

Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa

The Municipal Health Council and participatory management

MÁRJORE SERENA JORGE*

CARLA ARENA VENTURA**



RESUMO – Este artigo é uma revisão bibliográfica sobre a temática dos Conselhos Municipais de Saúde como instrumentos de controle social e democratização das políticas de saúde. Verificou-se uma razoável participação dos conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas. No entanto, para que esta participação seja efetiva na condução da política pública de saúde, se faz necessária a autorresponsabilização, comprometimento e organização popular, a fim de diminuir a distância entre representantes e representados. A maturação do processo deve ocorrer para que as demandas discutidas possam realmente ser implementadas, aumentando a credibilidade dos conselhos. O alto grau de controle pelos governos municipais também representa um entrave na real democratização, já que esta depende da associação da vontade política dos governantes e da mobilização da sociedade civil, e muitas vezes o que se vê é o privilégio de determinadas classes em detrimento de outras.

Palavras-chave – Conselho Municipal de Saúde. Gestão participativa. Controle social.

ABSTRACT – This article is a literature review on the subject of the Municipal Health Councils as an instrument of social control and political democratization of health. There was a reasonable share of advisers in the formulation, implementation and evaluation of policies. However, for this is efficient and effective participation in the conduct of public health policy, it is necessary to responsibility, commitment and popular organization in order to decrease the distance between representatives and represented. The maturation process must take place to discuss the demands that can actually be implemented and resolved by increasing the credibility of the councils. On the order hand, the high degree of control by municipal governments found, it also represents an obstacle in real democratization, as this depends on the association of political will of governments and the mobilization of civil society, and often what you see is the privilege of certain classes over others.

Keywords – Municipal Health Council. Participatory management. Social control.

* Enfermeira. Mestranda em Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de São Paulo; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Ribeirão Preto - SP, Brasil. *E-mail:* marjore.serena@hotmail.com

** Professora Associada da Universidade de São Paulo; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas; Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Ribeirão Preto – SP, Brasil. *E-mail:* caaventu@eerp.usp.br
Submetido em: setembro/2011. Aprovado em: abril/2012.

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, define de forma genérica a competência dos Conselhos de Saúde: atuar 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 33, de 1992, e 333, de 2003), que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários. A Resolução 33 discorre 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 (VAN STRALEN et al., 2006).

A Resolução 333 avança na mesma direção, pois busca fortalecer a representatividade dos conselhos, apresentando, em relação à resolução anterior, uma lista mais ampla de entidades que poderão representar os usuários. Determina que os governos deverão garantir a autonomia dos conselhos, inclusive por meio 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 municípios possuem Conselhos de Saúde, e estima-se que estes mobilizem quase 100 mil conselheiros de saúde, dos quais parte significativa se reúne pelo menos uma vez por mês (VAN STRALEN et al., 2006).

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. Os conselhos têm uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde. 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 reformulação das relações entre esses atores. Nessa perspectiva, espera-se que os Conselhos de Saúde não apenas funcionem como instâncias de controle social, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem (CORTES, 2002; VAN STRALEN et al., 2006).

Este artigo apresenta, portanto, a produção bibliográfica na área da saúde sobre a temática dos Conselhos Municipais de Saúde e da gestão participativa.

Metodologia

Esta investigação configura um estudo bibliográfico, com base em uma revisão integrativa. A revisão integrativa da literatura é considerada um instrumento da prática baseado em evidências (PBE), com o potencial de construir conhecimento fundamentado e uniforme para a realização de uma prática clínica de qualidade. As etapas que compõem essa revisão sistemática foram: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos – amostragem ou busca na literatura; definição das informações extraídas dos estudos selecionados – categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão – síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão norteadora adotada para este estudo foi: qual é o conhecimento científico produzido acerca da temática dos Conselhos Municipais de Saúde e da gestão participativa nos últimos três anos? A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados SciELO e LILACS, tendo como período de publicação os últimos três anos (2008 a 2010). Foram utilizadas as palavras-chave “Conselhos Municipais de Saúde”

juntamente com “gestão participativa” e/ou “controle social”, que constituem descritores cadastrados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

Os trabalhos seguiram os seguintes critérios de inclusão: texto completo disponível nas bases de dados acima descritas; idioma de publicação em português; e ano de publicação entre 2008 e 2010. Foram excluídos os estudos que tratavam do conceito de forma direcionada a situações ou condições específicas diferentes das propostas pelo presente estudo. A partir da leitura dos resumos, foram selecionados os trabalhos que atendiam aos critérios de inclusão.

Na base de dados SciELO foram encontrados seis artigos sobre controle social dentro dos Conselhos Municipais de Saúde, todos em português, e três artigos sobre gestão participativa no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde, sendo selecionados dois artigos para análise, uma vez que um deles era repetido.

No LILACS foram encontrados 16 artigos sobre Conselho Municipal de Saúde relacionados com gestão participativa, sete apresentados com texto completo e seis em português. Dos seis selecionamos um para análise, pois os outros cinco já haviam sido encontrados na base de dados SciELO e, portanto, eram repetidos.

Ao buscarmos na LILACS a expressão “Conselho Municipal de Saúde” relacionada com “controle social” encontramos 68 artigos, sendo 24 em texto completo e em português. Desses 24 selecionamos quatro para análise, uma vez que cinco artigos eram repetidos e 15 eram relacionados a temas específicos, como educação permanente (três), inclusão digital, saúde bucal (três), idosos (dois), saúde do trabalhador (dois), autarquias hospitalares, educação popular, NOAS e governança local.

Do total de 13 artigos encontrados, excluímos sete, cujo ano de publicação era inferior a 2008. Selecionamos para análise, portanto, seis artigos.

Após a análise dos textos na íntegra, foi realizada a síntese dos dados, contemplando ano de publicação, objetivo, metodologia, resultados/discussão/ conclusões.

Resultados e discussão

A amostra final de seis artigos foi alcançada após análise inicial de 93 trabalhos obtidos via base de dados BSV (LILACS) e SciELO.

A maior parte dos artigos selecionados foi publicada nos anos de 2009 e 2010 (com dois artigos publicados em cada ano), seguido de 2008 e 2011 (com um artigo publicado em cada ano). No período de três anos adotado para esta revisão, não houve um ano no qual nenhuma referência foi selecionada.

Quadro 1: Distribuição dos trabalhos incluídos na revisão integrativa, conforme objetivo e métodos empregados

Artigos	Objetivos	Métodos
1	Analisar o formato institucional do CMS de Viçosa-MG, abordando sua estrutura e dinâmica de funcionamento, regras de composição e competências.	Estudo qualitativo observacional transversal. Utilizou entrevistas individuais dirigidas aos conselheiros de saúde, observação direta não participativa das reuniões do CMS e análise documental.
2	Apontar uma série de problemas que afetam a institucionalização da democracia participativa.	Estudo de três casos de participação democrática em administrações municipais do estado de Minas Gerais, quais sejam: os Conselhos Gestores de Saúde, nos municípios de Bom Despacho e Lagoa da Prata, e os Centros de Encontro e Integração de Ações (CEIA), no município de Betim.
Continua		

3	Analisar a efetividade do controle social a partir do estudo sobre atribuições dos CM da assistência social, dos direitos da criança e do adolescente, da educação e da saúde no município de Chapecó-SC.	Leitura de documentos oficiais, aplicação de formulários, observação sistemática e de um encontro utilizando a técnica do grupo focal.
4	Conhecer a prática do controle social exercida em conselhos de unidades e sua influência nas políticas de saúde do município de Campo Grande-MS.	Cinco estudos de caso, tendo como fonte principal as atas de reuniões e como referencial de análise um documento do Ilpes/Claps (1975).
5	Delinear conceitos e dispositivos de gestão propostos no campo da saúde coletiva, as inovações teóricas em gestão em saúde e política. Promover uma reflexão sobre a participação política no SUS remetida ao cotidiano institucional, como desafio de construção de modos de gestão participativos.	Abordagem filosófica. Análise de rupturas e planos a fim de mapear o que essa produção faz emergir como oportunidade de constituição de novas práticas sociais e dispositivos institucionais de gestão.
6	Compreender o processo de participação política no Conselho Municipal de Saúde na formulação, implementação e controle do Plano Municipal de Saúde de Pedras de Fogo.	Descritivo-exploratório. Através de estudo de caso, entrevista e questionário com os conselheiros do CMS.

Com base no Quadro 1, observamos que, em relação aos objetivos dos estudos selecionados para essa revisão, todos buscam analisar a prática do controle social exercida dentro dos CMS, alguns relacionados a conselhos específicos de regiões, como Viçosa, Campo Grande e Chapecó, e outros três mais abrangentes. Um trabalho se concentra mais em apontar os problemas relativos a essa participação democrática.

Já em se tratando dos métodos empregados no desenvolvimento desses estudos, observa-se uma combinação de estratégias para análise. Os métodos utilizados (isoladamente ou de forma associada) foram: descritivo-exploratório (um), abordagem filosófica (um), estudo de caso (três), grupo focal (um), entrevista individual (dois), observação direta não participativa (um), observação sistemática (um), análise documental (três) e questionários (dois).

A análise das publicações permitiu a identificação de unidades temáticas presentes nas discussões sobre controle social nos Conselhos Municipais de Saúde: 1) efetividade da participação democrática; 2) eficácia da deliberação; 3) acesso às informações relativas às políticas de saúde; 4) composição e grau de participação dos membros; 5) falta de divulgação das deliberações; 6) representatividade das lideranças; 7) não cumprimento do relatório de gestão; 8) articulação com outros espaços democráticos.

Os achados relacionados a essas temáticas

Efetividade da participação democrática

O Regimento Interno dos Conselhos Municipais de Saúde contém normatização sobre sua composição, convocação, pauta das reuniões, competência dos conselheiros, planejamento, implementação e avaliação das ações propostas. Além disso, os conselheiros conhecem tais normas, dirigem as ações com base nelas e agem de acordo com as atribuições que o regimento lhes confere, elegendo critérios de prioridade de ações e concluindo que os resultados das ações de saúde propostas no município foram efetivos. Os espaços de participação, como o CMS, ainda não asseguram a efetivação

dos interesses representados, isto porque o respeito ao conselho como instância deliberativa depende da associação da vontade política dos governantes e da mobilização da sociedade civil. Considerando-se a expressão do interesse dos representados, estudos mostram que há inclinação desses em acompanhar, opinar, apoiar e expressar o senso de responsabilidade quanto às decisões do CMS, através da participação dos usuários em reuniões e discussões, e nos prestadores de serviço como funcionários dedicados e empenhados no serviço de saúde.

No entanto, há uma limitação da qualidade da participação dos conselheiros quanto ao critério de autorresponsabilização dos seus representados no que se refere ao acompanhamento e influência das ações do CMS através da opinião, uma vez que é importante que o conselho alcance maior credibilidade enquanto instância deliberativa para equilibrar a relação entre a vontade política dos governantes e a mobilização da sociedade civil (BEZERRA, 2009).

Outro estudo apresenta que conselhos não definem as políticas municipais de saúde e trabalham com uma visão fragmentada da saúde, deliberando sobre questões limitadas e secundárias. A maioria das questões tratadas no âmbito dos conselhos não é estruturante do setor. Esta constatação pode ser observada em estudo realizado em Lagoa da Prata e Bom Despacho, municípios do estado de Minas Gerais, em que a própria avaliação que os conselheiros fazem dos conselhos deixa bastante a desejar, já que apenas 28% e 7% deles, respectivamente, acham que o conselho democratiza a política municipal de saúde. Apesar da diferença significativa de avaliação entre os municípios, a percepção dos conselhos como instrumentos de democratização é bastante decepcionante (ROCHA, 2011).

Eficácia da deliberação

Deliberar está vinculado a ações de discussão, reflexão, resolução, decisão, autonomia e também a ponderar, meditar, examinar, escolher alternativas, tornar-se responsável pelos atos. É esta a expressão que se espera dos conselheiros, de modo que o poder de decisão possa estar equitativamente distribuído entre os segmentos. De acordo com Oliveira (2009), a deliberação vem se configurando como o consenso ao qual chegam, sendo as demandas discutidas e depois encaminhadas como reivindicação às instâncias afins.

Os dados analisados nos artigos selecionados demonstram baixa percepção de eficácia em alguns conselhos como espaços de deliberação, como no caso dos CMS das cidades de Bom Despacho e Lagoa da Prata. A percepção dos conselheiros é de que sua atuação tem um caráter meramente informativo e consultivo, mas muito pouco deliberativo (OLIVEIRA, 2003). Nestes conselhos, parte relevante dos assuntos tratados é definida sem maior planejamento e discussão; falta capacitação aos conselheiros e várias das decisões tomadas não são implementadas pelo governo municipal, uma vez que há grande dificuldade no acompanhamento dos encaminhamentos e muitos acabam se perdendo (ROCHA, 2011; OLIVEIRA, 2009).

Quando os interesses dos usuários demoram a ser atendidos, a credibilidade do conselho cai e, via de regra, a resposta desse segmento é o esvaziamento do quórum nas reuniões, preocupando os prestadores de serviços. Ao longo do tempo, o papel dos conselheiros vem passando de “mais fiscalizadores” para “mais deliberadores”, afirmando seu papel legal. No entanto, a prática ainda mostra fortemente uma gestão de caráter consultivo/palpativo (OLIVEIRA, 2009).

O processo atual é respaldado pela legislação vigente, de busca de informações, treinamentos, discussões, vivências e ajustes. É um período de maturação da prática de deliberar e fazer gestão participativa em saúde pública. É preciso conhecer e identificar os níveis hierárquicos e os níveis paralelos afins para fazer encaminhamentos, buscar aliados e enviar mensagens claras aos fóruns específicos, de modo a obter-se devolutiva. Nesse contexto, estão envolvidos interesses recíprocos e questões éticas para os parceiros. O processo de implementação de uma prática social demora, muitas vezes, uma

geração, tempo necessário para que seja digerida e incorporada à cultura sociopolítica de uma população (OLIVEIRA, 2009).

Acesso às informações relativas às políticas de saúde

A análise da dinâmica de funcionamento dos conselhos mostrou ainda que o grau de participação (número de intervenções e índice de presença) é correlacionado positivamente com o nível educacional dos conselheiros. Contudo, a variável que mais incide sobre o grau de participação é a vinculação dos conselheiros ao setor público e aos prestadores de serviços. Esses setores, mesmo que estejam representados numericamente em inferioridade em relação aos representantes dos usuários dos serviços de saúde, acabam tendo maior capacidade de representar seus interesses (ROCHA, 2011).

O acesso dos conselheiros às informações relativas às políticas de saúde é baixo, no geral, com vantagens para os representantes do poder público. Sendo assim, a composição da pauta é frequentemente definida pelo presidente do conselho e pelo secretário municipal de saúde, sem maiores debates, demonstrando alto grau de controle dos conselhos pelos governos municipais (ROCHA, 2011).

Estudos sobre a efetividade da participação nos Conselhos Municipais de Saúde evidenciam, entre outros aspectos, o desconhecimento quanto aos espaços reservados à participação, o desinteresse em influenciar o processo de gestão das políticas públicas por parte da população, a falta de profissionalização dos conselheiros e a atuação de gestores que não trabalham com o propósito de envolver a sociedade nesse processo. Dados indicam que há razoável qualidade política de participação dos conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. No entanto, eles também sinalizam que há ainda longo caminho a percorrer para que a participação dos conselheiros seja eficiente, eficaz e efetiva na condução da política pública de saúde. Assim sendo, reforça o debate atual de que os Conselhos Municipais de Saúde, criados como instância de participação popular, merecem uma avaliação mais crítica sobre a sua potencialidade para democratizar o Estado (BEZERRA, 2009).

Composição e grau de participação dos membros do CMS

Em estudos que objetivavam avaliar a efetividade do controle social encontrou-se uma sub-representação dos profissionais de saúde em três conselhos estudados em municípios dos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul. Em Viçosa-MG, a composição do CMS também não está de acordo com a legislação federal, pois apresenta representação dos profissionais de saúde de 9%, uma vez que o percentual definido pela Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde é de 25% dos conselheiros. Já os representantes do governo e prestadores de serviços ocupavam 41% das vagas do CMS, mas deveriam ocupar apenas 25%. Assim, fica difícil pensar que a verdadeira participação possa ocorrer diante do não cumprimento legal da forma de composição do CMS, fortalecendo algumas categorias em detrimento de outras (COTTA, 2010; STRALEN et al., 2006).

A análise da dinâmica de funcionamento dos conselhos mostrou, ainda, que o grau de participação (número de intervenções e índice de presença) é correlacionado positivamente com o nível educacional dos conselheiros. Contudo, a variável que mais incide sobre o grau de participação é a vinculação dos conselheiros ao setor público e aos prestadores de serviços. Esses setores, mesmo que estejam representados numericamente em inferioridade em relação aos representantes dos usuários dos serviços de saúde, acabam tendo maior capacidade de representar seus interesses (ROCHA, 2011).

Falta de divulgação das deliberações do CMS

A visibilidade dos conselhos é um ponto crucial para o exercício do controle social, caracterizando-se pela transparência das ações, na criação de canais de comunicação com a população (COTTA, 2010). A Resolução 333/2003 define como competência dos conselhos divulgar os trabalhos e decisões para todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

O próprio conselho constitui-se em espaço propulsor de cultura cívica e capital social, podendo desempenhar um papel significativo na mudança da sociedade. No entanto, a realização deste potencial depende do quanto os conselheiros se comprometem com a publicação de suas ações e com a criação de espaços descentralizados, aproximando-os da população, organizada ou não, visando estimular processos de organização e mobilização (SANTOS, 2002 apud KLEBA, 2010).

Democratizar as informações e permitir sua avaliação por parte dos usuários seria colocar o usuário no centro do processo, numa relação de corresponsabilidade. Mas, para que essa gestão participativa aconteça, torna-se necessária a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações. Requer, também, processos que favoreçam a participação ativa, representativa, autônoma e corresponsável, que propiciem, de modo mais completo, o crescimento das pessoas ou das organizações coletivas (PRESOTO, 2005 apud COTTA, 2010), assegurando a confiabilidade nos mecanismos participativos e cumprindo papel educativo junto à população, porque mostra a possibilidade da real efetivação da participação da sociedade civil na gestão compartilhada de políticas públicas (GOHN, 2002 apud COTTA 2010).

Representatividade das lideranças

Um dos grandes problemas da participação democrática nos CMS é a representatividade. Esse distanciamento entre representantes e representados foi encontrado na maioria dos artigos analisados na presente investigação (COTTA, 2010).

Representados exercem influência nas ações dos conselheiros e estes utilizam voluntariamente as reuniões das entidades para consultar sobre formulação, implementação e avaliação das ações de saúde. Contudo, a participação de base apresentou-se limitada pela informalidade de alguns aspectos da comunicação entre representados e representantes. Muitos representantes comparecem ao órgão colegiado sem consultar suas bases, falando em seu nome e não em nome do grupo, e muito menos compartilham as decisões tomadas nas reuniões com seus pares, limitando também a responsabilização dos atores e o controle de suas ações (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; OLIVEIRA, 2004; WESTPHAL, 1992; STRALEN et al., 2006 apud COTTA, 2010; ROCHA, 2011; KLEBA, 2010; BEZERRA, 2009).

A representação pouco expressiva compromete a legitimidade da democracia. As dificuldades aumentam no lugar onde não há organização popular, por causa da ausência de uma política clara de representação (WESTPHAL, 1992, p. 132; OLIVEIRA, 2009).

Nesse aspecto, alguns trabalhos demonstraram a importância de aprofundar os critérios para os processos de escolha e indicação dos representantes dos usuários e dos fornecedores do serviço de saúde. A capacitação e atualização que preparam os conselheiros para assumir seu papel é a ferramenta que pode atingir as carências identificadas: desconhecimento das normas do conselho; desconhecimento de sua condição de delegado e da importância da participação de base para o fortalecimento de sua participação; e inércia quanto à consulta e prestação de contas sobre sua atuação (BEZERRA, 2009).

Há falta de interesse na participação e divulgação das propostas e discussões por partes dos gestores, representantes e representados. A comunicação entre os conselhos e a comunidade é outro fator que tem sido apontado como sendo grande aspecto a ser aprimorado para incrementar o grau de representatividade desse fórum de participação social (COTTA, 2010). A comunicação é vital para o

exercício do controle social, tanto em relação à capacidade de interlocução dos conselheiros com a sociedade, quanto em sua capacidade de localizar e selecionar informações importantes, interpretá-las e utilizá-las para elaborar propostas e produzir argumentações nos processos dialógicos da participação (KLEBA, 2010).

No Brasil, ainda está sendo construída uma prática de participação cidadã, sendo muito comum, todavia, a não prestação de contas do representante para com seus representados, e os representados exercem muito pouco o seu direito de cobrança em relação às ações dos representantes (SERAPIONI, 2006 apud COTTA 2010).

Em outra perspectiva, a chave do sucesso de ações públicas eficientes dependeria da existência de uma burocracia pública autônoma, coesa, coerente, disciplinada e tecnicamente preparada. A falta de participação da sociedade deve-se à vigência de instituições autoritárias e à ausência de horizontalidade social. Em sociedades cujas instituições públicas caracterizam-se pelo autoritarismo, coerção e clientelismo, a mobilização do poder local torna-se difícil e as experiências bem-sucedidas não se generalizam. Dessa forma, o Estado, como fator ativo de mobilização social e incentivador de redes cívicas, acaba por determinar o sucesso das iniciativas de participação (EVAS, 1996; ROCHA, 2011).

Nesse sentido, a participação da sociedade civil viabiliza-se quando as instituições públicas são dirigidas por grupos reformistas favoráveis à intervenção política construtiva do Estado, comprometidos com a história de luta dos atores sociais e, ao mesmo tempo, capazes de propor soluções pragmáticas aos problemas existentes (ROCHA, 2011).

Dessa forma, é necessário democratizar o espaço dos conselhos para evitar que estes reforcem e legitimem o poder instituído, fortalecendo estruturas privadas (inclusive nos espaços públicos) e a tradição clientelista. Isto requer a implementação de estratégias de alianças e de mobilização, essenciais para produzir rupturas e novas articulações coletivas (KLEBA, 2010).

Não cumprimento do relatório de gestão

Outro ponto observado foi o relatório de gestão; segundo a Resolução 333/2003, compete aos Conselhos de Saúde analisá-lo, discuti-lo e aprová-lo, com a prestação de contas e informações financeiras repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhadas do devido assessoramento. Cabe também ao CMS fiscalizar, controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação do fundo de saúde. Os resultados deste estudo apontam para o descumprimento da legislação vigente, o que conseqüentemente dificulta a atuação do CMS sobre a aplicação dos recursos financeiros. Segundo Cotta (2010), 29,4% dos entrevistados em sua pesquisa disseram que o CMS não recebe anualmente o relatório de gestão da Secretaria Municipal de Saúde para ser avaliado e aprovado, fato comprovado pela própria Secretaria Municipal de Saúde ao afirmar que o relatório do ano de 2005 não foi elaborado. Vale ressaltar que cabe ao conselho solicitar, por sua mesa diretora, o cumprimento dessa questão pelo Poder Executivo Municipal.

Das evidências aqui apresentadas, destaca-se a necessidade de esforços para possibilitar um sistema com corresponsabilidade, envolvendo gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço e usuários, no qual todos devem assumir uma postura com a “coisa pública”, no sentido de dar maior visibilidade ao planejamento e avaliação às políticas de saúde (ASSIS, 2003 apud COTTA, 2010).

Articulação com outros espaços democráticos

Uma questão crucial a ser enfrentada nesse tema é qual o resultado da adoção de uma diversidade de experiências participativas simultaneamente, sem que haja concorrência com outros

canais de participação existentes, como os Conselhos Setoriais de Políticas Públicas e o Orçamento Participativo. De qualquer forma, quanto mais espaços de participação se difundirem, mais consolidada estará a cidadania democrática. Na prática, o que se vê é a sobreposição de espaços participativos que vão se constituindo a partir de demandas parciais e fragmentadas. Devido à ausência de um planejamento global de articulação desses espaços, eles acabam concorrendo entre si e prejudicando a qualidade de participação. Muitas vezes as pessoas atuantes frequentam diversos espaços ao mesmo tempo, o que demonstra que o aumento dos espaços não implica, necessariamente, acréscimo na quantidade e na qualidade da participação democrática (ROCHA, 2011).

Considerações finais

O desafio que qualquer política social enfrenta hoje é o de como contribuir para que grandes contingentes da sociedade, excluídos do mercado de trabalho e do acesso a fontes regulares de renda para sua subsistência, sejam incluídos e participem da vida social.

A participação da comunidade, ou o controle social, vem se dando de forma cada vez mais consolidada nos espaços institucionais previstos em lei, como os Conselhos de Saúde, existentes nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

No entanto, a dinâmica de funcionamento desses Conselhos de Saúde demonstra que sua efetividade e eficácia quanto à sociedade, para exercer a representação de seus interesses, são muito diferenciadas, impedindo que se afirme categoricamente que a existência por si só desses colegiados de fato garanta maior democratização das políticas de saúde.

Sem dúvida, os conselhos são instrumentos valiosíssimos para o exercício da negociação entre Estado e sociedade civil no que diz respeito às diretrizes implementadas pelas políticas de saúde; porém não representam necessariamente espaços de negociação de diferentes interesses em jogo.

A presente investigação constatou que há uma razoável qualidade política de participação dos conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. No entanto, há ainda longo caminho a percorrer para que a participação dos conselheiros seja eficiente, eficaz e efetiva na condução da política pública de saúde, principalmente no que diz respeito à autorresponsabilização dos próprios participantes a fim de criar comprometimento e organização popular, diminuindo a distância entre representantes e representados. A maturação do processo em questão, que envolve critérios mais específicos de seleção dos participantes e capacitação dos mesmos, deve ocorrer para que as demandas discutidas possam realmente ser implementadas e deliberadas, aumentando a credibilidade dos CMS. Por outro lado, o alto grau de controle dos conselhos pelos governos municipais também demonstrou ser um entrave na real democratização, já que esta depende da associação da vontade política dos governantes e da mobilização da sociedade civil; muitas vezes o que se vê é o privilégio de determinadas classes em detrimento de outras.

Assim sendo, reforça-se o debate atual de que os conselhos municipais de saúde, criados como instância de participação popular, merecem avaliação mais crítica sobre a sua funcionalidade e potencialidade para democratizar o Estado.

Referências

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], v. 11, n. 3, p. 376-382, 2003.

- BEZERRA, Cynthia Kelly Fernandes; ARAÚJO, Maria Arlete Duarte de. Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo-PB: um estudo sobre participação. *Rev. Adm. Saúde*, v. 11, n. 42, p. 30-42, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.bce.unb.br/servicos/pesq_bibliografica.Php>.
- BRASIL. 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*, 4 nov. 2003.
- CORTES, Soraia Maria Vargas. Construindo a possibilidade de participação de usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, v. 4, n. 7, p. 18-49, 2002.
- COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2011.
- EVANS, Peter. Government action, social capital and development: reviewing the evidence on synergy. *World Development*, Montreal, v. 24, n. 6, p. 1119-1132, Jun. 1996.
- GOHN, Maria da Glória. Papel dos conselhos gestores na gestão pública. *Informativo Cepam*, v. 1, n. 3, p. 7-15, 2002.
- GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Cien Saude Colet*, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.
- KLEBA, Maria Elisabeth et al. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 maio 2011.
- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.
- OLIVEIRA, Milca Lopes de; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2011.
- OLIVEIRA, Valdir de Castro. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. *Saúde Soc.*, v. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.
- PRESOTO, Lucia Helena; WESTHAL, Márcia Faria. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertiooga-SP. *Saúde Soc.*, v. 14, n. 1, p. 68-77, 2005.
- ROCHA, Carlos Vasconcelos. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, v. 19, n. 38, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2011.
- SANTOS, M. R. M. *Conselhos Municipais: a participação cívica na gestão das políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fase; 2002.
- SERAPIONI, Mauro; ROMANÍ, Oriol. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, 2006.
- VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.
- WESTPHAL, Márcia Faria. *Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista* [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 1992.