DOI:10.5007/2175-7984.2011v10n19p115

Política & Sociedade - Florianópolis - Volume 10 - Nº 19 - outubro de 2011

Os Conselhos Municipais de Saúde: uma revisão da literatura sobre seus limites e potencialidades

*Kênia Mara Gaedtke**
*Márcia Grisotti***

Resumo

O ineditismo e as proporções dos conselhos de saúde como ação de publicização do Estado fomentaram uma produção acadêmica bastante considerável sobre o tema. Grande parte destas produções apresenta o fato de que a institucionalização dos conselhos de saúde não garante necessariamente o efetivo controle social, participação e democratização nas/das políticas de saúde. Este trabalho procura rever parte desta literatura, mapeando os limites apontados e apresentando-os através das relações estabelecidas *no* e *a partir do* conselho municipal de saúde. Espera-se demonstrar que as dificuldades encontradas pelos conselhos para sua efetividade e legitimidade resultam de diversos fatores interdependentes, que, se analisados isoladamente, podem levar a conclusões simplistas.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Conselhos de Saúde, participação, controle social.

Introdução

As políticas públicas em geral, e as políticas públicas de saúde, em particular, são um importante objeto para a compreensão

* Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UFSC. Professora colaboradora na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis. Núcleo de Ecologia Humana e Saúde - Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina. Endereço eletrônico: anasaccol@ccs.ufsc.br.

** Professora do Departamento de Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Núcleo de Ecologia Humana e Saúde - Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política – UFSC. Endereço eletrônico: grisotti@fastlane.com.br.

sociológica da realidade brasileira. O processo de descentralização político-administrativo no Brasil, a partir da Constituição de 1988, fez da área da saúde o seu modelo mais amplo e radicalmente aplicado (FLEURY *et. al.*, 1997). Além disso, as políticas de saúde e de saneamento tiveram importante papel na penetração do Estado no território e na sociedade brasileira (HOCHMAN, 2006). Nesse contexto, torna-se pertinente o aprofundamento das trajetórias e configurações das políticas de saúde no Brasil, tendo como foco os mecanismos de controle social a partir da análise sobre o canal de participação social que se abre a partir da década de 1990: os Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Partindo deste pressuposto, este artigo traz uma compilação de informações utilizadas em trabalho anterior (GAEDTKE, 2011) e realiza uma revisão da bibliografia acerca dos conselhos municipais de saúde, procurando apontar os limites encontrados pelos CMS para que estes sejam efetivamente espaços de participação, deliberação e controle social. Sistematizando estas informações através das relações estabelecidas nos e a partir dos CMS, pretende-se evidenciar os maiores entraves vividos pelos CMS e quais aspectos referentes aos conselhos merecem estudos mais intensivos.

As políticas de saúde no Brasil: participação e controle social. Onde entram os Conselhos Municipais de Saúde?

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de um longo processo de lutas e negociações, sendo proposto e complementado na Lei Orgânica de 1990 e nas Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996. Com base nos preceitos da Constituição de 1988, este modelo de assistência em saúde prevê a operacionalização dos seguintes princípios:

> a) Universalidade e equidade – Acesso aos serviços de saúde garantido à toda a população, sem distinção, e levando em consideração as necessidades específicas de cada grupo e/ou indivíduo.

> b) Descentralização – As ações e os serviços de saúde passam a ser gestadas pelos estados, municípios, distritos e unidades locais de saúde, através da transferência de recursos e de poder de decisão.
>
> c) Integralidade – as ações de saúde devem estar voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, levando em conta que o usuário do sistema é um ser social integrante de uma realidade concreta. Este princípio prevê romper com ofertas descoordenadas dos serviços de saúde.
>
> d) Regionalização, hierarquização e resolutividade – em busca da máxima suficiência e eficácia nos atendimentos municipais e regionais, com unidades de saúde articulando-se conforme níveis de atenção, garantindo a referência e contra-referência dos usuários.
>
> e) Participação – Este princípio prevê que o SUS deve ser administrado com a participação direta dos usuários e trabalhadores da saúde, através principalmente das Conferências e dos Conselhos de Saúde. (BRASIL, 1992)

Mais de vinte anos após a criação do Sistema Único de Saúde, o que se percebe é que cada um destes princípios ainda apresenta uma série de dificuldades na busca por consolidação. Mesmo que se tenha a consciência de todos estão intrinsecamente ligados, neste trabalho propõem-se atenção especial a um destes princípios norteadores, que trata da participação e controle social. Para isso, é importante retomar a forma como o próprio conceito de "controle social" foi se invertendo. De acordo com Correia (2005), nas ciências política e econômica a expressão *controle social* é ambígua, construída no eixo da relação entre Estado e Sociedade Civil, e apresenta duas concepções diferentes. A primeira concepção entende controle social como controle do Estado sobre a sociedade. Neste sentido, segundo o Dicionário de Política, controle social é:

> o conjunto de meios de intervenção, quer positivos quer negativos, acionados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracteri-

> zam, de impedir e desestimular os comportamentos contrários às mencionadas normas, de restabelecer condições de conformação, também em relação a uma mudança do sistema normativo (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO, 1993, p.283).

Uma segunda concepção de controle social entende este como o controle da sociedade civil, ou de setores organizados da sociedade, sobre as ações do Estado. Para Correia (2005, p. 49):

> o campo das políticas sociais mostra-se contraditório, pois através delas o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo que incorpora suas demandas. É nesse campo contraditório das políticas sociais que nasce um novo conceito de controle social: atuação de setores organizados na sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às necessidades e demandas sociais e aos interesses da coletividade.

É nesta segunda concepção, fortalecida no contexto das políticas sociais, que a ideia de controle social passa a ser atribuída à participação da população. E o controle social em saúde, a partir da implantação do SUS, é previsto através dos conselhos e conferências, nas instâncias federal, estaduais e municipais.

A produção acadêmica sobre os Conselhos Municipais de Saúde

Quando se trata da produção acadêmica sobre os conselhos gestores municipais, percebe-se que já há uma literatura considerável sobre o tema. Côrtes (2004) divide essa literatura sobre conselhos em dois conjuntos de trabalhos: as pesquisas e avaliações que descrevem processos participativos em conselhos municipais particulares, e outros que elaboram panoramas gerais sobre os tipos de conselhos existentes. Para a autora, estes trabalhos

> formam um acervo de dados empíricos que tem subsidiado o debate acadêmico e político sobre o tema. Eles possibilitam a formulação de generalizações sobre o funcionamento e papel desempenhado pelos conselhos no contexto de cada área de política

> pública e nas transformações gerais que o sistema de proteção brasileiro enfrentou. (CÔRTES, *2004,* p. 251)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1992), Conselho de Saúde é o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixadas em lei. Os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais podem, conforme o Ministério da Saúde:

> 1. Atuar na formulação e controle de execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa;
>
> 2. Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível estadual e municipal;
>
> 3. Traçar diretrizes às diversas realidades epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
>
> 4. Propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;
>
> 5. Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde;
>
> 6. Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito das deliberações do Colegiado;
>
> 7. Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
>
> 8. Propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde;

9. Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde;

10. Estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;

11. Propor critérios para programação e para as execuções financeiras e orçamentárias dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;

12. Estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;

13. Elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;

14. Estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;

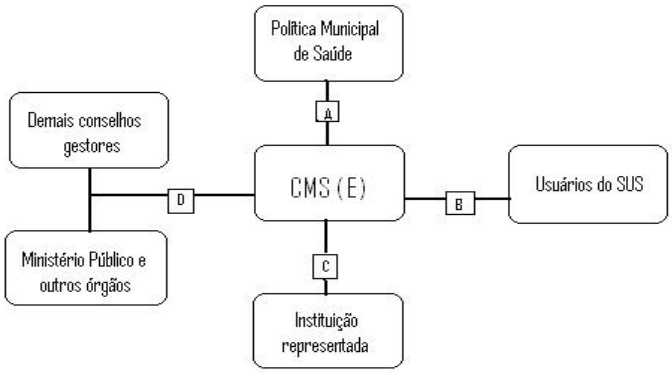
15. Definir outras atribuições estabelecidas pela Lei orgânica da Saúde e pela IX Conferência Nacional de Saúde. (*BRASIL, 1992*)

Desta forma o Conselho necessita atuar tanto na formulação quanto no controle social sobre a execução da política de saúde, e tendo como pressupostos: a) a paridade do número de representantes dos usuários em relação do total de número de representantes dos segmentos do governo, dos prestadores de serviço e dos profissionais de saúde; e b) os representantes devem ter plenas condições para serem os legítimos defensores dos segmentos que representam (Ministério da Saúde, *op. cit*.).

O que se percebe na literatura revista é que, mesmo com muitos avanços, ainda há vários limites impostos para que haja um efetivo êxito destes conselhos. As fragilidades apontadas pelos diversos autores foram categorizadas e organizadas na forma do fluxograma a seguir (embora se tenha a consciência das dificul-

dades de categorizar questões que se apresentam tão próximas e fluidas), que procura demonstrar as diferentes relações que se estabelecem a partir de um Conselho Municipal de Saúde, podendo servir de base para a construção de um panorama sobre os Conselhos no Brasil.

Figura 1 – Fluxograma Conselhos Municipais de Saúde



Fonte: Autores

Este fluxograma é uma tentativa de apresentar visualmente a complexidade que envolve uma análise dos conselhos municipais de saúde. Propor uma avaliação de êxito, participação e/ou efetividade de um CMS levando em conta apenas uma ou duas dessas relações pode ser um exercício demasiado simplista. Isso não significa que uma pesquisa não possa ou não deva priorizar uma análise centrada em algum aspecto específico, como sugere Heinich (2001, p. 123),

> examinar o *todo* de um campo social não quer dizer exatamente examinar *todos* os seus acontecimentos. Trata-se de descobrir primeiramente as estruturas fundamentais que imprimem a todos os acontecimentos de um dado campo social, uma orientação e uma morfologia específicas.

Neste trabalho propomos que se atente para, pelo menos, cinco diferentes relações. Isso não significa que sejam as únicas, mas são as mais profundamente acompanhadas aqui principalmente porque, sobre cada uma delas, é possível encontrar referências na literatura revista.

A - Relação do Conselho Municipal de Saúde com o processo decisório das políticas municipais de saúde

A relação entre o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde parece ser marcada por aproximações e afastamentos. Grisotti e Patrício (2006), em estudo em um CMS no Estado de Santa Catarina, detectaram um questionamento por parte de alguns membros da Secretaria Municipal de Saúde quanto à utilidade e à eficiência do CMS. Na mesma direção, Labra (2005) e Fleury *et. al.* (1997) destacam em seus textos que há críticas generalizadas à forma como as secretarias de saúde se relacionam com os CMS, sendo que muitas vezes estas fornecem informações sobre a gestão que são insuficientes para o desenvolvimento do trabalho do conselho (cf. SANTOS JUNIOR *et. al.,* 2004.). Gerschman (2004, p. 241) aponta, além da dificuldade que o executivo algumas vezes apresenta para encarar os conselhos como espaços deliberativos, também a dependência administrativa, financeira e técnica destes para com as secretarias. Não por acaso, este ponto é levantado em boa parte da literatura sobre os CMS. Segundo Correia,

> para o funcionamento do Conselho, faz-se necessária a existência de uma estrutura de apoio, como sala de reuniões, telefone/fax/internet/site, arquivo para documentos, endereço de referência para correspondências, além de uma secretaria executiva para fazer as atas das reuniões, xerocar e organizar subsídios, boletins informativos, etc. O Conselho precisa ter recursos próprios destinados pela secretaria de saúde à viabilização dessa estrutura de apoio. Tanto esses recursos como os necessários à participação dos conselheiros em seus fóruns próprios em nível regional, estadual e nacional e nas Conferências Estadual e Nacional de Saúde devem estar previstos nos Planos de Saúde da esfera correspondente (Correia, 2005, p.125).

Moreira e Escorel (2009) também apontam essa questão como uma dificuldade. Estes autores, ao pesquisar 98% dos CMS brasileiros, perceberam que a dimensão "autonomia"[1] é a que apresenta os piores resultados. Para eles,

> os CMS tendem a se tornar dependentes dos interesses políticos que dirigem o poder Executivo, ficando impedidos de, por exemplo, contratarem auditorias, pesquisas e consultorias que lhes agreguem capacidade e saber técnico; de consolidarem agendas com outros conselhos e instituições; e de estabelecerem relação diária com a população (MOREIRA e ESCOREL, 2009, p.804).

Para estes autores, uma das maiores dificuldades para a consolidação da democratização via CMS está na visão dos gestores ultrapresidencialistas, que tendem a compreender o avanço da inclusividade como ameaça ao seu poder. Assim, seria fundamental a existência de um binômio "prefeitura participativa e sociedade organizada" para esta consolidação.

Menicucci (2005), partindo de uma perspectiva neo-institucionalista, aponta a dificuldade de se inverter uma relação historicamente dada sem que as conseqüências das políticas anteriores não se façam perceber. Para a autora o processo de democratização:

> permitiu a constituição e influência no processo decisório de novos atores, portadores de propostas alternativas para a saúde, em uma situação de desequilíbrios institucionais favoráveis à inovação institucional, mas que, pelo legado anterior, tendeu a inovações limitadas (MENICUCCI, 2005, p.51-52).

Além disso, é importante atentar que a secretaria e o conselho não são os únicos atores no palco de decisões sobre a política municipal de saúde, pois há também instituições privadas de prestação de serviços, que coexistem fortemente com o SUS num histórico enlace (TEIXEIRA e OLIVEIRA, 1986; MENICUCCI, 2005) e que constituem legalmente o Sistema através da Saúde Suplementar.

1 Dentre as dimensões "acesso", "autonomia" e "organização", utilizadas na referida pesquisa.

Parece haver também uma forte influência das medidas tomadas em âmbito federal e estadual, que, mesmo que respeitem a autonomia municipal, acabam muitas vezes modificando a agenda pensada pelos munícipes. Há pesquisas que apresentam relatos de alguns conselheiros que reclamam dos pacotes de medidas impostos verticalmente às políticas de saúde dos municípios.

E ultrapassando as fronteiras nacionais, é preciso lembrar também que muitos autores destacam a influência que decisões macro, inclusive no cenário político-econômico internacional, têm sobre o modo como está estruturada a política de saúde nos municípios do país. Correia (*2005)* numa perspectiva gramsciana, irá colocar que a possibilidade de socialização entre governo e segmentos da sociedade

> está limitada pelas determinações macroestruturais da política econômica internacional e nacional, pelos interesses privatistas em jogo, pela falta de vontade política dos gestores, pela incipiente consciência de classe da classe subalternizada e pela sua frágil organização, pelo refluxo dos movimentos sindicais e populares, entre outros (CORREIA, 2005, p.14).

Como se vê, o ideal de participação social no SUS precisa ser pensado levando em consideração aspectos que estão muitas vezes além do poder de deliberação dos conselheiros. A multiplicidade de atores envolvidos pede um olhar sociológico bastante prudente e sensato ao esperar ações/soluções de apenas um ou outro indivíduo ou grupo envolvido.

B - Relação do Conselho Municipal de Saúde com a população usuária do SUS

Aqui uma das questões que nos parece mais importante é a visibilidade dos conselhos. Segundo o Ministério da Saúde (2001, p. 83),

> a visibilidade é uma condição que se caracteriza pela transparência da atuação dos conselhos. Neste sentido, devem ser criados canais de comunicação, por meio dos quais o Conselho presta contas

> do que faz à sociedade. A relação com os meios de comunicação local bem como a criação de boletins informativos e outros tipos de publicações, pelo próprio Conselho, são decisões importantes para garantir a visibilidade.

Correia (*2005*) coloca que há pouca visibilidade social das ações dos Conselhos. Gerschman (*2004,* p. 241) denuncia que algumas irregularidades que ocorrem levam a uma "completa inversão da ideia original dos conselhos", e faz uma forte crítica ao fato de que a maioria dos conselhos não opera como canalizador de demandas da população, não serve como espaço de denúncia e tampouco tem visibilidade (ou ações que visem ocupar espaços de comunicação) para as pessoas da localidade.

De fato, o número de cidadãos que sabem da existência ou, sabendo da existência, compreendem a função dos conselhos municipais de saúde parece ainda ser pequeno, sendo que um possível elemento de visibilidade para estes conselhos seria o fortalecimento dos conselhos locais, que se estabelecem mais próximos aos usuários, em suas comunidades. Grisotti e Patrício (*2006*, p.116) citam que alguns CMS, na tentativa de se aproximar dos usuários do SUS, realizam suas reuniões de forma itinerante, nas comunidades. No entanto, segundo as autoras, para o CMS, *"o significado de aproximação com a comunidade diz respeito ao deslocamento físico até a comunidade, mantendo-se a pauta de discussões sem alterá-las em função das especificidades da comunidade e das pessoas que estão presentes",* utilizando linguagem técnica e não contextualizando as discussões para as pessoas presentes.

Além disso, autores como Morita *et. al.* (2006, p. 54) criticam a forma como a burocracia impõe que da composição do conselho possam participar somente instituições formalmente organizadas, o que acaba por afastar grupos organizados e atuantes, mas que não têm estatuto legal e registro em cartório. Ainda mais crítica fica a situação de pessoas que não estão ligadas a qualquer tipo de organização ou associação, conforme destacado por Santos Junior *et. al.* (2004) e Coelho (2004). Ressalta-se assim que os autores analisados demonstram, quase que unanimemente, que ainda existe

uma dificuldade bastante aguda na relação dos CMS com a população usuária do SUS em geral.

C - Relação do Conselho Municipal de Saúde – e dos conselheiros especificamente – com as instituições ou entidades representadas

Uma das perguntas que se faz aqui é: "quem está sendo representado nos conselhos?" Há vários estudos que sugerem que o perfil dos representantes nos conselhos desenha uma espécie de elite participativa caracterizada por maior renda e escolaridade se comparada à média da população em geral. Lüchmann e Borba (2007), por exemplo, irão apresentar dados de municípios de Santa Catarina que corroboram com essa hipótese, assim como Santos Junior *et. al.* (2004) encontraram dados semelhantes em cinco regiões metropolitanas do país. Um apontamento a esse respeito é dado por Morita *et. al.* (2006, p. 54), que afirmam que as instituições costumam escolher o "melhor" ou "mais capacitado" como representante no conselho, o que, segundo estes autores, trazem questionamentos sobre a representatividade. Nesse sentido, discutem a ideia do representante como porta-voz, pois ainda há muita dificuldade em se realizar uma "representação representativa". Mesmo assim, as escolhas dos representantes podem estar vinculadas também a razões diferentes: tanto na literatura quanto na inserção ao campo empírico percebe-se que muitos conselheiros acabam sendo obrigados a representarem determinada instituição, sem vontade para tal, ou não confiando no poder de controle social do CMS. Estes aspectos fragilizam a representação, e distanciam o indivíduo conselheiro da base social da qual deveria ser reflexo. Segundo Correia (*2005,* p. 69), *"o conselheiro deve estar bem informado e deve manter vínculo orgânico com a entidade que representa, levando suas posições e defendendo os interesses coletivos".*

É possível perceber na literatura que os conselhos de saúde têm permitido a inserção dos usuários do sistema único de saú-

de de uma maneira inclusive mais eficaz que em outros conselhos (como o de assistência social, por exemplo, conforme Côrtes, 2004). No entanto, como já citado acima, uma camada significativa da população acaba sem representação de nenhum tipo nesses espaços. Coelho *(2004.*, p. 12) chama a atenção para o fato de que, não assegurando a todos os afetados pela política em questão a chance de terem seus interesses representados, é possível que haja *"uma situação onde se reforçará a exclusão daqueles segmentos que não estiverem representados nos conselhos"*.

Em relação à participação dos movimentos sociais nos conselhos, pode-se citar Gerschman (2004, p. 246), que aponta que o Movimento Popular de Saúde, figura fundamental no processo de democratização das políticas da área, hoje se divide em opiniões divergentes quanto à participação ou não nos conselhos de saúde, o que segundo a autora abre espaço pra inserção de entidades profissionais (como as entidades médicas) defenderem prioritariamente interesses corporativos.

> Com tudo isso, evidencia-se a perda dos espaços criados pela Reforma Sanitária para a efetivação da política de saúde, pois embora o movimento participe dos Conselhos, não os tem como próprios e decisórios para alcançar o sistema de saúde almejado pelas populações carentes (GERSCHMAN, 2004, p. 247).

Também Bógus (1998, p. 36) coloca que houve uma confusão em decorrência da criação dos conselhos, quando alguns movimentos sociais ligados à saúde não conseguiam distinguir os espaços, vendo os conselhos como seus prolongamentos. Para a autora, "*a diferença, que deve ser mantida, entre os movimentos sociais e seu espaço de atuação e o espaço de participação popular institucionalizada, significa que o primeiro deve alimentar o segundo, mas não pode ser identificado ou se confundir com este*".

Há outra questão vista como limite desta representação institucional: a frequente dificuldade de que ocorra uma comunicação

efetiva entre os conselheiros (tanto o titular quanto o suplente) e os demais membros da instituição representada, dificuldade que pode ocorrer tanto por problemas operacionais, como a falta de tempo hábil para isso, quanto por desinteresse de uma ou de ambas as partes em trocar essas informações. Lembrando os baixos índices de participação dos brasileiros na vida associativa, que refletem apatia e descrença da população na eficácia da participação e engajamento cívico, Labra evidencia que

> quanto à relação entre o conselheiro e a associação que representa, têm sido constatadas situações extremas: por um lado, inexistência de contatos; por outro, uma relação direta e estreita, sendo que este último caso, bastante freqüente, ocorre quando o conselheiro é ao mesmo tempo membro da diretoria de sua respectiva associação. Além disso, em geral, os conselheiros não consultam sua entidade previamente às reuniões do conselho ou não dão conta àquela das suas atividades e, quando fazem isso, a entidade raramente repassa as informações à comunidade (LABRA, *op. cit*., p. 377).

D - Relação do Conselho Municipal de Saúde com os demais conselhos gestores, e destes com outros mecanismos de controle social (Ministério Público, Corregedoria e Promotoria)

Este é um ponto que não recebe tanto destaque quanto outros na literatura referente aos conselhos municipais de saúde e tudo faz crer que estas relações deveriam ser objetos de um número maior de pesquisas, pois se entende que um conselho municipal de uma política específica, por mais atuante e fortalecido internamente e na sua relação com a secretaria, necessita estar inserido numa discussão ampliada sobre as políticas públicas não só da esfera municipal, mas também das demais. Acredita-se que isso lhe dá, além de maior visibilidade, também uma maior legitimidade e força no campo de disputa política.

Comerlatto *et. al.* (2007) defendem que é necessária uma intersetorialidade entre os conselhos gestores para que as políticas

públicas deliberadas em um município sejam realmente orientadas a partir da demanda da sociedade. No entanto, colocam que esta intersetorialidade ainda é um desafio a ser perseguido. Para Santos Junior *et. al*. (2004) os conselhos municipais, em geral, ainda estão pouco aparelhados para o exercício da função de monitoramento de políticas públicas. Assim, uma das questões desta pesquisa é identificar se o diálogo estreitado entre conselhos do mesmo município fortaleceria essa capacidade de fiscalização e monitoramento.

Os autores acima sugerem que uma forma dessa intersetorialidade ocorrer é através da criação de estruturas no interior da administração,

> do tipo "coordenadoria de conselhos municipais", responsáveis pela articulação e pela coordenação do funcionamento dos conselhos, com as atribuições de centralizar as informação referentes ao seu funcionamento e encaminhar suas resoluções e demandas para o poder público (SANTOS JUNIOR *et. al*., 2004, p. 42).

Já Correia (2005, p. 75) defende que é preciso *"articular as deliberações dos conselhos, suas denúncias e lutas em torno do direito à saúde com o Ministério Público, Comissões de Saúde das Assembléias Legislativas e das Câmaras de Vereadores, e com a Promotoria dos Direitos do Consumidor (Procon)"*.

E - As relações que se estabelecem no interior do Conselho Municipal de Saúde

Este é um ponto bastante importante, que evidentemente está relacionado com todos os demais, afinal, atentar para as minúcias das relações estabelecidas no interior dos conselhos pode trazer elementos fundamentais à pesquisa. Aqui entram questões como, por exemplo, o convívio dos conselheiros nas reuniões, a participação e a deliberação no interior dos CMS, as comissões, a infra-estrutura, e a capacitação dos conselheiros.

Sobre a participação no interior dos conselhos, Wendhausen (2005, p.157), partindo de uma análise foucaultiana de poder, co-

loca que há um grande silêncio em torno da participação, através da valorização apenas de um *discurso competente*, seja ele dos que detêm a autoridade hierárquica ou um saber instituído. Para a autora, esse silenciamento denunciaria o risco de que as práticas de participação podem, contrariamente ao que foi previsto, voltar-se contra a democracia. Esta preocupação com os conselheiros que estão nas reuniões, mas não tem uma participação efetiva nos trabalhos dos conselhos (especialmente na fiscalização e denúncia) também aparece em outros autores, como Morita *et. al.* (*2006*).

Muitos autores colocam que uma das causas possíveis da pouca participação de alguns conselheiros é o desconhecimento que estes têm tanto de seu papel quanto de como executá-lo. Nesse sentido, a importância da capacitação destes conselheiros é ponto comum em praticamente toda a literatura referente aos CMS. As leituras demonstram a grande adesão dos autores à ideia de que é fundamental que os conselheiros tenham oportunidades de construção e transmissão de conhecimentos.

Correia (2005), em seu livro voltado especificamente para a capacitação de conselheiros de saúde, afirma que esta é uma das grandes fragilidades destes espaços: *"os conselheiros, muitas vezes, não conhecem a dimensão do caráter deliberativo do conselho, não compreendendo, inclusive, seu papel"*. Para a autora,

> pode-se afirmar que a capacitação de conselheiros não levará à superação dessa realidade de alienação, descompromisso e manipulação, pois tal realidade tem determinantes bem maiores [...]. Mas poderá proporcionar ao conselheiro, dependendo da maneira como for conduzida, um maior acesso às informações diversas e o desenvolvimento de um senso crítico sobre a realidade social, política e econômica em que está inserido, legitimando uma agenda política que reafirme a efetivação do SUS e de seus princípios (CORREIA, 2005, p.16).

Wendhausen (2005, p. 158) coloca que *"a formação de conselheiros através de pólos de educação permanente é uma das alternativas para socializar informações que são fundamentais para sua atuação."*

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) formulou, a fim de

atender a uma demanda de todas as regiões do país, diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde. Neste documento (BRASIL, 2003), o CNS afirma que

> é fundamental desencadear processos de capacitação de Conselheiros de Saúde que possibilitem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial adequado a princípios e diretrizes, também uma compreensão ampliada de saúde, na qual seja possível uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do Conselho possa ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida (BRASIL, 2003, p. 7).

As diretrizes colocam a necessidade de uma capacitação descentralizada, contínua e permanente, levando em consideração as particularidades de cada estado e município. A preocupação com que estes momentos não sejam meros "eventos", com transmissão verticalizada de conhecimentos, do técnico para o leigo, remete à leitura de Oliveira (2004), que trata da informação e da comunicação no interior dos conselhos de saúde e destes com a comunidade.

De acordo com o autor, a importância das ações de comunicação e de informação tem tido cada vez mais destaque nas conferências nacionais de saúde, principalmente porque estas ações viabilizariam uma maior participação no controle social das políticas de saúde. Ainda assim, para Oliveira (*op. cit.*), a ênfase dada a esses conceitos é muito mais instrumental e prescritiva, e não dialógica, como seria de supor ao se pensar na trajetória popular e democrática de formulação e implantação do SUS.

> Não basta constatar a necessidade ou a importância da comunicação e da informação, mas o de passar desse estágio para outro em que sejam efetivados, concretamente, políticas, processos e recursos de comunicação e informação (preferencialmente dialógicos) para o exercício democrático do controle social e da participação popular no Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA, 2004, p. 68).

Para este autor, o controle público através da participação popular nos CMS pode estar sendo dificultado pelas relações so-

ciais assimétricas que determinam os alcances e os limites comunicacionais e informacionais, tanto do CMS com a comunidade, quanto em seu interior. Para além do trabalho de Oliveira, pesquisas recentes como as apresentadas por Cotta, Cazal e Martins (2010) e Oliveira e Pinheiro (2010) demonstram que as capacitações permanentes e de qualidade para os conselheiros de saúde continua sendo um dos pontos mais frágeis no processo de consolidação dos conselhos.

Por fim faz-se necessário apontar as questões referentes à infra-estrutura de um CMS, afinal, por mais capacitados e engajados que estejam os conselheiros, as dificuldades de não se ter local adequado para os encontros, material de escritório e de comunicação, ou um funcionário responsável pela execução da secretaria podem acabar desestimulando e até inviabilizando as atividades dos conselheiros, especialmente dos representantes do segmento usuário, que dificilmente recebem alguma ajuda de custo das associações que representam. A relevância deste aspecto é citada por diversos autores (CÔRTES, 2009; MOREIRA & ESCOREL, 2009; CORREIA, *op. cit.* entre outros), e parece estar ainda mais presente em municípios de menor porte, onde as condições de efetivação do trabalho do CMS esbarram em obstáculos ainda maiores (Gerschman, 2*004*.). Em sua pesquisa, Moreira e Escorel (*2009*, p. 795.) confirmam que *"a distribuição por portes populacionais revela que os melhores resultados são os dos CMS de cidades com mais de 250.000 habitantes, e os piores, de população inferior a 50.000",* o que segundo os autores ocorre devido à dependência dos CMS em relação à secretaria municipal de saúde, e por estes municípios menores registrarem, geralmente, uma sociedade civil não tão mobilizada, e menos acostumada à negociação e à articulação política.

Ao menos neste ponto, é possível associar praticamente todos os autores citados: há uma confirmação de que a efetividade do CMS só se dará quando a população do município estiver ciente (e atuante) de sua existência, função e necessidade. Uma sociedade organizada e mobilizada poderá transformar um espaço meramente formal em palco de formação cidadã, negociações

e deliberações importantes para a política de saúde do município. Segundo Gerschman (*2004,* p. 244), *"a efetividade dos conselhos relaciona-se à pressão exercida pelos usuários, pelos movimentos sociais organizados e profissionais de saúde e à maior proximidade da população com as autoridades locais".*

Considerações finais

Há hoje uma produção considerável sobre os conselhos municipais de saúde em todo o país. Longe de esgotar o debate sobre estes espaços, este número expressivo de trabalhos permite a criação de um conjunto de informações importantes não apenas para a academia, mas também (e principalmente) para as instâncias políticas, onde o constante acompanhamento dos CMS contribui para seu aprimoramento e também para a própria sociedade civil. Citando Minayo (*in* GRISOTTI e PATRÍCIO, *op. cit*., p.13*): "Chegou o momento de todos os que nos empenhamos na construção do SUS termos coragem de enfrentar o lado difícil da sua implementação".*

Focar a análise a partir dos limites dos CMS não desmerece o SUS, mas certamente aponta novos caminhos a serem percorridos em busca de um efetivo controle social, por parte de todos. A partir da leitura destes trabalhos, conclui-se que um dos pontos que merece maior atenção através de uma análise sociológica é, de fato, a articulação destes CMS, tanto dentro do setor saúde (através da relação com outros CMS da região, com os conselhos estadual e nacional, e com o poder executivo do município), quanto com outros setores.

Os Conselhos Municipais de Saúde, assim como os demais conselhos gestores em todo o território nacional, parecem ser marcados por avanços e retrocessos. Não há como falar em constância em um espaço que concentra tantas opiniões, expectativas e interesses diferentes. As mudanças internas - de gestão do conselho, de membros da mesa diretora ou de comissão e a entrada ou saída de algum conselheiro específico, ou funcionário da secretaria executiva – por si só já podem ser fatores que determinem o andamento dos trabalhos em um conselho. Mais do que isso,

percebe-se cada vez mais que as articulações dos conselhos com outros espaços são questões-chave para a resolutividade, legitimidade e reconhecimento dos conselhos municipais de saúde.

Recebido em: 23.02.2011
Aprovado em: 2.08.2011

Referências

BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade – para uma teoria geral da política**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N. ; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília: Edunb, 1993.

BÓGUS, C. M. **Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento**. São Paulo: Annablume/FAPESP, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho de Saúde. **Guia de referência para a sua criação e organização**. Brasília. 1992.

_____. **O SUS e o controle social**: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília: Ministério de Saúde 2001.

_____. **Diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COMERLATTO, D., COLLISELLI, L., KLEBA, M. E., MATIELLO, A. ; RENK, E. C. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis**, vol. 10, n.2. Florianópolis: UFSC, 2007.

COELHO, V.S.P. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? *In*: COELHO, V.S.P ; NOBRE, M. **Participação e deliberação:** teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: editora 34, 2004.

CORREIA, M.V.C.. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CÔRTES, S.V. Arcabouço Institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. *In*: SANTOS JUNIOR, O.A.; RIBEIRO, L.C.Q. & AZEVEDO, S. (orgs.) **Governança democrática e poder local** – a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan/Fase, 2004.

_____. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública [online],** vol.25, número 7, 2009.

COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M. ; MARTINS, P.C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência e saúde coletiva [online].** 2010, vol.15, n.5, pp. 2437-2445.

FLEURY, S.; CARVALHO, A.I.; MANOTAS, N.; BLOCH, R.; NEVARES, S. **Municipalização da saúde e poder local no Brasil**. Artigo apresentado no 21º ENANPAD, 1997.

GAEDTKE, K.M. **As relações intersetoriais nos conselhos municipais de saúde:** um estudo de caso nos conselhos de Joinville, Jaraguá do Sul e Balneário Barra do Sul – SC. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Universidade federal de Santa Catarina, 2011.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa – um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GRISOTTI, M. ; PATRICIO, Z. M. **A Saúde coletiva entre discursos e práticas** - A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde. Florianópolis: UFSC, 2006.

HEINICH, C. **A sociologia de Norbert Elias**. Bauru: EDUSC, 2001.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LABRA, M.E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. *In*: LIMA, N. T. (org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LÜCHMANN, L.H.H. ; BORBA, J. **Estruturas de oportunidades políticas e participação: uma** análise a partir das instituições emergentes. Trabalho apresentado no XXXI Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu/MG, 2007.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MONNERAT, G. L. ; SOUZA, R. G. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Revista SER Social**, Brasília, vol. 12, n. 26, p. 200-220, jan/jun 2009.

MOREIRA, M.R. ; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva (especial Dossiê 20 anos SUS)**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.

MORITA I.; GUIMARÃES, J.F.C. ; MUZIO, B.P.A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Revista Saúde e Sociedade**. Vol. 15, n. 1, 2006.

OLIVEIRA, L.C. ; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [online]. Vol, 15, n. 5, 2010.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade** [online] v.13, n.2, 2004.

SANTOS JUNIOR, O.A.; RIBEIRO, L.C.Q. ; AZEVEDO, S. (orgs.) **Governança democrática e poder local – a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan/Fase, 2004.

TEIXEIRA, S.F. ; OLIVEIRA, J.A.A. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1986.

WENDHAUSEN, A. Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde. *In*: KLEBA, M.E. ; HASS, M. (orgs.) **Dossiê gestões públicas democráticas e experimentos participativos**. Chapecó: Argos, 2005.

Abstract

The Municipal Health Councils: a literature review of their limits and potentialities

The unprecedented nature and extension of the health councils as an action of the State has brought a considerable increase in academic researches on this topic. They agree that the institutionalization of health councils does not necessarily guarantee effective social control, participation and democratization in health care policies. This paper seeks to review part of this literature, mapping the limits indicated and presenting them through the relationships established inside and outside of the municipal health councils. We expect to show that the difficulties met by councils for their effectiveness and legitimacy are related to several interdependent factors, which, if analyzed per se can lead to simplistic conclusions.

Keywords: Unified Health System, Health Councils, participation, social control.