

## Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul

Health Councils: effectiveness of social control in municipalities of Goiás and Mato Grosso do Sul

Cornelis Johannes van Stralen <sup>1</sup>  
Ângela Maria Dayrell de Lima <sup>1</sup>  
Delcio da Fonseca Sobrinho <sup>1</sup>  
Leonor do Espírito Santo Saraiva <sup>1</sup>  
Terezinha Berenice de Sousa van Stralen <sup>1</sup>  
Soraya Almeida Belisário <sup>1</sup>

**Abstract** *This article investigates the effective participation of municipal health councils in public health care administration and evaluates its potential with respect to the restructuring of care by the family health strategy. Nine municipalities, included in base line studies for the evaluation of the Project of Expansion and Consolidation in the Center-East Region of Brazil, were taken as research locus. The premise is that institutional designs are relevant for understanding the significance of health councils, as they define opportunities for participation and articulation. The legislation on the health councils was examined and one representative of users in each health council was interviewed. The analysis focused on the composition of the councils, the civic associations represented by the users and the formal rules of the meetings, besides key problems such as the selective access to health councils and the legitimacy of decision-making. The results suggest that the councils have not much effect on the restructuring of health services. Notwithstanding, they exercise control on the public health administration, as they include new actors in the debate on health services, and foster legitimate decisions, because in resonance with discourses on the national health system.*

**Key words** *Health Councils, Public participation in health care administration, Social control, Democratic innovation*

**Resumo** *Este artigo investiga a efetiva participação de Conselhos Municipais de Saúde na gestão das políticas de saúde e avalia o seu potencial quanto à reestruturação da atenção à saúde através da estratégia da saúde da família. Toma como locus da pesquisa os nove municípios da Região Centro-Oeste incluídos nos Estudos de Linha de Base para a avaliação do Proesf. Parte do pressuposto de que o formato institucional é relevante, pois define oportunidades de participação e articulação. Foi examinada a legislação sobre os conselhos e foram entrevistados os conselheiros usuários integrantes da mesa diretora, abordando diversos aspectos do Conselho de Saúde. Na análise dos dados foram focalizadas, principalmente, a composição dos conselhos, as entidades que representam os usuários e as regras formais de funcionamento, além de problemas-chave, tais como o acesso seletivo de entidades aos conselhos e a legitimidade das decisões. Os resultados sugerem que os conselhos têm pouco impacto sobre a reestruturação dos serviços de saúde. Mesmo assim, exercem controle social sobre a gestão do sistema de saúde, incluindo novos atores na discussão de suas políticas, e permitem decisões legítimas, pois em consonância com o discurso sobre o SUS.*

**Palavras-chave** *Conselhos de Saúde, Gestão participativa, Controle social, Inovação democrática*

<sup>1</sup> Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, UFMG. Av. Alfredo Balena 190, Centro, 30130-100 Belo Horizonte MG. stralen@medicina.ufmg.br

## Introdução

Respondendo à mobilização da sociedade civil, a Constituição Federal de 1988 descentralizou a gestão das políticas públicas e sancionou a participação da sociedade civil nos processos de tomada de decisão. A regulamentação das normas constitucionais propiciou inovações institucionais: conferências municipais, estaduais e nacionais temáticas e conselhos gestores de políticas públicas de caráter permanente correspondentes<sup>1</sup>. Os novos arranjos institucionais ampliaram a influência de diversos atores sociais nas instituições políticas<sup>2, 3</sup>.

A questão abordada neste artigo diz respeito à efetiva participação dos Conselhos Municipais de Saúde no processo de formulação e gestão de políticas públicas, avaliando, a partir disso, seu potencial no processo de reestruturação da atenção à saúde. Esta questão será abordada por meio dos dados sobre conselhos de saúde coletados pelo projeto Desenvolvimento de Estudos Avaliativos – Linha de Base – nos Municípios da Região Centro-Oeste incluídos no Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf, encomendado pelo Ministério da Saúde ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Minas Gerais.

A regulamentação do preceito constitucional de participação comunitária no Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990<sup>4</sup>, levou à criação de um sistema de conselhos de saúde em cada esfera do governo, compostos por representantes de usuários de serviços de saúde (50% dos membros), de trabalhadores da área (25%) e de prestadores de serviços públicos e privados da saúde (25%). Essa mesma lei define de forma genérica a competência dos Conselhos de Saúde: *O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle de 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* (Art. 1º, § 2º).

A competência dos conselhos foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções nº 33, de 1992<sup>5</sup>, e nº 333, de 2003<sup>6</sup>), que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários. A

Resolução nº 33 recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades. Para estimular o seu efetivo funcionamento, recomenda reuniões pelo menos uma vez por mês e a homologação das decisões pelo chefe do Poder Executivo local. Além disso, a resolução procura fortalecer o caráter propositivo dos conselhos.

A Resolução nº 333 avança na mesma direção. Procura fortalecer a representatividade dos conselhos, apresentando, em relação à resolução anterior, uma lista mais ampla de entidades que poderão representar usuários. Determina que os governos deverão garantir a autonomia dos conselhos, inclusive através de dotação orçamentária própria, e recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas.

Atualmente, todos os Estados e todos os municípios possuem Conselhos de Saúde, e estima-se que estes mobilizem quase cem mil conselheiros de saúde, dos quais parte significativa se reúne pelo menos uma vez por mês. Um número tão significativo de pessoas atuando em Conselhos de Saúde levanta várias indagações: Qual é o efetivo poder deliberativo dos conselhos? De que forma este se expressa na prática cotidiana dos serviços de saúde? Os conselhos poderão efetivamente contribuir para a reestruturação da atenção à saúde?

Os novos arranjos participativos questionam os pressupostos da democracia liberal hegemônica que, na perspectiva de Santos e Avritzer<sup>2</sup>, se referem a três questões emblemáticas: a relação entre a forma e a substância da democracia; a complexidade e a inevitabilidade da burocracia e a inevitabilidade da representação nas democracias de grande escala.

A democracia liberal hegemônica entende a democracia, primordialmente, como método ou como procedimento. Na concepção de Schumpeter<sup>7</sup> no clássico *Capitalismo, socialismo e democracia*, apenas cabe aos eleitores *produzir um governo, ou melhor, um corpo intermediário que, por sua vez, produzirá um governo*. Este entendimento baseia-se no argumento de que a ação coletiva (vista como ação da massa) é irracional e que o indivíduo é altamente manipulável, pois está sujeito a impulsos irracionais. Nesta perspectiva, somente as elites poderão preservar valores centrais da democracia, e uma certa apatia política por parte da população é vista como condição de governabilidade, já que co-

locaria limites a interesses particularistas. Opondo-se a essa visão, Avritzer<sup>3</sup> argumenta que a suposição da adesão das elites a valores democráticos *versus* uma mobilização antiinstitucional das massas não se sustenta e, tomando como referência o orçamento participativo, analisa como a articulação do processo participativo na decisão sobre a alocação de bens públicos com critérios de justiça estabelece limites ao particularismo.

A burocracia tornou-se indispensável, na medida em que a ampliação das funções do Estado impôs a necessidade de conhecimentos técnicos especializados. Isto implicou uma desapropriação do controle por parte do indivíduo. Como Bobbio<sup>8</sup> aponta, *tecnocracia e democracia são antitéticas: se o protagonista da sociedade industrial é o especialista, impossível que venha a ser o cidadão comum*. Na visão de Avritzer, porém, as experiências participativas põem em questão a exclusão da participação da população no processo de tomada de decisões sobre políticas públicas, pois há evidências de que o acesso da população a este processo acelera a implementação e reduz a corrupção, aumentando a eficiência da burocracia. Ademais, as experiências de orçamento participativo sugerem que a transferência de conhecimento técnico especializado não é algo impossível.

A inevitabilidade da representação já foi reconhecida por Rousseau, que no *Contrato social*<sup>9</sup> afirmou que a verdadeira democracia nunca existiria, pois ela requer um Estado muito pequeno, sem muitos problemas e com grande igualdade. Nesta perspectiva, Dahl<sup>10</sup> faz referência à *lei de tempo e número: quanto mais cidadãos uma unidade democrática contém, menos esses cidadãos podem participar diretamente das decisões do governo e mais eles têm que delegar a outros essa autoridade*. Em contraposição a essa lei, Avritzer<sup>11</sup> discute como a articulação de elementos da democracia participativa e da democracia representativa poderá viabilizar a participação local e processos de decisão centralizados na base de quatro elementos: a cessão de soberania por parte daqueles que a detêm como resultado de processos representativos; a reintrodução de elementos de participação local (assembléias) com elementos de delegação (conselhos); a auto-regulação soberana pelos participantes; a reversão de prioridades em benefício de setores carentes.

A instituição dos Conselhos de Saúde como órgãos de controle social e gestão participativa é fruto da mobilização de profissionais de saúde

e de setores da sociedade civil, mas, na maioria dos municípios, sua implantação resultou de uma política de indução do Ministério da Saúde, condicionando o repasse de recursos federais à criação do Conselho Municipal de Saúde. Este processo resultou em conselhos muito heterogêneos, desde conselhos apenas cartoriais a conselhos que efetivamente fiscalizam os gestores do SUS. Esta situação não apenas espelha a diversidade dos municípios quanto à população, oferta de serviços de saúde e capacidade de investimento na saúde, mas se relaciona também com outros fatores, entre os quais Cortes<sup>12</sup> aponta os seguintes como os mais influentes: a força dos movimentos sociais; a articulação dos reformadores do sistema de saúde com os ativistas dos movimentos sociais; a posição das autoridades municipais, estaduais e federais sobre a participação de usuários e, relacionada com os fatores anteriores, a própria dinâmica dos conselhos de saúde dada pelas posturas das coordenações dos conselhos e dos gestores. Wampler<sup>13</sup> e outros apontam fatores semelhantes em relação ao orçamento participativo. Assim, fica claro que os conselhos não poderão ser vistos como arranjos democráticos inovadores já dados.

Os conselhos têm uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde, que, atualmente, tem como via principal o Programa de Saúde da Família – PSF. Esta reestruturação não é apenas uma questão técnica. Envolve expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica a reformulação das relações entre esses atores. Nesta perspectiva, espera-se que os Conselhos de Saúde não apenas funcionem como instâncias de controle social e *accountability*, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem.

Muitos estudos sobre os conselhos enfocam os conselheiros, particularmente os usuários. Vários autores analisam o perfil socioeconômico e cultural dos conselheiros, discutindo a representatividade, os recursos de que dispõem e as desigualdades entre os segmentos<sup>14, 15</sup>. Frequentemente, aponta-se, de um lado, a falta de capacitação técnica e política dos conselheiros para ocupar espaços de proposição e negociação de políticas<sup>16, 17</sup> e, de outro lado, enfatiza-se que os conselhos são espaços de aprendizagem de cidadania<sup>18, 19, 20</sup> ou de desenvolvimento de capital social<sup>21</sup>. Diversos autores reconhe-

cem que há obstáculos à participação, interpostos pelos próprios gestores: falta de transparência na apresentação de relatórios; uso de linguagem demasiadamente técnica; falta de infra-estrutura para o funcionamento do conselho<sup>22, 23, 24</sup>.

Em contrapartida a uma perspectiva teórica que privilegia a dinâmica deliberativa no interior de arranjos de participação, opta-se aqui por uma perspectiva neo-institucionalista. O prefixo “neo” deve-se ao fato de que nem todos os processos políticos podem ser explicados por meio de instituições. Como Immergut<sup>25</sup> aponta, problemas e demandas sociais, grupos de interesse organizados e instâncias governamentais por si não explicam decisões políticas. É a configuração institucional, compreendendo a rede de instituições, o conjunto de regras e procedimentos e a distribuição de representações, que molda possibilidades de ação e determina oportunidades de participação ou de veto. Esta configuração é, ao mesmo tempo, resultado e pressuposto de processos políticos de negociações e conflitos e expressão de relações de poder. Nesta perspectiva, é importante lembrar, como observa O’Donnell<sup>26</sup>, que a institucionalização também implica custos graves ao representar a exclusão de muitas vozes.

A opção analítica faz com que seja privilegiado o formato institucional dos conselhos, abordando estrutura e dinâmica de funcionamento, regras de composição, representação e inserção na teia de relações institucionais, em detrimento da análise de quais indivíduos participam do conselho e de como o fazem. O formato institucional não explica como se dão as disputas e negociações internas, mas determina o significado dos conselhos e a possibilidade de estes ampliarem espaços de participação social.

## Material e método

O estudo abrangeu nove municípios, sendo sete no Estado de Goiás e dois no Estado do Mato Grosso do Sul, identificados neste artigo por códigos. De acordo com estimativas do IBGE, a população destes municípios varia de aproximadamente 120 mil até mais de um milhão de habitantes. Todos se caracterizam por uma alta taxa de urbanização, que se situa entre 90% e 100%. Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, três cidades apresentam um desenvolvimento relativamente alto, com índices acima de 0,8. As demais cidades apresentam

um desenvolvimento médio, com índices entre de 0,75 e 0,799, situando-se numa posição favorável em relação às outras cidades da região, com exceção de um município, que apresenta índice bem inferior a 0,75.

Esta breve caracterização sugere que podemos esperar redes de serviços de saúde relativamente complexas e sujeitas a grande pressão de demanda, *versus* redes de serviços menos complexas e, em alguns casos, claramente insuficientes. Aqui vale lembrar que as características das redes de serviços costumam se correlacionar com o funcionamento dos Conselhos de Saúde, que se tornam mais atuantes à medida que aumenta a complexidade da rede.

A coleta de dados foi realizada no 2º semestre de 2005, mediante aplicação de um questionário, com perguntas fechadas e abertas, aos representantes dos usuários na mesa diretora do conselho (Tabela 1) e consulta a documentos (leis de criação e reestruturação, regimentos internos e resoluções dos anos 2004 e 2005). O questionário para os representantes dos usuários abrangia as seguintes dimensões: a composição, a representação, o funcionamento e as deliberações do conselho, a participação na formulação de políticas de recursos humanos em saúde, a participação do conselho no planejamento orçamentário-financeiro e a participação nas definições que dizem respeito ao PSF e ao Proesf. Os dados a respeito da criação e composição do conselho e de suas deliberações, embora abordados no questionário aplicado aos representantes dos usuários, foram todos checados e detalhados através de consulta à lei de criação e ao regimento interno e de análise temática das resoluções (Tabela 4).

Os dados foram sistematizados com o uso das seguintes categorias: composição do conselho; entidades representadas; estrutura e dinâmica de funcionamento; infra-estrutura e apoio administrativo; deliberações e diretrizes das conferências da saúde e conhecimento dos conselheiros sobre PSF e Proesf.

## Resultados e discussão

### Criação e composição dos Conselhos de Saúde

Os conselhos municipais analisados neste estudo foram criados no período de 1991 a 1993, com exceção de um conselho, criado um dia antes da edição da Lei nº 8.142, e de outros

**Tabela 1**  
Perfil dos conselheiros usuários entrevistados.

Município	Faixa Etária	Sexo	Escolaridade	Profissão	Entidade	Mandato
A-GO	31-40	M	Ensino médio	Técnico de enfermagem	Usuários	2º
B-GO	51-60	M	Ensino fundamental incompleto	Trabalhador rural	Sindicato Trabalhadores Rurais	2º
C-GO	31-40	M	Ensino superior	Contador	Patologia	4º
D-GO	51-60	F	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	Arquiteta	Oscip Ambiental	3º
E-GO	51-60	M	Ensino médio	Músico	Sindicato Pequenos Produtores Rurais	2º
F-GO	51-60	F	Ensino médio	Técnico de enfermagem	Associação de Moradores	2º
G-GO	>60	F	Ensino superior	Administradora	Associação de Moradores	2º
A-MS	51-60	F	Ensino superior	Pedagoga	Fórum usuários	2º
B-MS	31-40	M	Ensino superior incompleto	Administrador	Sindicato Trabalhadores Municipais	1º

Fonte: Questionários aplicados aos conselheiros usuários da mesa diretora.

dois, criados em municípios em 1997 (Tabela 2). Com exceção destes dois últimos, ocorreram alterações na lei de criação, principalmente para adequar os conselhos às resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Há evidência de que a composição dos conselhos era definida pela paridade entre usuários e os demais segmentos e pela experiência das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde – CIMS's, introduzidas pelas Ações Integradas de Saúde. Seguindo o modelo das CIMS's, cinco dos conselhos analisados contavam inicialmente com representantes das três esferas do governo, além de contar com representantes da área de educação. Atualmente, dois conselhos ainda mantêm uma representação federal e estadual da área de saúde e dois outros mantêm um representante da Secretaria de Educação, o que poderá favorecer a intersetorialidade da atenção à saúde.

É nítida a presença minoritária de prestadores privados nos conselhos. A opção do movimento sanitário pela restrição da participação dos prestadores privados tem repercutido no funcionamento dos conselhos. Por serem minoria, os prestadores privados preferem fazer suas negociações diretamente com o secretário de Saúde, em detrimento da sua participação nos conselhos. Assim, o Conselho de Saú-

de deixa de ser uma arena política onde os diversos grupos de interesse (*stakeholders*) se confrontam e negociam suas propostas e tende a se tornar um espaço onde, predominantemente, trabalhadores e usuários vocalizam suas demandas.

A representação dos trabalhadores era restrita e abaixo dos 25% dos conselheiros, com exceção do conselho que foi criado por último, em 2001. Três conselhos continuam com uma sub-representação dos trabalhadores de saúde (Tabela 2), dos quais um fez ainda uma alteração em 2005, atribuindo três lugares aos trabalhadores, um no segmento dos prestadores e dos profissionais de saúde e dois no segmento dos usuários, um representando o Sindicato da Saúde e o outro, os funcionários de um hospital. Em dois conselhos, os trabalhadores são representados não por entidades de classe, mas por funcionários da Secretaria de Saúde ou de outros órgãos municipais ou por categorias funcionais de trabalhadores (servidores de nível médio e de nível superior). Isto sugere que a permanência da sub-representação dos trabalhadores poderá estar ligada à ausência ou à falta de mobilização de órgãos de classe.

Quanto à representação dos usuários, importa saber quais entidades estão sendo representadas por eles e como estas são indicadas,

**Tabela 2**  
Conselhos de Saúde segundo Lei de Criação-Alteração, composição e indicação do presidente.

Município	Lei de Criação e Alterações	Conselheiros por segmento					Total	Indicação presidente
		Gov	Prest Pr	Trabh	Usuários	Outros		
A-GO	Lei 07/1997	2	2	2	6		12	Eleito
B-GO	Lei 2098/1993	4	3	3	10		20	Nato
	Lei 3036/2003	3	3	6	12		24	Nato
C-GO	Lei 1061/1992	2	3	1	6		12	–
	Lei 1240/1993	2	2	2	6		12	Nato
D-GO	Decreto 1426/1991	5	4	6	11		26	Nato
	Lei 8088/2002	4	4	8	16		32	Eleito
E-GO	Lei 1432/1992	X	X	X	X	RH e Legl	–	Nato
	Lei 1632/1994	6	2	4	8		20	Nato
	Lei 1686/1995	4	2	2	8		16	Nato
	Lei 2026/1997	3	1	3	6		12	Eleito
	Lei 2330/2000	2	1	3	6		12	
F-GO	Lei 2941/1993	3	3	1	7		14	Nato
	Lei 4989/2005	3	4	1	8*		16	
G-GO	Lei 318/2001	2	1	3	6		12	Eleito
A-MS	Lei 2784/1990	8	–	–	–	3 Legl 4 SC	15	Nato
	Lei 2811/1991	2	1	1	7	3 Legl	14	Nato
	Lei 3013/1993	2	2	4	8		16	Nato
	Lei 3780/2000							Eleito
B-MS	Lei 1714/1991	5	5	–	10	+ SS	20	Nato
	Lei 2212/1998	2	2	4	8		16	Eleito

Fonte: Legislação Conselhos Municipais de Saúde.

Legenda: Gov = Governo; Prest Pr = Prestador privado; Trabh = Trabalhador; Legl = Legislativo; RH = Recursos Humanos; SC = Sociedade civil organizada; SS = secretário municipal de Saúde

\*Inclui dois trabalhadores

pois as regras de representação vão delimitar as possibilidades de articulação entre democracia representativa e democracia participativa.

### Representação dos usuários

Inicialmente, em seis municípios, a legislação definia quais entidades podiam indicar representantes. Esta situação persiste em cinco municípios. É grande a variedade de entidades que representam usuários: comunitárias, sindicais/profissionais, religiosas, de portadores de deficiências ou de patologias, de gênero e etnia, entre outras (Tabela 3). As com maior presença são, pela ordem, as associações de portadores de patologias ou deficiências, as entidades comunitárias, as entidades sindicais e profissionais e as entidades religiosas, embora a sua dis-

tribuição por conselhos não seja homogênea. A natureza das entidades, de base territorial ou de caráter de classe ou temática, poderá filtrar as demandas dos usuários.

Nossos dados não permitem identificar o porquê de determinadas entidades estarem representadas no conselho. Entretanto, um estudo sobre Conselhos de Saúde realizado em São Paulo sugere que os conselhos contemplam um grupo de *novos incluídos* – os *incluídos organizados* –, que possuem vínculos com atores estatais, enquanto grupos não organizados ou sem vínculos políticos com o Poder Executivo ficam sem acesso<sup>27</sup>. Talvez isto explique a significativa presença de representantes de igrejas evangélicas e protestantes.

Os conselheiros, geralmente, são indicados pelas entidades de cada segmento numa assem-

**Tabela 3**  
Setores/organizações representativas dos usuários.

Município/ Estado	Portadores de patologias/ deficiências	Mulheres	GLTB <sup>1</sup>	Religiosas	Entidades comunitárias	Entidades sindicais/ profissionais		Terceira idade	Outras
						Rurais	Urbanas		
A-GO	1			2	1		1	1	
B-GO	4			2	2	1	2		1 Estudante 3ª grau
C-GO				2	1		1		1 Patronal, 1 Trabalhador
D-GO	5	1	1	1	1		1	1	1 Ambiental, 4 Distritais
E-GO	2				2	1	1		
F-GO <sup>2</sup>	2			1	2		1		1 Funcionário Hospital Evangélico, 1 Funcionário Clube de Serviços (comércio)
G-GO <sup>3</sup>	1				2	1		1	
A-MS <sup>4</sup>	X	X	X	X	X			X	Adolescentes
B-MS		1 <sup>5</sup>		1	3		3		
<b>Total</b> (sem A-MS)	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>11</b>

Fonte: Legislação sobre os Conselhos de Saúde e questionários aplicados aos conselheiros usuários da mesa diretora.

1) Associações de gays, lésbicas, transexuais e bissexuais.

2) A representação está irregular. Tem um funcionário do hospital como representante dos usuários.

3) A representação está irregular. Falta um representante de ONG para ser indicado.

4) A representação é por fórum de usuários. Assinalamos com X as entidades que foram escolhidas no fórum como representantes dos usuários, conforme entrevista com o conselho.

5) Rede feminina de combate ao câncer.

bléia convocada especificamente para este fim, durante a Conferência Municipal de Saúde ou logo após a sua realização. Mesmo quando a legislação não relaciona as entidades que poderão indicar conselheiros, o acesso ao conselho é relativamente seletivo, pois os regulamentos das conferências determinam quem poderá ser delegado, não raras vezes procurando assegurar mandatos. Nos municípios analisados no Estado do Mato Grosso do Sul, os conselheiros são indicados por fóruns de entidades, ainda que em um destes os conselheiros continuem representando entidades específicas.

Devido à predominância da representação de setores com maior capacidade de organização, há uma tendência de a participação nos conselhos se elitizar, como sugerem vários autores<sup>21, 28</sup>. Esta tendência revela-se, em primeira instância, no fato de o grau de instrução dos conselheiros ser, geralmente, mais alto do que o da média dos usuários do SUS. Nos conselhos analisados neste estudo, observou-se que cinco dos nove conselheiros entrevistados pos-

suem instrução superior, dos quais um com superior incompleto e outro com pós-graduação *lato sensu* (Tabela 1). Esta elitização não se refere apenas ao grau de instrução, mas vincula-se também à “profissionalização” dos conselheiros, expressa pela baixa rotatividade dos conselheiros e pelo crescente distanciamento entre representados e representantes<sup>1</sup>. Embora a baixa rotatividade não possa ser generalizada, como sugere a permanentemente alta demanda por cursos de capacitação, há evidência de que este fenômeno se manifesta em diversos municípios. Neste contexto, é significativo que apenas um dos conselheiros usuários entrevistados se encontre no primeiro mandato. Seis encontram-se no segundo mandato e ainda um, no terceiro e outro, no quarto (Tabela 1).

Cohn<sup>1</sup> observa que a baixa rotatividade deve provavelmente ser atribuída a uma insuficiência do exercício democrático. Entretanto, parece plausível que isso se deva também ao fato de que diversas entidades não desenvolvem disputas pelo cargo de conselheiro de Saúde,

pois investem mais em planos de saúde para a categoria do que no desenvolvimento do SUS. A ausência de disputas e a continuidade dos mesmos representantes poderão contribuir para o distanciamento entre representantes e representados, que Cohn<sup>1</sup> atribui ao avanço da dimensão burocrático-administrativa em detrimento da dimensão política, provavelmente, mais um fator que amplia o desinteresse por parte de várias entidades.

O distanciamento é sugerido também pelo fato de que apenas um dos conselheiros usuários entrevistados, quando indagados sobre o modo como as necessidades dos usuários chegam ao conhecimento do conselho, fez referência ao próprio segmento e a associações. As demais respostas referiam-se a outras fontes: jornais, reuniões do conselho abertas à população, conselhos gestores e conselhos locais, denúncias recebidas pelo presidente do conselho ou pelo telefone. O distanciamento é agravado pela divulgação precária das ações dos conselhos. Três informantes apontaram que não há divulgação, e os outros seis apontaram, cada um, uma única modalidade: divulgação através do Diário Oficial, rádio, fixação das atas no cartório, reuniões e plenárias, divulgação nas unidades de saúde e reuniões itinerantes do conselho de dois em dois meses.

A existência de alguma forma de divulgação não significa que população e entidades civis tenham conhecimento das decisões e discussões dos conselhos. Como, então, atribuir legitimidade a um processo de tomada de decisões que envolve uma parte ínfima dos usuários?

Aparentemente, os Conselhos Municipais de Saúde inspiraram-se [...] *num sistema de representação corporativista de interesses, onde as unidades constituintes são organizadas num número limitado de categorias singulares, compulsórias, não competitivas, hierarquicamente ordenadas e funcionalmente diferenciadas, que são reconhecidas ou licenciadas (se não criadas) pelo Estado e às quais é assegurado um monopólio representacional dentro de suas respectivas categorias* [...] <sup>29</sup>. Desta forma, grupos de interesses chegam a compartilhar o poder do Estado e se transformam numa extensão deste. Os conselhos, porém, distinguem-se da representação corporativista pela inclusão paritária dos usuários cujas entidades em geral não são tradicionais grupos de interesses (*stakeholders*) da área de saúde.

A Resolução nº 333 aparentemente parte do pressuposto de que as decisões serão legitimadas quando o conjunto das entidades estiver

representado no conselho, o que dificilmente ocorrerá. Talvez uma resposta mais consistente possa ser encontrada nos argumentos apresentados por Dryzek<sup>30</sup>, para quem, em contraste com uma democracia que se baseia em contagem de cabeças ou em instituições formais, *a legitimidade pode ser buscada na ressonância de decisões coletivas junto à opinião pública, definida em termos de um resultado provisório da competição de discursos na esfera pública*.

Aqui cabe chamar a atenção para os dois municípios onde há fóruns permanentes. Além de indicar representantes ao conselho, estes fóruns reúnem-se também para discutir as suas pautas. Isto não necessariamente amplia a representatividade do conselho, mas aprofunda o processo de deliberação, transformando representantes das entidades em atores coletivos e ampliando a participação dos usuários. É cedo para avaliar o impacto desses fóruns, mas é notável o número de resoluções editadas pelos conselhos desses municípios, sugerindo um processo significativo de deliberação.

### Estrutura e funcionamento

A estruturação dos processos de discussão e deliberação dos conselhos depende de vários fatores, entre os quais se destaca o regimento interno, que define a periodicidade das reuniões, os procedimentos para a condução da reunião, o processo de tomada de decisão, etc. Todos os conselhos possuem seu regimento interno, e a análise destes sugere semelhanças e diferenças na estrutura do funcionamento. Os conselhos reúnem-se ordinariamente uma vez por mês, e as reuniões são coordenadas por um presidente que, em três municípios, continua sendo o secretário de Saúde, membro nato do conselho, a despeito da orientação, já dada em 1992 através da Resolução nº 33, de que o presidente deverá ser eleito pelos conselheiros. Nota-se que em quatro municípios a legislação sofreu alterações para adequar o conselho à referida orientação.

A permanência do secretário de Saúde como presidente do conselho assinala uma possível restrição da autonomia do conselho. Em relação a esta questão, é importante considerar quem define a pauta das reuniões. Em cinco municípios é o presidente quem a define e apenas em três é a plenária que decide o que será discutido na reunião seguinte. A pauta é distribuída com antecedência em seis conselhos. Em três não há distribuição regular.



Apesar dos procedimentos diferentes, as pautas são muito semelhantes, diferenciando-se mais em termos da amplitude dos assuntos tratados e deliberados do que pela natureza destes. Os principais assuntos tratados são: planos municipais de saúde, relatórios de gestão, projetos e programas de saúde e organização das conferências municipais de saúde. Isto sugere que a pauta talvez seja definida, antes de tudo, pelas exigências do Ministério da Saúde e pelas resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Neste contexto, é estranho que seis dos conselheiros informantes afirmem que o conselho possui grande autonomia.

Considerando a falta de atuação propositiva, não causa estranheza que as principais necessidades apontadas pelos informantes digam respeito a carências do atual sistema de saúde, tais como acesso a medicamentos e consultas especializadas. Nesta perspectiva, a possibilidade de os conselhos contribuírem para o processo de reestruturação dos serviços de saúde, a partir do ponto de vista dos usuários, parece restrita.

No processo de deliberação dos conselhos, cabe mencionar a existência de câmaras ou comissões técnicas, que elaboram pareceres para instruir a tomada de posição pela plenária e que poderão ampliar este processo. Havia comissões técnicas em quase todos os municípios com conselhos maiores (com 32, 24 e 16 conselheiros), mas um dos conselhos menores, que conta com apenas 12 membros, funciona com comissões, enquanto outro com 16 membros não as possui.

#### Infra-estrutura e apoio

O apoio administrativo e a infra-estrutura física dos conselhos não apenas dizem respeito às suas condições de funcionamento, mas também são indicadores do apoio político do gestor do SUS ao controle social e à gestão participativa. Todos os conselhos possuem uma sede doada pela prefeitura, mas apenas os quatro que possuem uma secretaria executiva têm acesso a computadores. Três conselhos têm dotação orçamentária própria e em apenas três municípios os conselheiros recebem ajuda de custo para participar de reuniões, sendo que há outro no qual os conselheiros recebem ajuda financeira para participar de eventos fora do município. A falta de dotação orçamentária poderá restringir a autonomia do conselho, principalmente no tocante à participação em eventos regionais, estaduais e nacionais.

#### Deliberações e diretrizes das Conferências de Saúde

De acordo com a Resolução nº 333, o pleno do conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. Há uma grande variação quanto ao número de resoluções dos conselhos pesquisados. Enquanto um conselho não produziu sequer uma resolução no período de 2004-2005, outros conselhos produziram mais de 50 resoluções no mesmo período (Tabela 4).

As deliberações parecem pautar-se mais por um discurso em defesa dos princípios do SUS do que por considerações técnicas ou orçamentárias, como sugere o fato de que apenas um informante soube participar o percentual dos gastos municipais aplicados à saúde e nenhum sabia o percentual dos gastos com atenção básica. Mesmo assim, produzem efeitos. Na visão dos informantes, o conselho contribui para a melhoria da atenção básica, redireciona prioridades e torna mais transparente a alocação de recursos (sete respostas positivas), melhora a eficiência da gestão pública (seis respostas positivas) e a relação entre a Secretaria de Saúde e a comunidade (quatro respostas positivas).

De acordo com a Lei nº 8.142, cabe aos conselhos *discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde* (Resolução nº 333). Entretanto, percebe-se uma ruptura com esta definição legal, pois não há evidências de que os conselhos levem em consideração diretrizes das Conferências de Saúde. Esta ruptura parece produto de dois fatores.

**Tabela 4**  
Resoluções dos Conselhos de Saúde no período 2004 – 1-10/2005

Município	2004	1-10/2005
A-GO	*	7
B-GO	2	2
C-GO	16	**
D-GO	22	17
E-GO	*	*
F-GO	*	7
G-GO	1	5
A-MS	32	27
B-MS	38	31

Fonte: Pesquisa documental.

\* dados inexistentes; \*\* dados não obtidos.

Primeiro, as Conferências de Saúde não são instâncias nas quais todos os cidadãos interessados têm oportunidade de participar diretamente das deliberações. Isto é fruto, principalmente, de uma “armadilha” da Lei nº 8.142, que estipula que nas Conferências de Saúde a paridade deverá ser mantida. Em função disto, os conselhos municipais “calculam” rigorosamente a distribuição dos delegados entre os vários segmentos e definem quem poderá indicá-los. Estes “cálculos” tendem a favorecer os que já estão participando em detrimento de outros setores da sociedade, provocando um relativo isolamento do conselho, agravado pelo distanciamento de outras arenas decisórias.

Outro fator que contribui para a ruptura é que as Conferências de Saúde não possuem condições para definir prioridades, por exemplo através da distribuição de recursos financeiros. Desta forma, os relatórios das conferências apresentam ladainhas de reivindicações, geralmente pouco viáveis, que parecem partir de uma visão de que as políticas de saúde são simplesmente distributivas, em vez de redistributivas.

A ruptura entre conferências e conselhos faz com que estes últimos não possam pautar suas deliberações por diretrizes geradas num processo participativo, e que a tendência à burocratização e tecnificação das agendas dos conselhos avance com mais rapidez, em detrimento do debate político. Isto tem implicações para uma possível contribuição dos conselhos com a reestruturação da atenção à saúde. Abordaremos esta questão a partir da visão dos conselheiros a respeito do Programa de Saúde da Família.

### PSF e Proesf

A maioria dos conselheiros evidencia, em suas respostas, estar consciente de que o PSF pretende ser uma estratégia de reestruturação. Isto se expressa tanto através de afirmações positivas – *excelente como proposta de atenção básica; foi criado com objetivo de resgatar cidadania; diagnósticos preventivos contribuíram para diminuir os agravos decorrentes das doenças* –, como através de observações críticas – *está quase se tornando o mesmo que a USB; atendimento tradicional*. Na avaliação do PSF prevalecem críticas: *não cumpre o papel a contento; baixa cobertura; pouca resolutividade; virou uma substituição do déficit da rede; dificuldade de constituição de equipe; mais equipes são necessárias; indicação política de agentes comunitários; as equipes estão ficando no posto*. Mas alguns con-

selheiros fazem também uma avaliação positiva: *bom funcionamento; atendimento melhorou após implantação*.

O fato de o conselheiro informante ter conhecimento do PSF não significa que a questão da reestruturação tenha prioridade na “agenda” dos conselhos. Há indicadores que sugerem pouca atenção para este tema. Em oito municípios já foi implantado o Programa de Expansão do Saúde da Família – Proesf, mas três informantes não conhecem o programa e dois dizem conhecê-lo, mas não têm conhecimento do plano, embora este, supostamente, tenha sido aprovado pelo conselho. Ao indagarmos sobre as principais necessidades de saúde da população, encontramos apenas quatro falas entre vinte que se referem a aspectos relacionados com a reestruturação da atenção à saúde – *a intersetorialidade, a ausência da equidade, a humanização do atendimento e a responsabilidade do Estado*. São as deficiências da atenção à saúde que parecem preocupar os conselheiros e, aparentemente, o “senso comum” determina mais as ações dos conselheiros do que os discursos sobre o SUS.

### Conclusão

Os Conselhos de Saúde inserem-se num movimento geral que procura superar as formas existentes de participação política, cristalizadas em partidos políticos, e criar instituições democráticas que promovam a inclusão política. Trata-se de uma inovação institucional surgida durante o processo de transição política, quando a sociedade rejeitava fortemente o padrão clientelístico e excludente das políticas sociais e aspirava a novas políticas desenhadas a partir das necessidades da população, por meio da participação direta dos cidadãos no processo de tomada de decisões.

A análise aqui empreendida sugere que os conselhos, resultado das demandas formuladas por sanitaristas e diversos movimentos sociais, têm como contrapartida um processo de institucionalização que restringe a participação direta de cidadãos, tornando seletivo o acesso a eles. Ao mesmo tempo que incluem novos sujeitos sociais, excluem setores não organizados ou organizados, mas sem vínculo com atores estatais. A restrição à participação direta nas conferências, a distância entre conferência e Conselho de Saúde e a sua redução a uma instância que vocaliza principalmente demandas

de trabalhadores e usuários têm afastado os conselhos do seu projeto inicial, qual seja, o de se tornar um espaço de negociação e discussão entre grupos de interesse, com a promessa de tornar as políticas de saúde mais responsivas aos interesses dos usuários. Entretanto, ao mesmo tempo, os conselhos continuam sendo um espaço onde se encontram atores que, antes, estavam totalmente excluídos do processo de tomada de decisão. E mesmo se burocratizando, os conselhos não têm esgotado seu potencial de promover controle social sobre a gestão do SUS e de tomar decisões legitimadas pela consonância com o discurso do SUS. Este potencial efetiva-se quando o conselho se encontra articu-

lado com gestores que compartilham da proposta de democracia participativa e que procuram ativar a participação através de experiências inovadoras concretas, tais como a criação de fóruns permanentes. É, no entanto, difícil indicar onde e como os conselhos estão contribuindo para um processo de reestruturação do sistema de saúde e promovendo um sistema de saúde mais eficiente. As bases do controle social e da gestão participativa ainda são frágeis, mas não meras ilusões, já que sempre há possibilidade de renovação, pois, a qualquer momento, poderão surgir novos padrões de interação e comunicação.

## Colaboradores

CJ van Stralen elaborou e redigiu o artigo. SA Belisário coordenou os estudos de linha de base e participou da discussão do desenho do estudo, da coleta e análise dos dados e da discussão dos resultados. AM Dayrell de Lima, DF Sobrinho, LES Saraiva e TBS Stralen desenvolveram os estudos de linha de base e participaram da coleta, sistematização, análise dos dados e da revisão final.

## Agradecimentos

Às estagiárias da pesquisa Letícia Helena dos Santos Marques e Alice Werneck Massote, pela ajuda na pesquisa documental. Aos conselheiros, pela acolhida e colaboração.

## Referências

1. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Rev C S Col* 2003; 8(1):9-18.
2. Santos BS, Avritzer L. Para ampliar o cânone democrático. In: Santos BS, organizador. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. p. 39-82.
3. Avritzer L. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In: Santos BS, organizador. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. p. 561-97.
4. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 28 dez.
5. Resolução nº 33 de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento *Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde*.
6. Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. *Diário Oficial da União*, 2003; 4 dez. nº 236, seção 1; p. 57, col.v.
7. Schumpeter JA. *Capitalismo, socialismo e democracia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores S. A.; 1984.

8. Bobbio N. O futuro da democracia; uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
9. Rousseau JJ. Do contrato social. São Paulo: Ed. Martin Claret; 2002.
10. Dahl RA. Sobre a democracia. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2001.
11. Avritzer L. O orçamento participativo e a teoria democrática: um balanço crítico. In: Avritzer L, Navarro Z, organizadores. A inovação democrática no Brasil. São Paulo: Cortez Editora; 2003. p. 13-60.
12. Cortes SMV. Construindo a possibilidade de participação de usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Soc* 2002; 4(7):18-49.
13. Wampler B. Orçamento participativo: uma explicação para as amplas variações nos resultados. In: Avritzer L, Navarro Z, organizadores. A inovação democrática no Brasil. São Paulo: Cortez Editora; 2003. p. 61-86.
14. Fuks M. Participação política em conselhos gestores de políticas sociais no Paraná. In: Perissontto RM, Fuks M, organizadores. Democracia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba: Fundação Araucária; 2002. p. 245-72.
15. Santos Jr OAS, Ribeiro LCQ, Azevedo S, organizadores. Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase; 2004.
16. Carvalho MC. Participação social no Brasil hoje. In: Araújo JNG, Souki LG, Faria CAP, organizadores. Figura paterna e ordem social: tutela, autoridade e legitimidade nas sociedades contemporâneas. Belo Horizonte: Autêntica; 2001. p. 171-206.
17. Westphal MF. Gestão participativa dos serviços de saúde: pode a educação colaborar na sua concretização? *Rev Saúde em Debate* 1995; 4:41-5.
18. Benevides MV. A cidadania ativa. São Paulo: Ática; 1991.
19. Goulart FA. Movimentos sociais, cidadania e saúde: anotações pertinentes à conjuntura atual. *Rev Saúde em Debate* 1993; 39:53-75.
20. Oliveira FJA. Participação social em saúde: as dimensões da cultura. *Rev Saúde em Debate* 1996; 52:67-73.
21. Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos Conselhos de Saúde. *Rev C S Col* 2002; 7(3): 537-47.
22. Silva IG. Conselho Municipal de Saúde: um mecanismo de democratização ou de cooptação [dissertação]. São Luís: UFMA; 1996.
23. Coutinho JA. O Conselho Municipal de Saúde: um estudo da participação popular na cidade de São Paulo (1989-1995) [dissertação]. São Paulo: PUC; 1996.
24. Fonseca DC. O drama dos novos papéis sociais: um estudo psicossocial da formação de identidade nos representantes dos usuários num Conselho Municipal de Saúde [dissertação]. São Paulo: PUC; 2000.
25. Immergut EM. Health politics, interests and institutions in Western Europe. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
26. O'Donnell G. Democracia delegativa. *Novos Estudos (Cebap)* 1991; 31:25-40.
27. Coelho VSP. Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando. In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. 34; 2004. p. 255-69.
28. Tatagiba LA. Institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. In: Avritzer L, organizador. A participação em São Paulo. São Paulo: Editora UNESP; 2004. p. 323-70.
29. Schmitter P. Still the century of corporatism. *Review of Politics* 1974; 36:85-131.
30. Dryzek JS. Legitimidade e economia na democracia deliberativa. In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. 34; 2004. p. 41-62.

---

Artigo apresentado em 27/02/2006

Aprovado em 31/03/2006

Versão final apresentada em 17/04/2006