populares.

Problemas como a falta de estrutura também influenciam consideravelmente a qualidade da atuação do Conselho estudado, a começar pela falta de uma sede própria, tendo que funcionar nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde. Essa situação de dependência de recursos¹⁵ acaba por influenciar na atuação desse colegiado, de modo a, inclusive, gerar intromissões no mérito das decisões.

Por fim, ainda no campo dos resultados desta pesquisa, é possível concluir que a hipótese inicial se confirma ante a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Aracati como um mecanismo próximo ao mero atendimento de formalidades legais para evitar ônus à municipalidade. É que, nas condições em

que se encontra, essa organização não possui meios para promover uma atuação efetiva, com independência e reconhecimento de sua função social.

Nesse aspecto, já partindo para uma sugestão de melhoria, faz-se necessária a formulação de uma política pública que fomente a participação e o controle popular, de modo que se estenda ao âmbito interno do Conselho de Saúde com a formação continuada de seus conselheiros. Ora, como pressupõe a teoria do desenvolvimento como liberdade como desenvolvimento, não se deve apenas prever direitos de participação, mas prover os cidadãos de meios efetivos para pôr em prática a vontade do povo.

8. REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. Os barões da Federação: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo, Hucitec, 1998.
- ALMEIDA, M. L. P. Como elaborar monografias. 4. ed. Belém: Cejup, 1996.
- AUDIÊNCIA PÚBLICA INAUGURAL DO PLANO NOVO ARACATI, 2017, Aracati, Ceará. Local: Auditório do Instituto Federal do Ceará – IFCE, Campus Aracati.
- BEUREN, I. M. (Org.). Como elaborar trabalhos monográficos em Contabilidade. São Paulo: Atlas, 2003.
- BRASIL. Constituição Federal, 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em 10 jul. 2017.
- BRASIL. Decreto 99.438/90, de 07 de agosto de 1990. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/dec99438_070890.htm>. Acesso em: 05 de jul. de 2017.
- BRASIL. Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em:
< https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 05 de jul. de 2017.
- BRASIL. Lei Federal 8.090, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8090.htm>. Acesso em: 05 de jul. de 2017.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração Pública Burocrática à Gerencial. Revista do Serviço Público, 1996.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Os primeiros passos da reforma gerencial do Estado de 1995. Revista Brasileira de Direito Público – RBDP, Belo Horizonte, ano 6, nº 23, p. 145-186, 2008.
- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017, Aracati, Ceará, Local: Auditório do Instituto Federal do Ceará – IFCE, Campus Aracati.
- DAHL, Robert A. Poliarquia. São Paulo: EDUSP, 1997.
- DENHARDT, Robert. Teorias da Administração Pública. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
- GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6): 1670-1681, 2014.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GRAHAM, Richard. Clientelismo e política no Brasil do século XIX. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.
- GULICK, Luther. Science, values and public administration. In: Papers on the Science of Administration. Institute of Public Administration, Columbia University, New York 1937.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. Raízes do Brasil. Rio de Janeiro. José Olympio Editora, 1995.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MOTTA, Fernando C. P.; VASCONCELOS, Isabella F. G. Teoria geral da administração. 3. ed. São Paulo: Thomson Learning, 2006. (pp. 376-395).

PRÉ-CONFERÊNCIA DE SAÚDE, 2017, Pedregal, Aracati, Ceará. Local: Templo da Igreja Católica.

SEN, Amartya. Desenvolvimento como liberdade. S. Paulo: Cia das Letras, 2000.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2000.

WHITE, Leonard D. The federalist. New York: Macmillan, 1948.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

NOTAS

Nota 1

Responsabilidade dos agentes públicos pelo controle.

Nota 2

Plano Plurianual.

Nota 3

Fonte das unidades 3º setor

- <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230110&search=ceara|aracati>

Nota 4

Artigo 7: princípios e diretrizes: VIII - participação da comunidade; Artigo 15: IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

Nota 5

IBGE – Cidades, estimativa para 2016.

Nota 6

Fonte: Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

Nota 7

Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará

Nota 8

In: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>

Nota 9

IBGE – Censos 2010.

Nota 10

Idem.

Nota 11

SIASAR - Sistema de Informação de Água e Saneamento Rural - é uma iniciativa conjunta iniciada pelos governos de Honduras, Nicarágua e Panamá, cujo objetivo estratégico é contar com uma ferramenta de informação básica, atualizada e contrastada sobre os serviços de abastecimento de água e saneamento rural existente em um país. O sistema SIASAR é aberto e está preparado para aplicação em mais países com um contexto de água e saneamento rural similar ao dos países iniciais do SIASAR (baixos níveis de cobertura, auto-sustentabilidade limitada, pouca informação, etc.). Atualmente o SIASAR é composto por: Honduras, Honduras, Nicarágua, Panamá, República Dominicana, Costa Rica, Oaxaca (México), Peru, Bolívia, Paraguai e Ceará (Brasil). In: <http://new.siasar.org/pt-br>

Nota 12

IBGE – Censos – 2010.

Nota 13

Para maiores informações, vide comparativo da 7ª CRES em “nascimentos por residência da mãe” e “nascimentos por local de ocorrência”.

Nota 14

Material (slides) exibido pela Secretaria de Administração e Planejamento de Aracati no evento inaugural do Plano Novo Aracati no dia 04 de abril de 2017, no auditório do IFCE-Aracati.

Nota 15

À luz dos estudos organizacionais, vide, para mais informações, a perspectiva ambiental sob a ótica da teoria da dependência dos recursos.