

# Experiência Participativa em Conselhos Municipais de Saúde: o Conselho Municipal de Saúde de Itápolis – SP

Cassíria Brunaldi<sup>1</sup>

Helena Carvalho De Lorenzo<sup>2</sup>

## Resumo

Os conselhos de saúde desenvolveram-se no Brasil a partir de 1988, com a perspectiva de se tornarem espaços participativos, de modo transparente e aberto ao controle social. Os principais estudos voltados à avaliação do desempenho desses conselhos, no entanto, têm mostrado que esses mecanismos têm contribuído pouco seja para a incorporação das demandas da sociedade civil na política de saúde, seja para ampliar o controle social sobre essa política. As proposições para o enfrentamento do problema ainda têm sido pouco exploradas. A pesquisa que deu origem ao presente artigo analisou a estrutura, organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde do Município de Itápolis (SP). Teve como foco a questão da participação dos conselheiros, a forma de organização do conselho e a participação social. O estudo apresenta algumas contribuições para identificar mecanismos passíveis de mobilização dos atores envolvidos e de participação em instituições capazes de promoverem os interesses da coletividade.

**Palavras-chave:** Participação e democracia. Participação em conselhos municipais. Conselhos municipais de saúde.

## Participatory Experience in Municipal Health Councils: The Municipal Health Council of Itápolis – SP

### Abstract

The boards of health have developed in Brazil since 1988, with the prospect of becoming participatory spaces, in a transparent and open to social control. The main studies aimed at assessing the performance of these councils, however, have shown that these mechanisms have contributed little either to the incorporation of the demands of civil society in health policy, is to extend social control over this policy. Proposals for addressing the problem still has been little explored. The research that led to this paper analyzed the structure, organization and operation of the Municipal Health Council of the City of Itápolis (SP). Focused on the issue of participation of members, the organizational form of the council and social participation. The study offers

<sup>1</sup> Universidade de Araraquara (Uniará), Araraquara – SP – Brasil. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente. Faculdade de Itápolis (Facita), Itápolis – SP – Brasil. Docente. cassiria@hotmail.com

<sup>2</sup> Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Rio Claro – SP – Brasil. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia. Universidade de Araraquara (Uniará), Araraquara – SP – Brasil. Docente do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente. helenadelorenzo@gmail.com

some contributions to identify mechanisms that could mobilize the participation of actors and institutions capable of promoting the interests of the community.

**Keywords:** Participation and democracy. Participation in municipal councils. The municipal health council.

## Introdução

A participação social foi incorporada à agenda política brasileira com a Constituição de 1988, apoiada em uma nova forma de atuação do Estado, baseada em três estratégias principais: a ampliação de financiamento para as políticas sociais, a descentralização e a participação social. A expansão da participação social estava centrada na possibilidade de atuação de políticas públicas que respondessem às demandas da população e, também, que fossem mais transparentes e abertas ao controle social. Dessa forma, atenderiam à necessidade de aproximar as políticas das reais necessidades da população e de contornar problemas de falta de qualidade e equidade.

No caso das políticas de saúde, o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que trata do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu que:

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as três diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1990).

No segmento da saúde, a participação da comunidade se dá no interior de espaços participativos do SUS, os Conselhos de Saúde estão previstos para os níveis federal, estadual e municipal, e as Comissões Inter gestoras Bipartite e Tripartite (CIB e CIT) detém a responsabilidade de determinar, concretamente, os rumos da política de saúde que, em linhas gerais e na forma de princípios, encontram-se na Constituição Federal de 1988. As Comissões Inter gestoras são constituídas pela participação de técnicos e gestores, e os Conselhos de Saúde contam ainda a participação da sociedade civil.

O tema do presente estudo está centrado nos Conselhos de Saúde, especificamente os municipais por serem o nível local do SUS e o locus em que são discutidas e decididas as diretrizes da política municipal de saúde, o que reaproxima os problemas das possibilidades de gestão. É, pois, nesse espaço, em tese, democrático e institucionalizado, que ocorreria a aproximação entre o Estado e a sociedade civil. Esse instrumento de participação institucionalizado pelo Estado representa uma forma de exercício do poder cívico, voltado para a definição de prioridades de uma área central do campo das políticas públicas, que a partir da promulgação da referida Constituição tornou-se obrigatório aos municípios brasileiros.

Atualmente existem mais de 5.000 conselhos de saúde municipais, dos quais participam cerca de 100.000 pessoas. Esses conselhos aprovam os planos anuais apresentados pelas respectivas esferas de governos, atuam como corpos consultivos e exercem supervisão. No entanto, é importante destacar, que embora o poder legal dos conselhos resida principalmente nas esferas técnica e administrativa, eles são especialmente significativos por seu papel na discussão das políticas.

Esperava-se, assim, que a participação da sociedade organizada no interior destas estruturas contribuísse para tornar as políticas mais transparentes e mais adequadas aos interesses dos setores afetados pelas decisões governamentais. Além disso, a sociedade poderia fiscalizar as ações da burocracia estatal, imprimindo uma lógica mais democrática às decisões. A tônica, portanto, era democratizar os processos de decisão e, ainda, garantir a correção das decisões sobre as políticas adotadas, uma vez que os próprios usuários seriam os primeiros a dispor de uma avaliação tangível de sua qualidade (TEIXEIRA, 2001; FUKS; PERISSINOTTO, 2006)

Em razão dessas expectativas e da própria importância para o encaminhamento da gestão da saúde nos municípios, a atuação dos conselhos tem sido objeto de muitos estudos e pesquisas. Todavia, os autores dos estudos voltados à avaliação do desempenho dos conselhos de saúde têm mostrado que, de modo geral, esses mecanismos têm contribuído de forma bastante modesta, seja para a incorporação das demandas da sociedade civil na política de saúde, seja para ampliar o controle social sobre essa política.

Dentre os principais problemas apontados cabe destacar os referentes à tradição autoritária do Estado brasileiro e a presença de uma cultura política igualmente autoritária, que em muitos casos, dificulta o reconhecimento e a manifestação de

respeito ao outro, como cidadão (CARVALHO; TEIXEIRA, 2000), a fragilidade da vida associativa (CORTÊS, 1998) e a própria resistência dos atores sociais e da burocracia pública, em aceitarem participar desses fóruns têm comprometido a efetiva participação societária no processo de formulação e gestão da política de saúde (FUKS, 2004; GONÇALVES, 1999; RIBEIRO, 1997).

Enfocando a questão da participação, Tatagiba (2002) mostra que, por terem sido propostos pela constituição e pela sua importância como fator de descentralização do poder, grandes esperanças foram depositadas em torno dos Conselhos. Também (LUCHMANN, 2002), mostram que essas experiências de democracia deliberativa, que têm reunido um verdadeiro exército de organizações civis, adquiriram o status de novidade frente às condições político-institucionais até então vigentes, marcadas pela centralização decisória e pelos anéis burocráticos que acabavam por abrigar interesses específicos na formulação de políticas do Estado, nem sempre na ótica do público.

No novo modelo em curso, a participação da sociedade nesses espaços deveria ocorrer de maneira colegiada, atuando na discussão e elaboração de políticas públicas. O resultado das decisões deveria, pois, adquirir a legitimidade democrática e vontade normativa capaz de conduzir e dar direção à ação do Estado.

No entanto, a participação social, aguardada como uma decorrência quase natural do processo de descentralização e da abertura política passou a ser vista como variável dependente de fatores socioculturais que, por estarem fortemente arraigados em nossa história encontra-se fora do controle dos agentes envolvidos na gestão dessa política. Esse diagnóstico recolocou a questão da participação em novos termos uma vez que a qualidade da participação social passou a ser interpretada como uma dimensão determinada endogenamente, num processo de contínua realimentação das desigualdades, seja porque os mais pobres seguirão excluídos e carentes de recursos para articular suas demandas, ou seja, porque os custos de participação seguirão sendo menores para os que têm mais recursos (TATAGIBA, 2002).

Ainda na linha da avaliação da participação da sociedade nos Conselhos Municipais de Saúde, alguns estudos apontam que em alguns casos, o grau de organização da sociedade civil se comporta como uma variável independente o que explicaria o sucesso ou o fracasso dos mecanismos de participação social (SAMPAIO, 2006). Em outros casos, é possível identificar que a atuação da autoridade política é capaz de gerar um contexto favorável à mobilização e à inclusão dos mais carentes na

organização de um processo decisório que incorpora questões de justiça distributiva (BOSCHI, 1987; ARRETCHE, 1999). Os autores sugerem que no difícil processo de transição democrática, a presença da autoridade política deve ser o fator que garanta a distribuição mais equitativa dos recursos disponíveis.

Na busca de um mapeamento das muitas dificuldades que vêm ocorrendo quanto à implementação e atuação dos Conselhos, outros autores têm mostrado que, longe de representarem processos automáticos, a implantação dos conselhos demandou, por parte do Estado, o estabelecimento de um conjunto de incentivos para a sua institucionalização. Foi necessário estabelecer, não apenas para os Conselhos, uma legislação específica para que o repasse de recursos da União aos Estados e Municípios ficasse vinculado ao estabelecimento do respectivo Conselho. Este fato demandou uma corrida por parte dos gestores governamentais pela regulamentação dessas instituições. Todavia, diante da criação impositiva dos Conselhos, a estrutura social dos municípios nem sempre estava preparada para participar no interior desses espaços, desencadeando em seu interior, resistências e reiteração de condutas e práticas pouco democráticas (AVRITZER, 1995).

Assim, apesar do seu estabelecimento formal, esse processo não significou uma convergência automática entre diretrizes e práticas. As dificuldades enfrentadas para a implantação dos conselhos estão apontadas de forma recorrente nos estudos sobre o tema. Dentre as dificuldades, existem referências tanto a posicionamento autoritário das autoridades governamentais, quanto à participação e ao grau de envolvimento das entidades interessadas no estabelecimento desses espaços institucionais (CORTÊS, 1998; SOUZA, 2004).

Percebe-se assim, que a proliferação institucional dos Conselhos presentes no país, não implicou de maneira direta na sua consolidação institucional enquanto espaço de compartilhamento das políticas públicas com o governo municipal e a sociedade civil organizada. Após ter analisado vários trabalhos voltados ao estudo das experiências dos Conselhos no país, Tatagiba (2004, p.98), afirma que:

[...] uma das conclusões mais gerais a que foi possível chegar é que os Conselhos apresentam, no cenário atual, uma baixa capacidade propositiva, exercendo um reduzido poder de influência sobre o processo de definição de políticas”. De modo que [...] as avaliações mais comuns presentes na literatura são de que os Conselhos não estão conseguindo cumprir sua vocação deliberativa.

Cortês (2002) revela em seus estudos, que os impactos que esses colegiados exercem na gestão e na implementação das políticas públicas mostram que existe a possibilidade de esses espaços serem capturados por determinados grupos em detrimento de outros. Porém, o mais frequente é que a presença do Estado e dos governos seja muito acentuada no processo de participação. Nesta direção, Nogueira (2004) sustenta que esses espaços podem democratizar a tomada de decisão, mas podem ser também aproveitados por quem os administra, impedindo que a participação seja de fato exercida.

Na busca de dimensões para o esclarecimento dessas questões, o presente estudo do Conselho Municipal de Saúde do Município de Itápolis, abrangeu o período de sua constituição em janeiro de 2005 até dezembro de 2008, e elegeu como foco de análise a participação dos conselheiros e da correlação entre o grau de organização e o comprometimento dos atores sociais e da burocracia pública com a qualidade do processo de deliberação. O objetivo principal do estudo foi o de contribuir para a discussão sobre os mecanismos que possam ser mobilizados pelos distintos atores sociais para transformarem instituições participativas pouco efetivas em instituições capazes de contribuir para fazer valer os interesses coletivos.

Embora o estudo tenha como base a compreensão da estrutura e da funcionalidade de apenas um Conselho em particular, julga-se que seus resultados possam fornecer elementos para uma posterior ampliação da abrangência da reflexão acadêmica em torno dos aspectos particulares abordados, relativos aos conselhos. Acredita-se que, conforme esclarece Albuquerque (1994, p.168): “[...] se os conselhos conseguirem manter uma interdependência na tomada de decisões e na defesa de seus interesses, eles poderão vir a ser um instrumento de promoção da igualdade e da cidadania.”

O presente artigo está organizado em quatro partes. Inicia-se por esta introdução de forma a destacar as principais contribuições sobre o assunto. A seguir apresenta-se a metodologia da pesquisa e as fontes de dados e informações utilizadas. No terceiro item apresenta-se um histórico do Conselho: quem participa e como a estrutura funciona. E no quarto item as considerações finais.

## **Metodologias da pesquisa e as fontes de dados e informações**

No plano teórico, como esboçado na introdução, a pesquisa encontrou apoio nas contribuições da teoria da democracia deliberativa e na literatura acerca da descentralização das políticas sociais, com ênfase no segmento da Saúde e sobre os Conselhos.

A pesquisa é tributária da tipologia dos estudos de caso (YIN, 2001). No CMS de Itápolis, foram considerados os aspectos dinâmicos, a estrutura e o funcionamento desse Conselho, com foco em várias unidades de análise, desde as questões institucionais mais amplas, tais como, sistema normativo, sistema de regulação, padrões históricos, até os diferentes atores, nos seus distintos segmentos. Segundo os objetivos do trabalho, a pesquisa pode ser caracterizada como exploratória, pois se caracteriza pelo desenvolvimento e esclarecimento de ideias, objetivando oferecer uma visão abrangente sobre a estrutura e o funcionamento do CMS de Itápolis.

As técnicas de investigação utilizadas foram a análise documental das atas e os relatórios arquivados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) local, entrevistas diretas com roteiro semiestruturado com os representantes das instituições e com os dirigentes das instituições representadas, além da observação direta com roteiro previamente preparado. A análise documental sobre o histórico do CMS de Itápolis foi realizada nos arquivos da SMS do município e nas atas do Conselho no período de 1991 até 2008, totalizando 227 atas analisadas. Para a pesquisa de campo utilizou-se a entrevista semiestruturada com os agentes que participam do conselho.

## **O Conselho Municipal de Saúde de Itápolis- SP**

### **A criação do Conselho**

Até meados dos anos 80, somente os funcionários públicos, os militares e os trabalhadores que possuíam carteira assinada podiam usufruir dos serviços que a saúde pública prestava. Concomitantemente, movimentos de saúde que vigoravam na cidade de São Paulo e pleiteavam a universalização do atendimento à saúde pública ganharam força política em diversos municípios, resultando na a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília, considerada um dos marcos mais importantes da participação social na área de saúde. Essa conferência propôs o atendimento integral, a

universalidade, a descentralização dos serviços de saúde e a participação popular proposta pela Constituição Federal de 1988.

No ano de 1991, o prefeito do município de Itápolis- SP decidiu regular a situação do município frente à legislação do SUS, para que o município pudesse receber os repasses financeiros do Estado e da União. Itápolis é um município localizado na região central do Estado de São Paulo com aproximadamente 40.000 habitantes e elevada taxa de urbanização 95%. Embora seja um município conhecido pela significativa participação na agroindústria paulista de citros em razão da elevada produção de laranja, por outro lado, os indicadores de condição de vida apresentam níveis de riqueza baixo tanto no que se refere a escolarização quanto no que se refere às condições saúde e saneamento.

A legislação para os vários setores das políticas estabelecia que o repasse de recursos da União aos Estados e Municípios devesse estar vinculado ao estabelecimento do respectivo Conselho. Foi criado, assim, pela Lei Municipal nº 1.471 de 20 de maio de 1990, o Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde de Itápolis, que reúne instituições da sociedade civil organizada, governo Municipal e Estadual, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços, funcionando continuamente até os dias atuais (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITÁPOLIS, 2008).

As atas do Conselho revelam que, do ponto de vista formal, nos períodos de 1991 até 2004 e de 2004 até 2008, houve funcionamento regular e obediência às diretrizes da Lei Municipal que o criou, observado que os mandatos dos Presidentes do Conselho, nos primeiros períodos alternavam-se entre os grupos dos Usuários, Prestador de Serviço e Trabalhadores da Saúde. Todavia, essa representação foi apenas formal e a questão da participação pode ser questionada a partir das observações realizadas pela pesquisa.

O Conselho nunca dispôs de recursos físicos e materiais para o desenvolvimento de suas atividades. Não tem sede própria, não apresenta salas para trabalho administrativo e atendimento ao público, computadores, linhas telefônicas, fax, armários, arquivos e funcionários. Nunca se observou nas atas nenhuma menção ao Regimento Interno, sendo que o mesmo nunca foi elaborado.

Desde 1991 o município vem recebendo normalmente recursos federais e estaduais para a área de saúde. O marco legal da criação do conselho, a Lei Municipal nº 1.471/91, não se alterou ao longo dos governos municipais, continuando a vigorar até o momento. Aspectos relativos à atribuição e poderes deste Conselho, no âmbito

municipal, são moldados pela referida Lei Municipal e no âmbito federal pelas Leis nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b).

### **Estrutura, composição, seleção e representação**

Os instrumentos jurídicos do município atestam o caráter deliberativo do conselho e reafirmam a atuação deste órgão na formulação de estratégias políticas e no controle da execução da política de saúde.

No caso analisado observou-se a força do governo municipal e da representação classista, formada por médicos e enfermeiros, presenças comuns na maioria dos Conselhos de Saúde.

O Grupo do Governo Municipal está representado pela Secretaria Municipal de Saúde de Itápolis, e o grupo Governo Estadual constituído pela direção Regional de Saúde III- localizada em Araraquara.

O grupo dos Trabalhadores da Saúde formado pela Associação dos Profissionais de Saúde de Itápolis.

Os percentuais de representação são respectivamente: as Instituições Governamentais com 16%, as Associações Assistenciais com a mesma porcentagem, os Usuários, formados por representantes dos clubes de serviços, com 33% de representação, as Associações de Portadores de Patologias/ Deficiência com 16,66%, as Associações de Moradores e de Profissionais de Saúde com 8,33%, cada uma.

Quanto à forma de seleção dos representantes das instituições, a Lei Municipal nº 1.471/91 não determina uma orientação específica, nem mesmo a menção sobre uma desejável democratização do processo seletivo. Assim foi necessário verificar como foi realizada a seleção para o exercício da função. Apurou-se que os conselheiros são selecionados por indicação ou eleições realizadas em suas instituições e uma parcela reduzida é indicada pelo Poder Público. Apurou-se também que não há acompanhamento ou monitoramento de suas atuações.

### **Estrutura e permeabilidade do conselho municipal de saúde**

Conforme Art. 6º da Lei Municipal nº 1.471/91 o conselho é estruturado pelo Plenário, Secretaria Executiva e Secretaria geral. O Plenário é o fórum de deliberação

plena e conclusiva, configurado pelas reuniões ordinárias e extraordinárias. Fazem parte do Plenário todos os 16 membros do Conselho.

O presidente Conselho é próprio Secretário Municipal de Saúde que, como membro nato, ocupa um dos 02 lugares destinados ao Governo, tendo direito a voto. A duração do mandato é de 02 anos e é exercido sem remuneração. A recondução do cargo é permitida por lei, sendo que o Presidente desse Conselho já se apresenta no seu segundo mandato consecutivo. O Conselho não possui Secretaria Geral profissionalizada, tendo que consultar os técnicos da SMS para questões mais técnicas, como por exemplo, a Prestação de Contas.

Analisando a capacidade deste Conselho em detectar denúncias ou demandas da sociedade observou-se que este colegiado não apresenta nenhum mecanismo de comunicação com os usuários, observando-se um baixo grau de permeabilidade, ausência de canal formal para recebimento de denúncias ou demandas, ausência de vocalização dos conselheiros da sociedade civil no momento dos informes e monopólio do grupo Governo Municipal na definição dos temas da pauta.

## **Funcionamento**

A avaliação do funcionamento do Conselho foi feita a partir das análises referentes à formação da agenda e assuntos em pauta, atividade e organicidade e processo de deliberação, considerando que as mesmas devem refletir tanto a dinâmica, quanto a visão que se têm da política de saúde do município.

As pautas das reuniões são elaboradas pelos representantes da instituição que integram o grupo Governo Municipal. Com efeito, os conselheiros entrevistados acreditam que os representantes do Governo Municipal, especialmente o Secretário Municipal de Saúde, possuem todas as condições para definir as questões da política municipal de saúde a serem discutidas no Conselho. No entender desses conselheiros, esse grupo é o mais adequado para definir as questões a serem discutidas no Conselho.

Essa percepção de que o Governo Municipal é quem deve definir a pauta é extremamente condicionante das atitudes dos conselheiros, já que se colocam numa posição caudatária àqueles que dispõem de recursos de poder, como informações e treinamento da capacidade discursiva. Numa outra ótica, os relatos apontam que o desinteresse por assuntos do Conselho decorre do fato de que a função de conselheiro

não ser remunerada e, também, de que as atividades do Conselho interferir nas profissões dos conselheiros.

As respostas demonstram uma ausência de motivação pela participação entre os conselheiros, ao mesmo tempo em que outras dimensões foram lembradas, como os recursos escassos, tempo e dinheiro, como impeditivos de uma participação mais ampla.

Os temas mais frequentes na agenda deste Conselho puderam ser agrupados em três núcleos: questões relativas ao financiamento, ao plano municipal de saúde e à terceirização. A escolha dos temas contou com a iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, os quais, colocados em reunião do Conselho, foram aprovados. O Presidente do Conselho é quem explica e justifica as razões por determinada agenda, pois se considera que os conselheiros não possuem treinamentos ou cursos de capacitação para avaliarem sozinhos os conteúdos dos documentos referentes ao conselho. Todos os conselheiros entendem as necessidades, do ponto de vista do Presidente como membro do Governo Municipal, e que o mesmo pode e deve homologar seus interesses como deseja. Os conselheiros entendem que esses assuntos se apresentam com uma natureza meramente formal e técnica, caracterizando os como assuntos de fraca deliberação, pois é muito difícil compreender assuntos técnicos, tais como a prestação de contas e demais assuntos dessa ordem discutidos no Conselho e estes conselheiros apresentam fragilidades em relação à posse de recursos cognitivos para melhorar a experiência.

A pesquisa revelou que a maioria dos conselheiros apresenta um interesse reduzido sobre assuntos do Conselho. Os conselheiros frequentam poucas reuniões em suas bases, sendo exceção novamente o grupo do Governo. Todavia, os dados da pesquisa apontam para a existência de estreitas relações pessoais entre os conselheiros, o que mostra que o não envolvimento das entidades nas atividades de seus representantes ocorre apenas com relação às atividades do conselho. Portanto, nos afazeres do Conselho, a participação se dá apenas por representantes que agem por conta própria.

Sendo considerada bem cansativa e não ser remunerada, a participação é vista como desanimadora e motivo descaso por parte de alguns conselheiros que preferem não perder tempo com discussões durante as reuniões. Nota-se também, a insatisfação por parte de alguns conselheiros em relação aos integrantes dos Usuários que, por não possuir conhecimento dos assuntos do colegiado e apenas “desestabilizam a reunião quando se manifestam” (sic). Também foi destacada a questão dos termos técnicos que

os conselheiros não têm domínio e que por isso não arriscam discussões para não se envergonharem perante os demais.

O grupo dos Usuários, embora seja mais ativo que os demais conselheiros, também só se manifesta em questões diretamente ligadas ao seu interesse, ou seja, questões diretamente ligadas ao atendimento ou questões financeiras de barateamento dos custos de tratamentos específicos que atingem de algum modo a sua categoria.

### **Representantes das instituições: Recursos individuais e perfil dos representantes das instituições**

Para a construção do perfil dos representantes das instituições no conselho foram levantados dados sobre o grau de instrução, quantidade de mandatos, renda, assiduidade, capacitação, participação política, cultural e associativismo.

O grau de instrução, pesquisado com a intenção de analisar o conhecimento e a informação dos atores, observando sua potencial capacidade de independência e autonomia, revelou elevada disparidade no grau de escolaridade, sendo que apenas os Profissionais de Saúde e o do Governo Municipal apresentam um nível superior completo.

Analisando-se também a experiência dos conselheiros se verificou há pouca renovação entre os indicados. Pela avaliação das suas instituições, a indicação de um conselheiro para mais de um mandato se deve ao fato da valorização da experiência prática e familiaridade acumulada com os assuntos tratados no conselho, pois sendo um cargo sem remuneração, a experiência anterior “facilita” a participação.

A renda mensal dos entrevistados, avaliada objetivando verificar a segurança financeira para dispor de tempo para se dedicar à função de conselheiro, revelou também elevada disparidade. Sendo o grupo Usuários de renda mais baixa (entre dois ou três salários munimos) e o grupo do Governo Municipal com renda superior a 10 salários mínimos.

A pesquisa referente à assiduidade indicou que todos os grupos que representam as instituições estão presentes nos processos deliberativos. Porém, consideram que estão presentes apenas para apoiar as decisões da prefeitura.

O estudo da capacitação técnica dos conselheiros, com o objetivo de captar a facilidade e o conhecimento para influenciar nas decisões participativas, mostrou mais

uma vez que com exceção dos membros do governo, os conselheiros não apresentam qualificação técnica para a participação institucionalizada, dado que desconhecem, e não podem reproduzir nenhum assunto tratado nas últimas reuniões. Os entrevistados também relatam que não participam ou participaram de nenhum curso de capacitação nessa área; também não possuem condições financeiras de custeá-los. Também alguns conselheiros não têm nenhum interesse em se dedicar a cursos da área de atuação em Conselhos. Preferem capacitar-se em suas áreas de atuação, nas quais podem aperfeiçoar-se e obter mais sucesso nas suas carreiras profissionais, caracterizando, assim, uma participação muito mais voltada a interesses próprios do que aos do Conselho,

Para a avaliação do perfil dos conselheiros a pesquisa caracterizar, em termos de cultura cívica, alguns comportamentos dos conselheiros e relacioná-los a sua participação no Conselho. Neste sentido, analisou-se o interesse e envolvimento dos conselheiros nas questões locais de governo e de política, na vida da comunidade e nas políticas de saúde. Observou-se que a participação política é influenciada pelos recursos políticos e pela cultura política dos conselheiros. Comparando-se como se distribui o interesse por política nos diferentes grupos que formam o conselho, o Governo Municipal é o que apresenta maior interesse, seguido dos Usuários. O Prestador e o Trabalhador apresentam-se com baixo interesse por política. A proeminência dos grupos do Governo e dos Usuários é significativa, o que está em harmonia com seu alto interesse por política. Todos os integrantes do grupo dos gestores estão filiados ao partido do Prefeito. Nenhum outro grupo possui representantes filiados a partidos.

A atuação dos movimentos sociais é baixa em todos os grupos do Conselho em questão. Diferentemente da questão da filiação partidária, observada acima, esses dados indicam que a maioria dos entrevistados não possui engajamento em órgãos de atuação coletiva de sua localidade e voltados para fins diversos.

De igual importância quanto à percepção dos atores em relação à influência que exercem no processo decisório é a percepção do impacto que as deliberações do Conselho têm na SMS para implementação das propostas. As propostas são apresentadas pela SMS e aprovadas por consenso, o que reforça a hipótese de que o poder de representação dos segmentos potencializados no Conselho é influenciado por um grupo que possui vínculo político partidário com sistema político partidário. Os

dados obtidos revelam o pouco interesse dos conselheiros em conhecer sobre a implementação das decisões do Conselho pelo poder público.

Observou-se também, que o poder fiscalizador do não é ativo, não sendo realizado nenhum acompanhamento sobre a implementação das decisões do Conselho, não apresentando nenhum método para fiscalizar.

### **As relações entre os conselheiros e as instituições**

As relações dos conselheiros com as instituições que os indicaram são formais, sendo a atividade de conselheiros vista como um “favor”. Os vínculos com suas bases no que se refere aos assuntos do conselho são fracos, sendo que as próprias instituições não têm propostas ou proposições para o processo de decisão.

Os dados da pesquisa revelam que os conselheiros demonstram não possuir nem valorizar relações de cooperação, nem reciprocidade e não se observa interação grupal (variáveis do capital social). Não discutem com antecedência os assuntos constantes na pauta das reuniões e não se observam divergências de interesses. Isso confirma que as decisões são tomadas mediante o consenso, pois os assuntos tratados no Conselho referem-se à consolidação do SUS e, conseqüentemente, estão acima dos interesses particulares de muitos conselheiros. Por esta razão, os conselheiros estariam dispostos a encontrar soluções consensuais, reforçando a hipótese de que não há registro de veto no conselho.

Percebe-se que a desqualificação e a política da representação são os fatores principais que explicam a baixa participação dos conselheiros no processo decisório. As instituições da sociedade civil não demonstram interesse em participar desse colegiado através de seus representantes, que agem sozinhos, sendo que os conselheiros não demonstraram ter consciência sobre a necessidade de contribuir nas relações coletivas. O Presidente do Conselho expõe os projetos já prontos, justificando a sua necessidade, submetendo-o ao colegiado que, pela ausência dos recursos cognitivos referentes às informações e capacitação, realiza uma indução dos conselheiros a homologar os aspectos necessários a partir do seu ponto de vista.

A análise das atas revelou que somente o Governo Municipal apresentou assuntos técnicos na composição, dando explicações dos relatórios, utilizando o linguajar técnico e o encaminhamento das propostas para deliberação no Conselho. O que, entretanto,

permite uma avaliação conclusiva sobre a atuação do grupo do Governo Municipal no processo deliberativo do conselho foi o fato de que todas as propostas encaminhadas ao Conselho foram aprovadas, sendo que os temas de sua agenda estão em sintonia apenas com os interesses do Governo Municipal.

Assim, o colegiado em estudo pode ser visto um espaço em que não ocorre conflitos entre os grupos que participam da política, mas um espaço onde realizam-se alianças entre o grupo do Governo Municipal e os demais grupos presentes no Conselho.

Dessa maneira, identifica-se a seguinte dinâmica de funcionamento segundo a qual, fazendo uso de seus recursos e de sua “vontade para agir” nas reuniões do Conselho, o Governo Municipal lidera as discussões, constitui a agenda do Conselho, esclarece as questões de ordem técnica, não divulga as deliberações do Conselho. Os demais grupos apresentam-se passivos, não exercendo influência no processo deliberativo. Apesar de serem os grupos dos Usuários e dos Trabalhadores de Saúde bastante representativos e selecionados de maneira democrática para participar no Conselho, não são grupos ativos, não confrontando ideias.

Observa-se, também, outro ponto fundamental que bastante contribui para o destaque do Governo Municipal. Participar do Conselho é um dever de funcionário público, dever esse recompensado com altos salários e dedicação exclusiva aos assuntos da política municipal de saúde discutidos no colegiado, como pode ser observado na fala desses conselheiros quando entrevistados sobre a responsabilidade de definir a agenda do Conselho: “É o Secretário [...]. Está lá para isso. É para isso que ganha bem por mês”, e o próprio Secretário de Saúde quando coloca que: “Por trabalhar na SMS consigo estar ligado com todos os setores e recebo todos os problemas e demandas da pasta da saúde. Portanto, (sic) ” “quem define a pauta sou eu mesmo. ”

Diferentemente, para os grupos da sociedade civil (os Trabalhadores, Prestadores e Usuários) sua “vontade para agir” está relacionada ao engajamento voluntário, sendo para muitos, uma atividade custosa e penosa, tal como observado nas falas de conselheiros: “[...] eu não ganho para ficar nesse Conselho, prefiro ir atender meus pacientes e ganhar meu dinheiro”, “[...] não posso deixar meu trabalho para pensar na pauta do Conselho. ”

Assim, a capacidade dos representantes do Governo em conduzir o processo decisório esclarece-se pela sua posição institucional e pelos recursos que essa posição lhe oferece, sendo sua destacada participação política explicada adequadamente em

termos de recursos que esse grupo dispõe. Certa motivação para a ação política, percebida no grupo dos Usuários, pode ser explicada a partir da posição do conselheiro na instituição ou entidade que representa. De grande dificuldade é explicar a situação dos Prestadores e dos Trabalhadores, que apesar de possuírem recursos individuais como renda, escolaridade e ainda, condições para adquirirem recursos cognitivos, como a capacitação técnica posiciona-se na condição de passividade no interior do conselho. Nesse caso, o fato desses grupos reunirem condições favoráveis para a ação política não quer dizer que estas se traduzam em ação política. Melhor colocando: possuir um determinado recurso não quer dizer que este seja utilizado. A questão aqui colocada é a de que o fato dos conselheiros disporem de alguns recursos não significa que eles possam usá-lo. Provavelmente, nesse caso, o Conselho não delibera sobre assuntos de seu interesse, como acontece com o Governo Municipal.

Em síntese, observou-se que, para entender as diferentes participações dos conselheiros, é fundamental identificar os espaços que os grupos de atores elegem como arenas importantes para a sua participação política. No caso do Governo Municipal, o Conselho é uma arena estratégica para consolidar a dinâmica de suas deliberações, sendo visível um esforço para que as mesmas não fujam de seu controle. Para os demais grupos o Conselho é um espaço de oportunidades e interessante para deliberar sobre benefícios para a sua atividade profissional.

### **Considerações finais**

Como apresentado no início deste artigo, os principais estudos sobre o tema da participação democrática em conselhos de saúde têm mostrado que o direito constitucional não tem sido suficiente para garantir essa participação. O caso do conselho estudado confirmou plenamente esta condição. De fato, as instituições da sociedade civil representadas no Conselho não exercem nenhuma influência sobre a participação de seus representantes, sendo o Governo Municipal o único grupo que apresenta essa influência. Os demais representantes apresentaram um vínculo escasso e quase nulo com suas bases, o que revela que agem por conta própria nas atividades do conselho.

A inexistência de debate em relação aos assuntos da pauta mostra que o Conselho não tem se apresentado como um espaço de diálogo. Isso é constatado na análise dos

temas que têm ocupado a pauta das reuniões do período analisado. Assim, com pouca capacidade deliberativa, o conselho não pode ser reconhecido como espaço legítimo de pactuação de políticas públicas. Essa vocação deliberativa, que deveria ser avaliada como a capacidade de inovação de políticas públicas, não está presente no conselho analisado.

A partir desta condição, a análise dos mecanismos formais e informais de participação da sociedade civil na definição das políticas de saúde, a identificação das barreiras e mecanismos que possam ser mobilizados por atores sociais e estatais para transformar instituições participativas pouco efetivas em instituições capazes de contribuir para fazer valer os interesses dos menos favorecidos sugere a importância do conhecimento e da disseminação de informações como único caminho para restaurar relações mais orgânicas entre o comprometimento dos atores sociais e estatais e a forma de organizar o conselho e incentivar a participação social.

O Governo Municipal tem exercido severa influência nos temas discutidos no Conselho, o que é compreensível se levarmos em conta que o Conselho é um espaço imprescindível para o planejamento municipal na área da saúde e o seu não envolvimento pode gerar custos políticos, se a dinâmica e a deliberação fugirem de seu controle. Todavia, o conselho não pode ser visto como um espaço de participação democrática, pois não se nota uma relação mais simétrica entre governo e sociedade e, o seu funcionamento é controlado unicamente pelo grupo do Governo Municipal. O baixo envolvimento dos demais grupos parece resultar em um constrangimento institucional e aponta para uma desigualdade de recursos de conhecimento, de interesse e de poder. O conselho cumpre com as exigências legais no que diz respeito a sua estruturação, mas não possui um papel formador de participação efetiva no que diz respeito ao exercício da política.

Assim, as limitações que aqui levantadas impedem que o Conselho seja identificado como um modelo de gestão participativa. A pesquisa possibilitou elencar dentre as debilidades observadas no referido Conselho, a falta de capacitação dos conselheiros para o exercício de suas funções. Sem a compreensão de seu papel político e sem a capacitação técnica mínima para a participação qualificada no Conselho, os conselheiros são incapazes de acompanhar as atividades do Conselho, pois os temas em pauta demandam recursos cognitivos para melhorar a experiência.

Há um forte individualismo dos agentes no Conselho que não contribuem para a criação de capital social, apenas reforçando e referendando a prática de políticas tradicionais. As dificuldades observadas pelo estudo, tal como o apontado na literatura sobre o tema, ou seja, a falta de reconhecimento do outro, como cidadão (CARVALHO; TEIXEIRA, 2000), as fragilidades na vida associativa (CORTÊS, 1998) e nas condições em que os conselheiros ou atores sociais aceitam participar desses fóruns têm comprometido a efetiva participação societária no processo de formulação e gestão da política de saúde (FUKS, 2002; GONÇALVES, 1999; RIBEIRO, 1997).

O estudo mostrou também que os obstáculos enfrentados pelas diferenças socioeconômicas e educacionais, a pouca sensibilidade do sistema político e do governo em direção à inclusão do cidadão comum nas decisões governamentais são fatores que contribuem para reduzir sua competência política, conforme preconizou Putnam (1996).

O Conselho não produz capital social porque não facilita ações coordenadas e nem relações de confiança entre seus membros, não estimulando o interesse dos cidadãos pelo seguimento e avaliação de políticas públicas e possibilitando a prática de políticas tradicionais, concentrando o poder em quem já tem poder. A sua atuação está mais voltada para o controle das prestações de contas e do financiamento do que controle social.

Neste sentido, a ideia de Habermas (1995) de que o Estado não deve tomar decisões políticas sem o apoio da sociedade e que elas devem ser compartilhadas com as demandas oriundas da comunidade, se revela mais uma vez fundamental para a compreensão das barreiras ao funcionamento do conselho, que revelou não se configurar como um espaço de cogestão e de gestão compartilhada das políticas com o governo.

Trata-se, portanto, de um caso de prefeiturização da política de saúde e não uma verdadeira descentralização acompanhada de controle social. As estratégias que um Conselho com esse perfil pode realizar, só podem estar voltadas a um grupo, não abrangendo a comunidade como um todo. Não favorecem a oportunidade de se criar um processo inovador de cultura cívica, fortalecer a confiança e a cooperação entre os conselheiros, melhorar a capacitação dos conselheiros com o objetivo de mostrar a importância de ser conselheiro e de participar da vida política.

## Referências

ALBUQUERQUE, P. C. **Planejamento e participação social em saúde**: o caso de Duque de Caxias. 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.

ARRETCHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.14, n.40, p.111-141, jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

AVRITZER, L. Cultura e política, atores sociais e democratização. **Revista Ciências Sociais**, São Paulo, v.10, n.8, p.109-122, jun. 1995.

BOSCHI, R. R. **A arte da associação**: política de base e democracia no Brasil. São Paulo: Vértice, 1987.

BRASIL. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 21 set. 2018.

BRASIL. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 21 set. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 de out. de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 6 set. 2015.

CARVALHO, M. C. A. A.; TEIXEIRA, A. C. C. (Org.). **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Polis, 2000.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITÁPOLIS-SP. **Atas de reuniões do período 1991-2008**. Itápolis, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Lei n.8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em 5 set. 2018.

CORTÊS, S. M. V. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.5-17, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v3n1/1413-8123-csc-03-01-0005.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

CORTÊS, S. M. V. Participação de usuários nos conselhos municipais de saúde e de assistência social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, R.; FUKS, M. (Org.). **Democracia: teoria e prática**. Curitiba: Fundação Araucária, 2002. p.167-210.

FUKS, M. Participação política em conselhos gestores de políticas sociais no Paraná. In: PERISSINOTTO, R.; FUKS, M. (Org.). **Democracia: teoria e prática**. Curitiba: Fundação Araucária, 2002. p.245-272.

FUKS, M. Democracia e participação no conselho municipal de saúde de Curitiba (1999-2001). In: FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; SOUZA, N. R. (Org.). **Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná**. Curitiba: UFPR, 2004. p.13-44.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.21, n.60, p.67-81, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n60/29761.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018

GONÇALVES, M. de L. de L. **Participação social no sistema único de saúde: a experiência do conselho municipal de saúde de Ribeirão Preto**. 1999. 252f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1999.

HABERMAS, J. Três modelos normativos de democracia. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n.36, p.39-53, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n36/a03n36.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

LUCHMANN, L. H. H. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre**. 2002. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002

NOGUEIRA, M. A. **Um estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. São Paulo: Cortez, 2004.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.81-92, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v13n1/0226.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2018.

- SAMPAIO, S. B. de A. **O olhar governamental sobre os conselhos de políticas públicas:** o caso do conselho municipal de saúde de São Paulo no período de 2001-2004. 2006. 180f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006. Disponível em:  
<[http://institutofonte.org.br/sites/default/files/Sampaio%20SBA\\_0%20olhar%20governamental%20sobre%20os%20conselhos%20de%20Políticas%20Publicas.pdf](http://institutofonte.org.br/sites/default/files/Sampaio%20SBA_0%20olhar%20governamental%20sobre%20os%20conselhos%20de%20Políticas%20Publicas.pdf)>. Acesso em: 6 set. 2018.
- SOUZA, V. Políticas públicas do trabalho e a formação institucional do conselho estadual do trabalho no Paraná e no Rio Grande do Sul: um estudo comparativo (1994-2001). In: FUKS, M.; PERISSINOTTO, R.; SOUZA, N. R. (Org.). **Democracia e participação:** os conselhos gestores do Paraná. Curitiba: Ed. da UFPR, 2004. p.34-53.
- TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e Terra, 2002. p.47-103.
- TATAGIBA, L. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas da cidade de São Paulo. In: AVRITZER, L. (Org.). **A participação em São Paulo.** São Paulo: Unesp, 2004. p.323-370.
- TEIXEIRA, C. F. **O local e o global:** limites e desafios da participação cidadã. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- YIN, R. K. **Estudos de caso:** planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookmann, 2001.