



# XIV Encontro Nacional da ANPUR

23 a 27 · maio · 2011 · Rio de Janeiro

---

XIV ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR

Maio de 2011

Rio de Janeiro - RJ - Brasil

---

OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL: ESPAÇOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

**Julio Cesar de Lima Ramires** (Universidade Federal de Uberlândia) - ramires\_julio@yahoo.com.br

*Professor do Instituto de Geografia e do Programa de Pós-graduação em Geografia, pesquisando temática urbana com interfaces com a área da saúde*

## Os Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: Espaços da Participação Social

**Resumo:** Este texto tem como objetivo apresentar algumas reflexões críticas sobre o processo de implantação dos Conselhos Municipais de Saúde no país, apontando suas potencialidades e limites, enquanto importante instância de formulação de políticas públicas. A partir de um levantamento sobre a temática dos conselhos municipais de saúde, procurou-se apreender os mecanismos da participação da sociedade no setor da saúde. Adicionalmente utilizou-se o banco de dados do PARTICIPANETSUS, da Fundação Oswaldo Cruz/ENSP que possui um conjunto de indicadores sobre organização, funcionamento, autonomia, democratização e legislação regulando os Conselhos de Saúde no país. A abordagem quantitativa apresentada neste trabalho são importantes para traçar um panorama geral dos mais de 5 mil conselhos municipais do país, mas são insuficientes para captar a complexidade de sua dinâmica interna. Os estudos de caso precisam ser estimulados no sentido de apreender aspectos qualitativos dessa dinâmica, apreendendo suas particularidades, contradições, problemas e potencialidades.

## Introdução

Ao introduzir a necessidade de controle social e participação popular, o Sistema Único de Saúde promoveu a criação dos Conselhos de Saúde em diferentes esferas de governo, tendo um papel importante nas fases de elaboração e implementação dos planos municipais de saúde incluindo demandas que geralmente são ignoradas pelos gestores locais.

A consolidação do SUS não é apenas um projeto de reformulação do setor saúde, mas um projeto de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática, e os Conselhos de Saúde são uma importante vertente desse processo. A participação popular na saúde ganha destaque a partir da década de 1990, e atualmente é possível encontrar experiências bem sucedidas em municípios brasileiros.

Segundo Coelho (2007), os Conselhos Gestores de Políticas de Saúde, Educação e Meio Ambiente criados a partir da década de 1990, contribuíram para a mudança do perfil e escopo da participação da sociedade civil nas políticas públicas.

Deve-se ressaltar que, no caso da Saúde, a legislação federal condiciona os repasses financeiros para os Estados e Municípios à existência de conselhos de saúde. Assim sendo, a totalidade dos municípios brasileiros possuem Conselhos Municipais de Saúde, merecendo questionamentos sobre as suas condições de funcionamento e o seu real significado na ampliação dos canais de participação democrática.

Gohn (2003), destaca que as grandes metrópoles brasileiras tem sido palco de novas formas de associativismo civil, tais como as cooperativas de produção, fóruns e assembléias permanentes, redes de ONGs, observatórios da cidadania e acompanhamento de políticas públicas, dentre outros. Assim sendo,

No novo cenário, a sociedade civil se amplia para entrelaçar-se com a sociedade política, com os aparelhos governamentais, via políticas públicas. Desenvolve-se o novo espaço público denominado público estatal, no qual irão situar-se os conselhos, fóruns, redes e articulações entre a sociedade civil e representantes do poder público para a gestão de parcerias da coisa pública que dizem respeito ao atendimento das demandas sociais. (GOHN, 2003, p. 46)

Segundo avaliação de Moreira e Escorel (2009, p. 804) sobre os conselhos municipais de saúde essas entidades

são uma realidade no arcabouço institucional brasileiro: em dezessete anos, foram criados em 5.564 municípios, arregimentando um contingente de cerca de 72.000 conselheiros titulares, 20% a mais do que os cerca de 51.000 vereadores do país. Dos conselheiros, aproximadamente 36.000 representam os usuários do SUS, tendo sido indicados por quase 28.000 entidades da sociedade civil. Os números demonstram o avanço da inclusividade no setor saúde em nível municipal. Reforçando-os e atribuindo-lhes novas qualidades, o desempenho positivo das variáveis da dimensão "acesso" indica que os CMS também abrem espaços para a participação da população não-organizada e para que conselheiros de todos os segmentos cheguem à presidência.

Os conselhos gestores não vão resolver todos os problemas e iniquidades da sociedade brasileira, mas representam uma possibilidade de penetrar no aparato estatal e por essa via democratiza-lo, tornando-o mais acessível ao controle dos cidadãos.

Não se pode desconsiderar o papel que os Conselhos Municipais de Saúde têm tido na consolidação do SUS. Apesar das fragilidades da organização sociedade brasileira, estas entidades vem progressivamente se tornando um canal institucional definido em lei para o exercício do controle social, inaugurando novas formas de gestão local. Monnerat et al. (2002, p. 516) destacam que “é forçoso constatar que a construção desse novo lugar de fazer política esbarra com freqüência em atores e interesses tradicionais no cenário local, convivendo com certos vícios elitistas e clientelísticos que se revelaram em traços de cooptação de lideranças locais”.

Coelho (2007), destaca que o desenho institucional dos Conselhos de Saúde pode desempenhar um aprofundamento do potencial democrático dessas entidades, sugerindo mecanismos de aperfeiçoamento de seleção dos seus membros e de participação de todos os membros nas discussões e processos decisórios.

Castro (2005, p. 36), por sua vez, ao analisar os conselhos e consórcios municipais de saúde implantados no país, destaca a importância do município enquanto recorte espacial privilegiado na análise da dimensão política do território e de suas instituições, destacando que “nele se materializa a institucionalidade da política mais próxima do cidadão, onde podem se desenvolver os fundamentos para o fortalecimento da democracia representativa e participativa ou, pelo contrário, podem ser gestados os elementos de rupturas no processo de uma ordem democrática”.

Para o fortalecimento da democracia participativa, Santos e Avritzer(2002) apontam a necessidade de fortalecimento da demodiversidade; fortalecimento da articulação contra-hegemônica entre o local e o global; bem como criar mecanismos de superação do confinamento da participação ativa dos cidadãos na escala local, e a ampliação do experimentalismo democrático, tendo em vista que muitas experiências bem-sucedidas de participação foram adquiridas experimentalmente.

Santos (1999), por outro lado, nos fala de um Estado Experimental, ou seja,

O Estado experimental deve não só garantir a igualdade de oportunidades aos diferentes projetos de institucionalidade democrática, mas deve também - e é este o segundo princípio de experimentação política - garantir padrões mínimos de inclusão, que tornem possível a cidadania ativa necessária a monitorar, acompanhar e avaliar o desempenho dos projetos alternativos. Este padrões mínimos de inclusão são indispensáveis para transformar a instabilidade institucional em um campo de deliberação democrática. O novo Estado de bem-estar é um estado experimental e é a experiência contínua com a participação ativa dos cidadãos que garante a sustentabilidade do bem-estar.” (SANTOS, 1999, p. 126)

Souza (2006, p. 410) aponta três grandes conjuntos de obstáculos à participação

popular: a cooptação por parte das forças do aparelho do Estado, as dificuldades de implementação, tais como, pressão dos lobbies, conflitos político-ideológicos entre grupos, resistência dos planejadores e a problemática das desigualdades sociais dificultando a participação dos mais pobres. Esses três obstáculos podem ser pensados na análise dos Conselhos Municipais de Saúde, destacando a influência da dimensão espacial nesse processo.

Para Tótor e Chaia (2004), os conselhos não mereceram o mesmo destaque que os partidos, o parlamento e o estado, no pensamento político. As referidas autoras, baseadas na análise de Arendt (1988) sobre o tema, relatam que o surgimento dos conselhos no cenário histórico mundial evidenciam as possibilidades da política enquanto ação inusitada e imprevisível. Assim,

Os conselhos enquanto forma inédita de ação política, objetivavam dar realidade à liberdade política, criar um espaço público que proporcionasse a oportunidade de engajamento nas atividades de expressão, discussão e decisão das questões de caráter político. A emergência dos conselhos é a prova histórica da criação de formas políticas que viabilizassem a liberdade política, isto é, aquela liberdade que assegura aos cidadãos tomarem parte ativa na vida pública. (TÓTORA e CHAIA, 2004, p. 194)

Ainda ressaltam que

Da visão de Arendt podemos reter duas dimensões de análise acerca da emergência dos conselhos. A primeira visa marcar um sentido do agir político como experimentação, imprevisibilidade e do seu potencial de criação de uma nova forma política. Esse sentido contrasta com as concepções que aprisionam o político à busca da estabilidade, que se constrói em torno do medo e da garantia de segurança para conter o inesperado do acontecimento. (TÓTORA e CHAIA, 2004, p. 195)

As referidas autoras também destacam o novo conteúdo dos conselhos, ou seja,

controlar e fiscalizar o poder instituído são prerrogativas novas que distinguem os conselhos atuais. Historicamente, como visto, os conselhos se constituíram como autogoverno dos cidadãos, autogestão do trabalho em contraposição às formas hierárquicas e centralizadas do poder. (TÓTORA e CHAIA, 2004, p. 201)

Os conselhos também são identificados por diversos autores como “instituições híbridas”, por serem formados em parte por representantes do estado, e em parte, por representantes da sociedade, com poderes consultivos e/ou deliberativos.

Gohn (2007), nos lembra que a partir da década de 1990 a discussão do conceito de participação cidadã/social procurou não se restringir apenas aos grupos sociais excluídos (participação popular e participação comunitária). Assim sendo,

o conceito de participação cidadã está lastreado na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e uma nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas a partir de um debate político. (GOHN, 2007, p. 57)

Assim sendo, são criadas novas institucionalidades visando viabilizar a participação social no arcabouço jurídico institucional do Estado, tais como os conselhos gestores de diferentes políticas públicas setoriais, as conferências, fóruns, dentre outros.

Dagnino (2002), nos lembra que a participação da sociedade civil no Brasil se desenrola a partir dos anos 1980, em um campo marcado pelo aprofundamento da democracia e da expansão do projeto neoliberal, que isenta progressivamente o Estado dos direitos sociais. Santos Jr., Azevedo e Ribeiro (2004), também destacam que a criação e disseminação dos conselhos municipais no país, estão relacionados à agenda liberal de reforma do Estado e não estão restritos às fronteiras nacionais, e muitos organismos internacionais, por exemplo, condicionam empréstimos e investimentos à existência de mecanismos de participação da sociedade, dentre eles, os conselhos gestores de políticas públicas.

No caso brasileiro, a novidade promovida pela proliferação dos conselhos a partir da década de 1990, segundo Gohn (2007), está na possibilidade de reordenar as políticas públicas na direção de formas de governança democráticas. Os conselhos passam a fazer parte da esfera pública por força de lei, atuando juntamente com o executivo na formulação e execução das políticas públicas em diferentes setores. A referida autora ainda nos chama a atenção para o fato de que os conselhos podem ser instrumentos valiosos para a gestão democrática e participativa, podendo alterar a natureza do poder local, como também, se tornarem estruturas burocráticas formais reprodutoras de políticas elaboradas por cúpulas de poder, ou seja, não estão isentos das contradições da sociedade e das dinâmicas sociopolíticas.

Conforme nos lembra Gerschman (2004), o conceito de controle social é originário das ciências sociais e apresenta ambiguidades por representar tanto o controle do Estado sobre a sociedade por meio de suas instituições com o intuito de gerenciar os conflitos, bem como a fiscalização e controle da sociedade civil na gestão da esfera pública.

Este texto tem como objetivo apresentar algumas reflexões críticas sobre o processo de implantação dos Conselhos Municipais de Saúde no país, apontando algumas potencialidades e limites dos Conselhos Municipais de Saúde, enquanto importante instância de formulação de políticas públicas.

## **Os dados sobre os Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: uma apresentação**

A partir de um amplo levantamento sobre a temática dos conselhos municipais de saúde, procurou-se apreender os limites e potencialidades da participação da sociedade no setor da saúde. Adicionalmente utilizou-se o banco de dados do PARTICIPANETSUS. A criação desse portal foi realizado no âmbito da pesquisa “Monitoramento e apoio à gestão participativa do SUS”, por um grupo de pesquisados da Escola Nacional de Saúde Pública

Sérgio Arouca/FIOCRUZ, que coletou um conjunto de dados sobre organização, funcionamento, autonomia, democratização e legislação regulando os Conselhos de Saúde no país. Esse projeto de pesquisa e a consequente criação do portal, objetivou estabelecer um “estado da arte” dos conselhos de saúde no país, disponibilizando essas informações para o poder público e toda a sociedade.

O instrumento de coleta de dados foi encaminhado para todos os Conselhos Municipais de Saúde do país (5.564) e respondido por 5.463 (98%), que constituem o banco de dados para o ano de 2007. Um conjunto de 50 variáveis estão disponíveis no referido portal. No quando 1, pode conhecer essas variáveis.

Quadro 1 – Descrição das variáveis do portal ParticipaNetSus

Agrupamento	Variáveis
Presidência	Segmento do presidente; idade do presidente; sexo do presidente; escolaridade do presidente.
Estrutura organizacional	Possui secretaria executiva; secretário executivo conselheiro; possui equipe de apoio administrativo; elabora plano de trabalho; ano de criação do conselho; regimento interno; início da atual gestão; duração do mandato dos conselheiros; forma de regulação dos mandatos; n.º de mandatos que o conselheiro pode exercer; n.º de conselheiros usuários; n. de conselheiros gestores; n.º de conselheiros trabalhadores da saúde, n.º de conselheiros prestadores de serviços; n.º de conselheiros titulares; capacitação realizada em 2003; capacitação realizada em 2004; substituição de conselheiros; presidente eleito em plenário; possui mesa diretora; possui dotação orçamentária; dos recursos de 2004, em que o conselho mais gastou.
Estrutura física e equipamentos	Possui sede; possui linha telefônica; possui computador; possui internet; avaliação da estrutura física do Conselho Municipal de Saúde
Funcionamento	Periodicidade das reuniões; reunião não realizada por falta de quorum; quorum para aprovação das deliberações; forma de apresentação das deliberações; o conselho articula-se com o Ministério Público; reuniões registradas em atas; atas submetidas à aprovação; ata disponíveis para consulta pública; reuniões abertas à população; divulgação de datas e locais de reuniões à população; população com direito à voz; comissões permanentes em funcionamento; outras comissões ou grupos de trabalho em funcionamento; Plano Municipal de saúde; participação no Plano Municipal de Saúde; ano da última conferência municipal de saúde; o município possui Conselho Local de Saúde; o município possui Conselho Distrital de Saúde; o município possui Unidade de Saúde; Conselho de segmento específico da população.

Fonte: Fiocruz/Ensp. ParticipaNetSus, 2010.

A partir dessas variáveis foram construídas índices com o intuito de avaliar o nível de democratização, estrutura física e de equipamentos, gestão, autonomia, pleno funcionamento, bem como a adequação à Resolução n.º 333 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a criação e funcionamento dos conselhos de saúde. Essas variáveis podem ser cruzadas e analisadas segundo as regiões, estados, municípios e porte populacional dos municípios, podendo ser classificados em: incipiente, com dificuldades,

bom e ótimo. No Quadro 2 observa-se a descrição desses indicadores.

Quadro 2

Descrição dos indicadores aplicados na análise dos conselhos municipais de saúde

Indicadores	Descrição
Índice de autonomia dos conselhos de saúde - IACS	Conjuga a capacidade dos Conselhos de gerirem ou administrarem a si mesmos, estipulando suas próprias normas e regras internas, independentemente de influências externas; a capacidade dos Conselhos de articularem-se com instâncias, órgãos e/ou entidades da sociedade civil e das três esferas da administração pública; capacitação dos conselheiros; e as condições físicas, materiais (equipamentos) e financeiras para o exercício de suas atividades.
Índice de democratização dos conselhos de saúde - IDCS	Consiste na efetiva promoção, por parte dos Conselhos, de condições que atendam aos preceitos da democracia, buscando promover, incentivar, assegurar e resguardar a participação popular e a equidade na representatividade das entidades e segmentos, além de evitar o estabelecimento de hierarquizações, privilégios e encapsulamentos de poder na presidência dos Conselhos de Saúde.
Índice de gestão dos Conselhos de saúde - IGCS	Consiste na capacidade dos Conselhos em organizarem-se e agirem de maneira tal que estejam garantidas as atividades de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos temas tratados em suas reuniões plenárias. Transcende, portanto, a idéia simples de gerência, ao assumir feições operacionais, instrumentais e políticas.
Índice de estrutura física e equipamentos – IEFE	Sintetiza a existência e disponibilidade de recursos e elementos materiais (equipamentos), considerados básicos para o funcionamento dos Conselhos de Saúde.
Índice de pleno funcionamento dos conselhos – IPF	Resulta da média aritmética dos outros 4 Índices e consiste na funcionalidade/capacidade de funcionamento dos Conselhos, de modo a exercer, na plenitude, suas competências, atuando na formulação, controle e execução das políticas de saúde e, gerando condições propícias para a existência, a sustentação e o desenvolvimento da Participação Popular e do Controle Social.
Índice de adequação à Resolução nº 333 – IA33	Abrange os indicadores relacionados com as normatizações e recomendações sobre o estabelecimento, organização, estrutura, funcionamento e competências dos Conselhos de Saúde, propostas e especificadas na Resolução nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde.

Fonte: Fiocruz/Ensp. ParticipaNetSus, 2010.

## Características dos Conselhos Municipais de saúde no Brasil

Tendo em vista a grande riqueza dos dados existentes no portal ParticipaNetSus, nossa análise procurou se concentrar nos indicadores relativos à adequação à Resolução nº 333, autonomia e democratização dos conselhos, estrutura física e equipamentos, gestão e funcionamento.

Conforme pode ser visto na Tabela 1, os indicadores demonstram que 61% dos



CMS possuem um bom índice de democratização; 64% possuem bom índice de adequação à Resolução 333; 53,7% possuem dificuldades referentes à gestão; a maioria dos conselhos apresentam bom e ótimo índice de pleno funcionamento; cerca de 66% possuem ótima e boa infra-estrutura física e equipamentos. Esses números apontam um quadro geral de grandes fragilidades dos CMS no território nacional, demonstrando que muito ainda precisa ser feito no sentido de avançar o controle social em saúde. Merece destaque o fato de que cerca de 90% dos conselhos apresentarem bom e ótimo índices de democratização, evidenciando que em termos quantitativos, houve avanços nessa dimensão.

Segundo dados apresentados por Moreira (2009), verifica-se uma grande diversidade de atores atuando nos CMS, permitindo que quase 58 mil instituições tenham a possibilidade de participação na construção da política de saúde nos municípios brasileiros. Esse número, por si só, representa um avanço para a democratização das políticas públicas, na medida em que, vários segmentos da sociedade podem expressar suas demandas frente ao poder decisório.

Tabela 1  
Brasil: Situação dos conselhos municipais de saúde segundo indicadores de autonomia, democratização, gestão, pleno funcionamento, infra-estrutura física/equipamentos e adequação à resolução nº. 333 - 2007

Índices	Situação dos conselhos municipais							
	Incipiente		Com Dificuldades		Bom		Ótimo	
	No	%	No	%	No	%	No	%
IACS	420	7,68	3.560	65,17	1.381	25,28	101	1,84
IDCS	148	2,70	483	8,84	1.508	27,60	3.322	60,83
IGCS	316	5,78	2.937	53,77	2.069	37,87	140	2,56
IPF	148	2,70	2.119	38,79	3.009	55,08	186	3,40
IEFE	1854	33,94	1402	25,67	1574	28,82	632	11,57
IA333	118	2,16	1.702	31,16	3.479	63,69	163	2,98

Obs.: IACS = Índice de autonomia; IDCS = Índice de democratização; IGCS = Índice de gestão; IPF = Índice de pleno funcionamento; IA333 = Índice de adequação à Resolução no 333; IEFE = Índice de estrutura física e equipamentos.

Fonte: Fiocruz/Ensp. ParticipaNetSus, 2010.

Dados do portal ParticipaNetSus, indicam que 70% dos CMS elegem seu presidente, 70% divulgam as reuniões, em 87% as reuniões são abertas e em 76% há direito à voz a todos os participantes. Porém, isso não é garantia para que a representação e as ações sejam de fato, democratizantes. Muitos problemas já foram constatados em pesquisas acadêmicas que procuraram analisar de forma mais aprofundada o funcionamento e a dinâmica interna de alguns conselhos municipais de saúde no país.

Moreira e Escorel (2009) destacam que os CMS com melhores condições de

autonomia e organização estão em municípios com uma sociedade civil mais mobilizada e com maior tradição de participação social, e isso acontece, geralmente, nos municípios com mais de 100 mil habitantes.

Em termos de representação, no segmento dos usuários destacam-se as associações de moradores, grupos religiosos e entidades de trabalhadores. Apesar da retração dos movimentos sociais calcados nas associações de moradores na década de 1990, em muitas cidades brasileiras, especialmente nas grandes metrópoles e cidades médias, essas entidades ainda se fazem presentes de forma majoritária nos conselhos municipais de saúde. Outro fato relevante é o papel dos grupos religiosos, especialmente a expansão das igrejas evangélicas, que tem ocupado um importante papel na canalização e encaminhamento das demandas da população, incluindo aquelas relacionadas a uma melhor qualidade de vida por meio da espiritualidade, com implicações diretas e indiretas sobre a saúde da população.

Moreira et al (2008), entretanto, apontam a necessidade de análise locais das associações de moradores, na medida em que essas entidades podem ser cooptadas pelas máquinas administrativo-eleitorais de políticos, parlamentares, partidos políticos, além do tráfico de drogas. Labra (2005) também aponta as limitações decorrentes da representação dessa entidades, ao afirma que

as associações de moradores tendem a reproduzir no seu interior traços semelhantes aos que atravessam a sociedade brasileira, como oligarquização da cúpula, clientelismo, escassa participação das comunidades, pouca ou nenhuma transparência nas decisões e prestação das contas etc. Esses vícios, unidos à baixa taxa de renovação dos dirigentes, repercutem no processo de escolha de representantes para o CS e na recondução da mesma pessoa, já que ela é feita sem consulta aberta à comunidade. (LABRA, 2005, p. 376)

Algumas variáveis do ParticipaNetSus indicam que predominam em muitos conselhos uma prática de aprovação da política municipal sem uma discussão aprofundada no âmbito do conselho de saúde, tendo em vista que muitas já chegam prontas para serem votadas. Deve-se ainda ressaltar que em muitos municípios não existe um Plano Municipal de Saúde.

As secretarias municipais de saúde são responsáveis pela infra-estrutura física, recursos humanos e financeiros necessários ao funcionamento dos conselhos, e isso acaba tendo uma influência na sua dinâmica interna. Isso pode se ser reforçado quando o presidente do conselho é o secretário municipal de saúde. Para o contexto nacional, verifica-se, por meio do ParticipaNetSus, que 81 % dos conselhos não possuem sede própria, 81% não possuem equipes de apoio, 87% não possuem orçamento próprio e 37% não tem linha telefônica. Assim sendo, a capacidade de autonomia do conselho fica muito comprometida.

Para a dimensão organização, um percentual elevado de conselheiros ( 70% em 2003 e 90% em 2004), não passaram por processo de capacitação, e 83% deles não

possuem comissões permanentes, condição importante para que haja a possibilidade de maior discussão, formulação, execução e controle das políticas de saúde.

Por meio da tabela 6, pode-se destacar que o Estado do Rio de Janeiro é aquele que apresenta, em termos percentuais, a maior quantidade de municípios com indicadores ótimos para o conjunto de cinco índices, seguidos de Rondônia, Mato Grosso do Sul e Espírito Santo.

Quando se analisa isoladamente cada indicador, constata-se que a maioria dos estados possuem mais de 50% dos seus municípios com ótimo índice de democratização (IDCS), ou seja, essa variável parece ser relativamente homogênea para mais de 3 mil municípios brasileiros.

O Rio de Janeiro é o Estado com maior número de municípios com ótimo índice de infra-estrutura física e equipamentos, seguidos do Ceará, Santa Catarina e Acre.

Tabela 6:  
Brasil: Municípios com ótimos indicadores relacionados aos conselhos de saúde,  
segundo os estados da federação – 2007 (em %)

Estados	Percentual de municípios com índices considerados ótimos						Total
	IACS	IDCS	IGCS	IPF	IA333	IEFE	
AC	0	50,0	0	0	4,54	18,18	22
AL	3,3	76,0	5,0	3,0	5,0	10	100
AM	1,75	56,14	1,75	1,75	1,75	7,02	57
AP	0	46,66	0	0	0	0	15
BA	0,24	57,07	0,24	1,71	0,73	12,92	410
CE	1,63	67,75	3,27	4,91	3,27	28,41	183
ES	5,12	73,07	8,97	10,25	1,28	16,66	78
GO	2,03	47,15	0,81	2,43	4,47	18,29	246
MA	0,47	54,97	0,47	1,42	1,42	4,73	211
MG	1,18	62,13	2,60	2,48	2,72	8,16	845
MS	5,19	88,31	5,19	9,09	10,38	14,28	77
MT	1,44	63,04	1,09	2,17	3,62	13,76	138
PA	3,05	83,20	2,29	9,16	4,58	11,45	131
PB	0,46	59,06	0,46	1,86	1,39	12,09	215
PE	3,86	70,16	6,62	4,97	6,62	12,7	181
PI	0	59,60	0,49	0	0	6,4	203
PR	2,29	64,37	3,81	4,83	2,54	10,43	393
RJ	12,35	62,92	12,32	15,73	12,35	43,82	89
RN	1,85	75,92	3,70	2,46	1,23	17,16	162
RO	9,61	55,76	13,46	11,53	15,38	7,69	52
RR	0	35,71	7,14	7,14	7,14	7,14	14
RS	3,43	77,17	2,22	5,05	3,83	8,88	495
SC	1,71	51,54	1,71	2,74	1,03	21,99	291
SE	0	38,66	1,33	0	0	8	75
SP	0,77	47,20	2,17	2,32	1,70	11,95	644
TO	0	40,74	0,74	0,74	0	2,22	135
Total de municípios	101	3.323	140	186	163	632	5.462

Obs.: IACS = Índice de autonomia; IDCS = Índice de democratização; IGCS = Índice de gestão; IPF = Índice de pleno funcionamento; IA333 = Índice de adequação à Resolução no 333; IEPE= Índice de estrutura física e equipamentos.

Fonte: Fiocruz/Ensp. ParticipaNetSus, 2010.

Também merece destacar que o Estado do Amapá só possui municípios com índices ótimos para os conselhos de saúde, para o índice de democratização, e os Estados do Piauí, Sergipe, Tocantins, Acre, também registram ausência de índices ótimos para alguns dos seis indicadores. O Estado de Roraima só não apresenta indicadores ótimos em algum de seus municípios, para a variável autonomia, mas para todas as demais os percentuais de registro são semelhantes aos municípios com maiores percentuais de registros.

Quando se observa os mesmos índices em termos de valores absolutos de municípios com ótimos conselhos de saúde, o destaque é para os estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná, guardando possivelmente uma relação com o fato de serem Estados com grande número de municípios.

Goulart (2010), assume uma postura bastante crítica em relação aos conselhos de saúde, reconhecendo que a participação e o controle social em saúde no Brasil ainda são processos em construção, permeados de dilemas e contradições, mas com problemas preocupantes, a saber:

(a) autonomização, levantando a expectativa social de que nos conselhos de saúde residiria, de fato e de direito, um quarto poder; (b) plenarização, mediante a transformação dos conselhos de saúde em meros fóruns de debates entre os diversos segmentos sociais, nem sempre com a participação do Estado, que, por definição normativa (e não propriamente legal), é fortemente minoritário; (c) parlamentarização, com formação de blocos ideológicos e partidários intraconselhos e tomadas de decisão por votação, não por consenso; (d) profissionalização, dadas as fortes exigências da participação social, abrindo caminho para a constituição de verdadeiros profissionais da participação; (e) autorregulação, que representa uma particularidade praticamente exclusiva da área da saúde. (GOULART, 2010, p. 30)

Pontual (s/d, p. 4) nos chama a atenção para a necessidade de se valorizar estudos sobre a história de constituição dos sistemas participativos no Brasil, pois a partir deles poder-se-à “entender o contexto e a trama da sociedade civil que esteve envolvida em cada um deles e que provavelmente tem influência sobre os estágios diferenciados de desenvolvimento e consolidação dos seus respectivos conselhos”.

Vários autores, tais como Wendhausen e Cardoso (2007), também têm destacado que, a despeito dos problemas envolvendo a dinâmica sociopolítica dos conselhos de saúde, eles sem sombra de dúvida representam um importante espaço pedagógico de aprendizagem do exercício da cidadania, pois através da participação se aprende o real significado da democracia.

## **Considerações finais**

A temática dos conselhos de saúde, como objeto de pesquisa, exige um esforço de articulação dos recortes espaciais do município e da cidade, na medida em que, parte dos recursos financeiros são repassados pelo governo federal, por meio do Ministério da Saúde,

que também tem um importante papel na formulação de políticas de saúde que são materializadas no município. Nesse recorte espacial político-administrativo, a cidade assume um papel de destaque, por concentrar população, os serviços públicos e privados de saúde, e também, a maior parte dos problemas de saúde envolvendo a população.

Os Conselhos de saúde têm se constituído em importante laboratório na promoção de processos de “alfabetização política” que permitem a vivência da noção de política para segmentos da sociedade civil, sendo apontado por vários autores como uma verdadeira prática pedagógica de exercício da cidadania.

Há limites nas políticas setoriais apontando a necessidade de intersetorialidade nas políticas públicas, especialmente na saúde e suas interfaces. Necessário a criação de um fórum de política social que articule os diferentes conselhos existentes, para que se possa ter uma visão geral da política social e elaboração de planos intersetoriais.

As Comissões Intergestores Tripartite (Ministério da Saúde/Estados/Municípios) e bipartite (Estados e municípios) têm caráter técnico e sua finalidade é assistir na elaboração de proposta para a implantação e operacionalização do SUS, mas acaba sendo um importante espaço de decisões tendo como premissa a necessidade de agilidade na resolução de problemas de gestão, encaminhando decisões já elaboradas, que simplesmente são aprovadas nos conselhos municipais de saúde. É necessário a institucionalização da participação dos conselhos nos mecanismos de pactuação bipartite e tripartite.

A questão da deliberação ainda é problemática no âmbito dos CMS. O perfil da administração municipal pode interferir na valorização ou não da participação da sociedade. Entretanto, os conselhos não podem ficar na dependência da administração municipal para se consolidar, precisando avançar nos aspectos referentes a sua autonomia.

Em geral, a população não conhece os Conselhos Municipais de Saúde, sendo necessário práticas inovativas no sentido de sua divulgação. As novas tecnologias de comunicação, especialmente a internet, comporta um potencial que precisa ser melhor aproveitado.

A abordagem quantitativa apresentada nesse trabalho são importantes para traçar um panorama geral dos mais de 5 mil conselhos municipais do país, mas são insuficientes para captar a complexidade de sua sua dinâmica interna. Apesar de já existir um número significativo de pesquisas, os estudos de caso precisam ser estimulados no sentido de apreender aspectos qualitativos dessa dinâmica, apreendendo suas particularidades, contradições, problemas e potencialidades.

A forma como essas experiências estão se concretizando nas realidades locais é muito heterogênea em função das grandes disparidades sociais, econômicas, políticas, culturais e a história local de implantação do SUS nos diferentes municípios brasileiros, e a

geografia pode contribuir nesse processo de conhecimento.

A incorporação mais apurada da dimensão territorial pode ampliar o alcance das políticas públicas de saúde. Repensar o papel do espaço nesse processo, com destaque para a cidade como espaço privilegiado da materialização das políticas municipais de saúde, pode apontar caminhos para o entendimento de possíveis entraves da participação popular no setor da saúde.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Reorganizando o SUS no município do Rio de Janeiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 118 p.

CASTRO, I. E. de. Territorialidade e institucionalidade das desigualdades sociais no Brasil. Potenciais de ruptura e de conservação da escala política local. *GEOUSP – Espaço e Tempo*, São Paulo, n. 18, p. 35-51, 2005.

COELHO, V. S. P. A democratização dos conselhos de saúde. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 78, p. 77-92, jul. 2007.

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

GERSCHMAN, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov./dez. 2004.

GOHN, M. da. Associativismo civil, conselhos de gestão na saúde e as cidades brasileiras. In: RASSI NETO, E.; BÓGUS, M. (org.) *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: OPAS, 2003, p. 41-63.

\_\_\_\_\_. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

GOULART, F. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, p. 18-32, jan./mar. 2010.

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUAREZ, J. M. (org.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 353-383.

MONNERAT, G. L. et al. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 509-521, 2002.

MOREIRA, M. R. *Democratização da política de saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de saúde*. 2009. 149 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos municipais de saúde no Brasil: sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

MOREIRA, M. R. et al. Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. *Divulgação em saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 48-61, jun. 2008.

PONTUAL, P. *Desafios à construção democrática no Brasil: a prática dos conselhos de gestão das políticas públicas*. Disponível em > [www.polis.org.br](http://www.polis.org.br)>. Acesso em: 22 maio 2010.

SANTOS, B. de S. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. In: OLIVEIRA, F.; PAÓLI, M. C. *Os sentidos da democracia*. Petrópolis: Vozes; Brasília: NEDIC, 1999, p. 83-129.

SANTOS, B. de S.; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B de S. (org.) *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 39-82.

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

SOUZA, M. L. de. *A prisão e a agora: reflexões em torno da democratização do planejamento e da gestão das cidades*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

TÓTORA, S.; CHAIA, V. Conselhos municipais e a institucionalidade da participação política: a Região Metropolitana de São Paulo. In: SANTOS JUNIOR, O. A. dos; RIBEIRO, L. C. de Q.; AZEVEDO, S. (org.) *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan/FASE, 2004, p. 193-221.