



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Rasga Moreira, Marcelo; Escorel, Sarah; Bessa Fernandes, Fernando Manuel; Mendonça Delgado, Mônica; Mazzei Sucena, Luiz Fernando; Nader de Oliveira, André
A democratização nos Conselhos de Saúde
Saúde em Debate, vol. 30, núm. 73-74, mayo-diciembre, 2006, pp. 205-218
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345309007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

reDalyC.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A democratização nos Conselhos de Saúde

Democratization in the Health Councils of Brazil

Marcelo Rasga Moreira¹

Sarah Escorel²

Fernando Manuel Bessa Fernandes³

Mônica Mendonça Delgado⁴

Luiz Fernando Mazzei Sucena⁵

André Nader de Oliveira⁶

¹ Sociólogo, doutorando em Saúde Pública; pesquisador do Departamento de Ciências Sociais e Saúde (DCS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).
rasga@ensp.fiocruz.br

² Médica; doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB); pesquisadora titular do Núcleo de Estudos Político-sociais em Saúde (Nupes) do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-FIOCRUZ).
sescorel@ensp.fiocruz.br

³ Sociólogo; mestre em Antropologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF); integrante da equipe de pesquisa Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS.
fernando.bessa@ensp.fiocruz.br

⁴ Socióloga; mestre em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisadora assistente do Núcleo de Estudos Político-sociais em Saúde do DAPS/ENSP/FIOCRUZ.
delgado@ensp.fiocruz.br

⁵ Sociólogo; integrante da equipe de pesquisa Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS.
luiz.mazzei@ensp.fiocruz.br

⁶ Sociólogo, integrante da equipe de pesquisa Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS.
andre.nader@ensp.fiocruz.br

RESUMO O artigo apresenta resultados parciais da pesquisa *Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS (desenvolvida desde 2003 com apoio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde)*, enfocando o grau de democratização dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. Trabalha com um universo de 4.861 CMS e de 27 CES, que responderam a instrumento de pesquisa específico. Revela-se o grau mediano de democratização dos Conselhos, o que adquire maior relevância quando contextualizado no processo histórico-político-cultural brasileiro. Conclui-se que a disseminação de experiências democráticas entre os Conselhos não é homogênea e que as práticas existentes são importantes, mas não suficientes para garantir um grau consistente de democracia interna.

PALAVRAS-CHAVE: Conselhos de Saúde; Democratização e Participação Social.

ABSTRACT The article presents partial results of the research *'Monitoring and Supporting the Participative Management of the Unified Health System (SUS) of Brazil' (developed since 2003 with the support of the Secretariat of Participative and Strategic Management of Brazil's Ministry of Health)*, focusing on the degree of democratization of the City and State Health councils. The study involved 4,861 City Health councils and 27 State Health councils which answered the specific instrument of research. The results show the average degree of democratization of the health councils, which gains greater relevance when considering the historical, political and cultural context of Brazil. It concludes that the dissemination of democratic experiences among councils is not homogeneous and that the existing democratic practices are important, but not enough to guarantee a consistent degree of internal democracy.

KEYWORDS: Health Councils; Democratization, Social Participation.

INTRODUÇÃO

A preocupação em compreender, debater, promover, aperfeiçoar e constantemente construir um Sistema de Saúde verdadeiramente pleno em sua missão de atender com equidade, universalidade e integralidade à população brasileira, tem-se feito notar, nos últimos anos, entre acadêmicos, pesquisadores, sociedade civil organizada e gestores, numa confluência de interesses que propicia o estabelecimento de parcerias em prol do direito à saúde.

Como elementos fundamentais e estratégicos no desenvolvimento desta preocupação e na viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS), figuram os Conselhos Estaduais (CES) e Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Inseridos no contexto dos conselhos gestores de políticas públicas, os Conselhos de Saúde são instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, órgãos colegiados que possuem como uma de suas principais atribuições – senão a principal –, propiciar a participação da sociedade civil organizada e dos usuários do SUS na discussão institucionalizada do ciclo de políticas de saúde dos estados e municípios.

No âmbito do Ministério da Saúde (MS), essa proposta foi institucionalizada com a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão Participativa (atual Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP/MS)), cujas competências estão voltadas para a

afirmação do direito à saúde como direito de cidadania, para a avaliação propositiva e permanente dos conselhos de saúde e para a potencialização do controle social do SUS. (BRASIL, 2006b).

Com o objetivo de obter subsídios para apoiar o funcionamento dos Conselhos de Saúde, a SEGE/MS financia, desde 2003, a pesquisa Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS, executada por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) e estruturada em três etapas articuladas – as duas primeiras desenvolvidas com o apoio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

Realizada entre dezembro de 2003 e fevereiro de 2004, a primeira etapa desta pesquisa gerou: a) um inédito cadastro dos CMS e CES, contendo informações necessárias para o estabelecimento de contatos; e b) um instrumento de pesquisa (IP) a ser aplicado nos conselhos cadastrados, que foi elaborado a partir de demandas da SEGE/MS e aprimorado em diálogo com outras secretarias do MS, com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e com pesquisadores de outras instituições.

A segunda etapa, iniciada em novembro de 2004, com o envio do IP para 5.558 CMS e 27 CES cadastrados, visou o levantamento de dados e a construção de índices e indicadores que viabilizassem a construção de um Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil, capaz de fornecer à gestão subsídios para a formulação de ações e programas de aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido pelos conselhos.

A terceira etapa, iniciada no final de 2006 e ainda em curso, tem por objetivos: a) consolidar e monitorar os índices e indicadores construídos na segunda etapa; b) elaborar indicadores relacionados à participação dos usuários e à prática do controle social; e c) construir uma Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa (EVTP) que torne públicos os dados e análises sobre o Perfil, a fim de apoiar o funcionamento e a atuação dos Conselhos mediante a

utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC).

Denominada ParticipaNetSUS (<http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>), esta EVTP publiciza, dentre outros, os instrumentos utilizados pela pesquisa e disponibiliza o banco de dados para consultas e cruzamentos. Também estão disponíveis análises temáticas elaboradas pela equipe de pesquisa, artigos, textos e *links* que permitem conhecer e analisar a realidade dos Conselhos de Saúde.

A riqueza de todo esse processo de pesquisa inspirou a produção de reflexões cujo intento é contribuir para a efetivação da participação da sociedade no SUS e para a consolidação dos Conselhos de Saúde como órgãos que conferem efetividade e capacidade deliberativa a esta participação. Neste sentido, as análises e avaliações elaboradas inserem-se no contexto do aprimoramento da democracia no Brasil e consideram os Conselhos de Saúde (assim como os demais Conselhos Gestores de políticas públicas) como instâncias participativas inovadoras cuja experiência e práticas devem ser incorporadas à agenda da Reforma Política nacional.

O rumo das reflexões indica que a criação de CMS em 5.559 municípios e de CES nas 27 unidades federadas, gerando um contingente de cerca de 72 mil conselheiros titulares (dos quais cerca de 36 mil representam os usuários do SUS), produziu um cenário sociopolítico inédito na história do país e, provavelmente, na das democracias contemporâneas. Este cenário, em particular no que se refere ao contexto municipal, é aquele que, hoje, aponta para as melhores perspectivas de efetiva conjugação de dois dos princípios norteadores do SUS, a participação e a descentralização. Ao mesmo tempo, é o que parece conter os maiores desafios, em especial porque os dados da pesquisa apontam para o fato de que os

desafios dos CES caminham por searas diferentes das que têm que ser enfrentadas pelos CMS.

Propondo-se a contribuir para a compreensão e superação destes desafios e situando os Conselhos no processo de construção de uma 'rede de controle social e gestão participativa' dotada de instrumentos legais e de maior poder de articulação e vocalização junto ao Executivo, objetiva-se aqui oferecer evidências que possam apoiar e/ou aprimorar a democratização nos Conselhos de Saúde do Brasil, elencando, realçando e refletindo sobre seus limites e possibilidades. Para tanto, apresentam-se, em primeiro lugar, os aspectos metodológicos utilizados. A seguir, é oferecido um panorama geral dos Conselhos de Saúde e, em seqüência, é feita a análise das variáveis que permitem identificar o grau de democratização dos Conselhos de Saúde.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Em 2005, com a criação do CMS da localidade de Cedral, no estado do Maranhão, a totalidade dos 5.559 municípios brasileiros possuía CMS. Até o dia 5 de julho de 2007, 4.861 CMS (87,4% do total) e todos os 27 CES haviam respondido ao instrumento de coleta da pesquisa, Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS.

Embora tenham sido coletados em anos diferentes (2005, 2006 e 2007), os dados referem-se à atual gestão dos Conselhos, o que lhes confere coerência e validade. Assim, o universo (*n*) a ser trabalhado no presente artigo é de 4.861 CMS e 27 CES.

Como algumas questões do IP foram respondidas de forma incorreta ou deixadas em branco pelos respondentes (o que é inevitável e esperado em pesquisas que se utilizam de questionários/instrumentos autopreenchíveis), é apresentado, na análise de cada tópico, o número de Conselhos de Saúde que responderam adequadamente à questão, para que se dirima a possibilidade de confusão deste número com o universo.

As respostas às questões do IP foram armazenadas em uma base de dados *opensource*,¹ intitulado MySQL, caracterizado por uma massiva multiplicidade de possibilidades de cruzamentos.

CONSELHOS DE SAÚDE: ASPECTOS GERAIS

Os 4.861 CMS que compõem o universo trabalhado no presente artigo encontram-se em municípios que abrigam um contingente de 156.097.434 de pessoas, significando 92% da população brasileira, segundo dados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2007).

Levando-se em conta os 4.501 CMS que responderam adequadamente à pergunta sobre o número de conselheiros que os compõe, foram identificados 60.828 conselheiros municipais de saúde titulares. Por seu turno, os 27 CES contam com 720 conselheiros titulares. É possível estimar que, considerando 5.559 CMS e 27 CES, existam no país mais de 72 mil conselheiros titulares.

O tamanho dos Conselhos Estaduais de Saúde no Brasil (número total de conselheiros titulares) varia entre dez e 52 membros, com predomínio de Conselhos (22) compostos por 20 ou mais membros titulares. Os CES de grande porte (constituídos por 40 participantes ou mais) são três: Minas Gerais e Rio Grande do Sul, com 52 membros titulares cada, e Goiás, com 40. O tamanho dos Conselhos Estaduais não está, portanto, vinculado ao tamanho da população: Goiás, por exemplo, possui um CES maior que os do Rio de Janeiro e de São Paulo.

Quase a metade dos Conselhos Estaduais (13) é de médio porte, ou seja, têm entre 21 e 39 conselheiros titulares (AC, RO, AL, BA, CE, PE, PI, MS, MT, RJ, SP, PR, SC), enquanto 11 são de pequeno porte, ou seja, têm entre dez e 20 membros (AP, AM, PA, RR, TO, MA, PB, RN, SE, DF e ES). Embora não se verifique um padrão regional dos CES, observa-se que na região Norte há mais CES de pequeno porte, ao passo que, nas regiões Sudeste e Sul, encontram-se maior número de CES de médio e grande porte.

A estratificação dos CMS segundo o porte populacional dos municípios em que se localizam demonstra que 72,7% estão em cidades com até 20 mil habitantes, distribuídos da seguinte forma: 1.210 (24,9%) em cidades com população de até 5 mil habitantes; 1.123 (23,1%) em cidades entre 5 e 10 mil habitantes; e 1.199 (24,7%) em cidades cuja população varia entre 10 e 20 mil habitantes.

¹ *Opensource*, em tradução literal, significa 'fonte aberta, livre'. Especificamente no que concerne a seu uso técnico em informática, designa sistemas e programas desenvolvidos pela comunidade de programadores que se posicionam contra a propriedade privada de *softwares*/programas cujos códigos-fonte (estruturas básicas) são abertos, ou seja, que não necessitam de licença para serem utilizados e que podem ser constantemente aperfeiçoados.

DEMOCRATIZAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Para assegurar a participação e exercer o controle social de maneira efetiva, eficaz e eficiente, os Conselhos de Saúde precisam atingir, manter e expandir um nível satisfatório de democratização. Sem pretender esgotar o debate acerca deste complexo conceito, a democratização dessas instâncias colegiadas é aqui compreendida como sendo a promoção e usufruto de condições que busquem gerar, incentivar, ratificar e resguardar a participação da população e a equidade na representatividade exercida pelos conselheiros, entidades e segmentos, além de procurar evitar o estabelecimento e a perpetuação de hierarquizações, privilégios e encapsulamentos de poder nas presidências, nas secretarias executivas e nas mesas diretoras dos Conselhos de Saúde.

As variáveis selecionadas e analisadas neste artigo são: Ano de realização da última Conferência de Saúde, Paridade na distribuição de Conselheiros nos Conselhos, Escolha dos presidentes dos Conselhos, assim como Divulgação de datas e locais de reuniões à população, Reuniões abertas à participação da população e Direito à voz da população.

Esses foram os parâmetros mínimos que puderam ser obtidos com o IP. Outros aspectos como a real interferência de cada conselheiro no debate e na deliberação, o poder de incluir temas de interesse na agenda do Conselho, a representatividade dos Conselheiros, entre outros, exigem metodologias qualitativas ainda não trabalhadas pela pesquisa.

Escolha dos presidentes dos Conselhos

A variável Segmento do presidente dos Conselhos, apesar de não integrar o conjunto de variáveis

de democratização, também será privilegiada de modo transversal ao longo do texto, à semelhança das variáveis Porte populacional e Estado, por conta da prevalência de presidentes representantes do segmento dos gestores (2.947 CMS, 67,1% dos 4.394 CMS que responderam a esta questão, e 21 dos 27 CES). Em todos os CES e em quantidade substancial dos CMS em que esta situação ocorre, a presidência é ocupada pelo próprio secretário de Saúde, possivelmente com esta obrigatoriedade cristalizada nas leis e decretos em âmbito municipal que criaram os Conselhos de Saúde.

Este aspecto guarda íntima relação com a prática da eleição para presidente dos CES e CMS que somente passou a ser preconizada em 2003, na Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), documento que normatiza a estruturação, organização, funcionamento, competências e atuação dos Conselhos de Saúde do Brasil:

O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária. (BRASIL, 2006b, p. 149).

No âmbito do próprio CNS, a primeira eleição presidencial ocorreu somente em novembro de 2006, em cumprimento ao Decreto MS 5.839/06, tendo sido eleito um representante do segmento dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2006a).

Em 21 CES, o secretário de Saúde é considerado presidente nato. Apenas seis Conselhos Estaduais de Saúde elegem seus presidentes em reunião plenária: AP, RO, GO, MS, PR e RS. Entre os CES que cumpriram a diretriz do CNS, foram eleitos como presidentes um representante do segmento dos

trabalhadores de saúde (GO), um representante dos usuários (RO) e quatro representantes dos gestores. Portanto, 25 dos 27 CES têm como presidente – nato ou eleito – o secretário de Saúde ou um representante do segmento dos gestores.

A predominância de presidentes oriundos do segmento dos gestores também é patente nos CMS, o que pode ser evidenciado no Quadro 1, que também mostra a relação entre a forma de escolha dos presidentes e o segmento ao qual estes pertencem.

QUADRO 1 – Tipo de escolha por segmento do presidente dos Conselhos Municipais de Saúde

Segmento do Presidente Tipo de Escolha do Presidente	Gestores	Prestadores de Serviço	Trabalhadores de Saúde	Usuários	Total
Não há eleição	1.175 (90,66%)	20 (2,16%)	64 (4,94%)	29 (2,24%)	1.296
Eleição aberta/nominal	875 (57,57%)	109 (7,17%)	262 (17,24%)	274 (17,35%)	1.520
Eleição aberta/contagem	437 (57,50%)	50 (6,58%)	132 (17,37%)	141 (18,55%)	760
Eleição secreta	212 (43,35%)	36 (7,36%)	93 (19,02%)	148 (30,27%)	489

Fonte: ParticipaNetSUS, 2007.

Os 2.769 CMS que realizaram eleições para escolher seus presidentes representam 68,1% do total de CMS que responderam a esta pergunta, sendo que 1.520 (37,4%) fazem votação do tipo aberta nominal, uma prática que, embora de viés democrático, não atende à Diretriz Geral 19 do Eixo Temático VI – ‘Controle Social e Gestão Participativa’ do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde:

Estabelecer, por intermédio do Conselho Nacional de Saúde, que a presidência ou coordenação dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo,

não seja obrigatoriamente ocupada pelo gestor, sendo que os presidentes dos conselhos devem ser eleitos entre os membros do plenário dos conselhos, por meio de voto direto e secreto. (BRASIL, 2004, p. 105).

Outro ponto a ser destacado é que os gestores só não são presidentes dos CMS em sua maioria quando a votação é secreta, forma de escolha que definiu representantes do segmento dos usuários como presidentes de 30,3% dos CMS.

Quando se cotejam os CMS pelas variáveis Escolha dos presidentes dos Conselhos e Porte populacional, verifica-se que há uma tendência de aumento

na quantidade de CMS que não realiza eleições presidenciais à medida que o porte populacional dos municípios também aumenta.

Levando em consideração os estados, esta análise identifica que o Espírito Santo apresenta proporcionalmente mais CMS que não realizam eleição presidencial (55,4%), e o Rio Grande do Sul, menos CMS (2,4%). Entre aqueles que praticam votação secreta na eleição para presidente, o estado do Pará, proporcionalmente, apresenta mais CMS (35,8%) – no outro extremo encontra-se Roraima, onde nenhum CMS realiza votação secreta para escolha do presidente. Entre os CMS que fazem votação aberta do tipo nominal, o estado de Goiás destaca-se, por apresentar o maior percentual de CMS (52,3%), e o Espírito Santo, menos (20,0%). Dentre os que realizam votação aberta por contagem, o estado de Alagoas apresenta percentualmente mais CMS (34,9%) e o Amapá não apresenta algum.

Dentre os 4.861 CMS que compõem o universo deste artigo, 743 (15,3%) não elegem seus presidentes, não possuem Mesa Diretora e também não têm Secretaria Executiva, o que leva a considerar que, nestes CMS, o funcionamento e o direcionamento dos trabalhos provavelmente depende bastante da atuação e da orientação política dos presidentes. Estes Conselhos contrariam frontalmente as orientações das diretrizes gerais 19 (supracitada) e 20 do Eixo Temático VI, 'Controle Social e Gestão Participativa', do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde:

Democratizar o funcionamento dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, implementando coordenações colegiadas ou mesa diretora eleita [...]. (BRASIL, 2004, p.105).

No pólo oposto, há 514 CMS (10,6%) que elegem seus presidentes, têm Mesa Diretora e possuem Secretaria Executiva, mesmo que esta última funcione somente em dias de reunião. Nestes CMS, é de se esperar que haja maior possibilidade de não ocorrerem ou serem menos intensas as ingerências e práticas personalísticas por parte dos presidentes no seu funcionamento e atividades.

Ano de realização da última Conferência Municipal de Saúde no município

De acordo com a Lei Federal 8.142/90, as Conferências de Saúde devem ser realizadas com periodicidade quadrienal (BRASIL, 1990), orientação reiterada na Diretriz Geral 40 do Eixo Temático VI, 'Controle Social e Gestão Participativa', do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde:

Garantir o cumprimento das deliberações das conferências de Saúde por parte dos gestores. A não-observância implicará em punição pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2004, p.109).

Entre os 3.297 CMS que responderam à questão do IP que indagava em que ano o município no qual estavam localizados realizou a sua última Conferência Municipal de Saúde, o ano de 2005 foi assinalado por 696 CMS (21,1%). Já 1.204 CMS (36,5%) informaram que a respectiva Conferência ocorrera no ano de 2003, provavelmente em função da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro do mesmo ano.

Por outro lado, cerca de um terço dos CMS descumpre a Constituição e não segue as recomendações da 12ª Conferência Nacional de Saúde: 482 CMS (14,6%) responderam que o município não realiza Conferência Municipal de Saúde, e 418 CMS

(12,7%) realizaram Conferências em anos anteriores a 2002.

No âmbito estadual, verificou-se a consonância com a lei 8142/90 que prevê a realização de Conferência a cada quatro anos. Quase todos os CES responderam que foram realizadas Conferências Estaduais de Saúde nos últimos quatro anos: 25 realizaram em 2003, em Rondônia foi realizada em 2004, e em Alagoas em 2002.

Paridade na distribuição de conselheiros nos Conselhos

Um dos indicadores importantes para a avaliação do nível de democratização dos Conselhos de Saúde é a distribuição paritária das vagas de conselheiros. Desde 1992, o Conselho Nacional de Saúde estabeleceu, através da Resolução 33/92, que a composição dos Conselhos de Saúde seria constituída por 50% de conselheiros representantes do segmento dos usuários, 25% de trabalhadores e os 25% restantes divididos entre gestores e prestadores.

Essa orientação foi reiterada nos Relatórios Finais da 10ª, 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em 1996, 2000 e 2003, respectivamente, e na Resolução CNS 333/03:

Mantendo ainda o que propôs a Resolução n.33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: a) 50% de entidades de usuários; b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; c) 25% de representação de governo e de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. (BRASIL, 2006b, p. 149).

Dentre os 4.495 CMS cujas respostas ao IP permitem a análise da paridade entre os segmentos, 3.077 (68,5%) possuem 50% de conselheiros re-

presentantes dos usuários em sua composição, enquanto somente 1.122 (25,0%) atendem integralmente à paridade preconizada nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados consolidados da pesquisa revelam que o conjunto dos 27 CES não distribui, de forma paritária, as vagas dos segmentos representados. No Brasil, há 720 conselheiros estaduais de Saúde titulares: 359 representantes dos usuários (49,9%), 155 representantes dos trabalhadores (21,5%), 145 representantes dos gestores (20,1%) e 61 representantes dos prestadores de serviços (8,5%).

Somente em Goiás o Conselho Estadual de Saúde cumpre plenamente a paridade em relação a todos os segmentos. Todos os estados cumprem parcialmente a paridade, designando 50% de suas vagas para os usuários. Em 11 estados, além da composição do CES estabelecer 50% das vagas para representantes dos usuários, 25% das vagas são do segmento de trabalhadores de saúde (AC, AP, PA, PB, PE, RN, SE, MS, RJ, PR e SC). As demais 15 unidades federadas dividem as vagas destinadas para gestores, prestadores e trabalhadores de saúde de formas bastante variadas, na maioria, sub-representando os trabalhadores de saúde e prestadores e sobre-representando os gestores.

Esta 'hiper-representação' dos gestores em colegiados cuja constituição seria para o debate, consenso e decisão democrática, pode dificultar e, até mesmo, comprometer o controle social e a gestão participativa das políticas públicas. Este desenho nacional permite inferir que os Conselhos de Saúde encontram dificuldades para garantir as decisões democráticas nos processos de votação.

Divulgação de datas e locais de reuniões à população

O modo básico de funcionamento dos Conselhos de Saúde é a realização de reuniões ordinárias com periodicidade mínima mensal, quando os temas, as ações e as políticas públicas devem ser debatidas e deliberadas. É, portanto, nessas reuniões que a participação social se efetiva. De 4.511 CMS, 3.767 (83,5%) realizam Reuniões Ordinárias com periodicidade mensal, conforme preconiza a Resolução CNS 333/03:

O Plenário do Conselho se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público. (BRASIL, 2006b, p. 151).

A periodicidade mínima mensal visa garantir a continuidade das discussões e debates sobre os temas e questões referentes ao controle social, à definição de diretrizes de políticas e à administração da gestão pública da saúde. Contudo, há 677 CMS (15,0%) que realizam reuniões com frequências superiores a um mês, havendo, inclusive, 33 CMS (0,7%) que fazem reuniões semestrais, o que permite supor que estes CMS não interferem nas decisões da política de saúde local.

Todos os CES realizam, no mínimo, uma reunião ordinária por mês, sendo que no estado do Rio Grande do Sul o Conselho se reúne quinzenalmente, o que pode favorecer um processo mais intenso de deliberação e um melhor acompanhamento das ações realizadas.

A realização de Reuniões Ordinárias, na defesa da necessidade de transparência das ações dos Conselhos de Saúde, deve obedecer a uma rotina de di-

vulgação, de modo a oferecer aos cidadãos a oportunidade de exercerem seus direitos e deveres cívicos, exercitando a participação social.

No universo de 4.110 CMS, 2.810 (68,4%) divulgam suas reuniões à população. Destes, 2.073 CMS (50,4%) divulgam as reuniões por intermédio da ação dos próprios conselheiros. Tal aspecto poderia ser interpretado como uma prática positiva à medida que fosse demonstrado o exercício da representatividade dos conselheiros em relação às suas entidades.

Quando se coteja a divulgação das reuniões dos CMS com os segmentos de seus presidentes, constata-se que, dentre os CMS que não divulgam, o maior percentual é daqueles presididos por representantes dos gestores (34,2%), em contraste com o conjunto de CMS que divulgam suas reuniões, nos quais há percentualmente mais Conselhos presididos por representantes dos usuários e dos trabalhadores de Saúde (72,9% e 73,3%, respectivamente).

Analisando a divulgação das reuniões dos CMS segundo o porte populacional do município, verifica-se que, de um total de 4.105 CMS, proporcionalmente há mais CMS que não possuem a prática de divulgar as suas reuniões à população naqueles localizados em municípios com menos de 50 mil habitantes (cerca de 32%). Ao inverso, verifica-se que, ao passo que os portes populacionais aumentam, há percentualmente mais CMS que divulgam suas reuniões.

A análise dos CMS que divulgam suas reuniões segundo o estado que integra revela que, de 4.106 CMS, há proporcionalmente mais CMS que não divulgam suas reuniões no estado do Amapá (70,0%), enquanto no estado do Pará há maior proporção de CMS que promovem algum tipo de divulgação das reuniões à população (80,6%), sendo

a ação dos conselheiros a modalidade mais recorrente (65,7%).

Reuniões abertas à participação da população

As reuniões são abertas à população em todos os Conselhos Estaduais de Saúde e em 89% dos CMS. Podem ser considerados pontos positivos que de 4.474 CMS, apenas 492 (11,0%) não abram suas reuniões à participação da população e 3.439 (76,9%) o façam em todas as suas reuniões, incluindo as extraordinárias. Relacionando a realização de reuniões abertas à população ao segmento dos presidentes dos CMS, verifica-se que os Conselhos presididos por representantes dos gestores estão percentualmente em maior número dentre os que não permitem a participação da população nas reuniões (12,3%), enquanto entre os CMS que abrem todas as suas reuniões, os presididos por usuários são, proporcionalmente, os que mais aparecem (81,4%).

Proporcionalmente, num total de 4.469 CMS, há maior prevalência de CMS de municípios com até 20 mil habitantes entre aqueles que não realizam reuniões abertas à participação popular (cerca de 12%), enquanto os CMS que abrem suas reuniões à população estão percentualmente mais concentrados em municípios de mais de 500 mil habitantes (91,7%).

Roraima é o estado que apresenta, proporcionalmente, mais CMS que não abrem suas reuniões à população (33,3%), em contraste com o estado do Rio de Janeiro, que proporcionalmente é o que mais apresenta CMS que franqueiam todas as suas reuniões à população (83,8%).

Direito à voz da população

A participação da população nas reuniões dos Conselhos de Saúde é incrementada e potencializada quando a livre expressão de qualquer cidadão é

compreendida como um direito a ser garantido. Embora todos os CES tenham informado que as reuniões são abertas à participação popular, em quatro estados (RO, MA, SP e SC), a população não possui direito à voz. O mesmo acontece em 982 CMS (quase 22% dos 4.478 CMS que responderam a esta pergunta). Portanto, tanto nos Conselhos Estaduais quanto nos Municipais a proporção dos que garantem o direito à voz da população pode e deve ser compreendida como um bom cenário.

Relacionando o direito à voz nas reuniões do CMS com o segmento dos presidentes, num total de 4.047, verifica-se que entre aqueles que não facultam à população o direito de expressar-se nas reuniões, há proporcionalmente mais CMS presididos por gestores (23,7%). Entre os CMS que garantem à população o direito à voz, existem proporcionalmente mais CMS tanto presididos por representantes dos trabalhadores de saúde (81,6%), quanto presididos por usuários (81,3%).

No conjunto de 4.473 CMS, os Conselhos de Saúde de cidades com 5 mil a 10 mil habitantes são proporcionalmente mais numerosos em termos de não garantirem o direito à voz da população em suas reuniões ordinárias (26,3%). Já em municípios com população acima de 500 mil habitantes há proporcionalmente mais CMS que asseguram às pessoas este direito (92,0%).

Considerando o estado de origem, entre 4.474 CMS, o estado do Pará é o que mais apresenta CMS que dão direito à voz (90,4%), ao passo que o estado do Amapá é o que apresenta mais CMS que não dão direito à voz à população (30,8%).

O Quadro 2 mostra as relações entre as variáveis Reuniões abertas à participação da população, Direito à voz da população e Divulgação de datas e locais de reuniões à população:

QUADRO 2 – Participação e vocalização nos CMS

Variáveis	Sim	Não
Reuniões abertas à participação da população {n = 4.474}	3.982 (89,00%)	492 (11,00%)
Direito à voz da população {n = 4.478}	3.486 (78,07%)	992 (21,93%)
Divulgação de datas e locais de Reuniões à População: {n = 4.110}	2.810 (68,37%)	1.300 (31,63%)
Não divulga reuniões / não faz reuniões abertas / não dá direito à voz {n = 4.861}	334 (6,87%)	
Divulga reuniões / faz reuniões abertas / dá direito à voz {n = 4.861}	2.372 (48,80%)	

Fonte: ParticipanetSUS, 2007.

Quase 7% dos CMS não realizam reuniões abertas, não dão direito à voz e não possuem a prática de divulgar suas reuniões à população, ao passo que quase a metade (48,8%) do universo cumpre positivamente todos esses requisitos, o que revela um bom desempenho nesses aspectos da democratização das instâncias colegiadas. Cabe ressaltar que 2.109 CMS (88,9%) divulgam todas as reuniões, sendo que 1.758 (75,1% de 2.109) divulgam suas reuniões por intermédio da ação dos próprios conselheiros.

A análise das características democratizadoras dos Conselhos Municipais de Saúde segundo a região do país em que estão localizadas identifica a região Centro-Oeste como aquela com CMS que mais elegem seus presidentes. Nesta região, quase quatro quintos dos CMS elegem seus presidentes, em contraste com

a região Sudeste, onde isso acontece em 55% dos CMS. Entretanto, o estado do Rio Grande do Sul é aquele com mais CMS que realizam eleições presidenciais seguido do estado do Mato Grosso do Sul, com percentual similar (92%). No pólo oposto encontra-se o estado do Espírito Santo, onde 43% dos CMS realizam eleições para presidente.

Quase três quartos dos CMS da região Nordeste são presididos por representantes do segmento dos gestores, em oposição à região Sul, que apresenta pouco mais de dois quintos. O estado do Ceará tem mais CMS presididos por gestores e o Rio Grande do Sul é o estado com menos CMS presididos por gestores.

No tópico sobre divulgação de reuniões à população, embora as percentagens de todas as regiões

variem bem pouco entre si, a região Sudeste apresenta mais CMS que divulgam suas reuniões e a região Norte, menos CMS. No entanto, o estado do Pará, mesmo integrando a região Norte, é o que apresenta percentualmente mais CMS que divulgam suas reuniões, pouco mais de dois terços, em contraste com o estado do Amapá, que tem apenas em torno de um quinto de CMS que realizam tal prática.

A variável que apresenta percentuais mais altos é relativa à realização de reuniões abertas à população, e varia entre 84,5% dos CMS na região Sudeste e 79,3% na região Centro-Oeste. O estado do Mato Grosso do Sul apresenta mais CMS que abrem suas reuniões (90,4%) e em Roraima, metade dos CMS assim o fazem.

A variação percentual entre as regiões no que range ao direito à voz da população nas reuniões, mais até do que ocorre com as duas variáveis anteriores, é extremamente baixa, com a região Norte apresentando mais CMS que adotam esta prática (73,9%). Por estado, Pará e Pernambuco apresentam mais CMS que facultam à população o direito à voz (83%), ao passo que Roraima tem menor quantidade percentual (58%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltando-se os limites do IP e guardadas as diferenças existentes entre os Conselhos Estaduais e Municipais, as variáveis aqui selecionadas, entendidas como indicadores do grau de democratização nos Conselhos de Saúde, apontam, no geral, para resultados positivos, ainda que medianos, que adquirem maior relevância quando considerado o contexto his-

tórico-político brasileiro dos últimos 40 anos, contexto este marcado por avanços, obstáculos e retrocessos no caminho em direção à garantia e aperfeiçoamento dos direitos dos cidadãos, das responsabilidades das autoridades e da construção de instâncias públicas colegiadas de participação social.

De fato, quando se recorda que há menos de 25 anos o país vivia sob um regime ditatorial que cultivou uma cultura política baseada no clientelismo e na ausência de preocupação com a dimensão pública, a disseminação e o desenvolvimento de fóruns como os Conselhos de Saúde, que promovem a participação direta da sociedade civil organizada no ciclo de políticas, devem ser consideradas fatos positivos, mesmo com todos os seus percalços e atribulações.

Os Conselhos de Saúde, por um lado, revelam-se como produtos da tradicional cultura política brasileira, reproduzindo a defesa de interesses corporativos e clientelistas, a ausência de transparência das decisões políticas, a impermeabilidade à participação, mas, também, integram o potencial de transformação democrática e republicana desses valores e dessas práticas sociais.

Transcendendo uma feição meramente reivindicatória, a participação da população nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, por conta da natureza destes órgãos, reveste-se de capital importância. Vislumbram-se possibilidades de incremento e aperfeiçoamento de boas práticas democráticas e participativas no âmbito dos Conselhos, o que não significa, necessariamente, afirmar que, atualmente, a estruturação, a organização, a atuação e o funcionamento deles estão próximos do que poderia ser considerado como satisfatório.

Entre as possibilidades de incremento e aperfeiçoamento de boas práticas democráticas e partici-

pativas nos Conselhos de Saúde encontram-se, por um lado, o efetivo cumprimento de suas atribuições na deliberação e acompanhamento das políticas de saúde e, por outro lado, o estabelecimento de parcerias com entidades e órgãos fiscalizadores nos três níveis da administração pública, tais como as Controladorias, os Tribunais de Contas, as Ouvidorias, os Ministérios Públicos e as Promotorias. Essas parcerias são fundamentais para estimular e garantir a realização periódica de Conferências de Saúde, o cumprimento de suas deliberações, assim como das deliberações dos Conselhos por parte dos gestores, de forma a dar a organicidade do ambiente participativo e representar a concretização da dinâmica da participação social.

Embora a pesquisa tenha verificado a razoável disseminação de práticas democráticas entre os Conselhos de Saúde, esta propagação não é homogênea, e as práticas, embora necessárias, não são suficientes para aprimorar e garantir um grau consistente de democracia interna das instâncias colegiadas. Devem, portanto, ser objeto de constante e incansável observação, ampliação e aperfeiçoamento.

Há ainda grandes desafios a enfrentar, além do estímulo à articulação dos Conselhos de Saúde com as instâncias regulatórias e fiscalizadoras da ação dos gestores em todas as esferas governamentais. A atuação própria de uma gestão federal efetivamente participativa, que tenha como perspectiva o apoio e desenvolvimento dos Conselhos de Saúde, deve ir além da mera constatação da existência do Conselho como exigência para o repasse de recursos. São necessárias ações que apoiem o desenvolvimento de uma rede de Conselhos de Saúde e sua articulação com outros conselhos gestores para troca de experiências sobre participação da população nestes órgãos e destes no

ciclo de políticas, sobre formas de organização e modos de ampliar o grau de democracia interna.

Há também que se considerar a relevância de uma reflexiva experiência de intercâmbio e interação, consubstanciada em parcerias com entidades da sociedade civil organizada e com grupos e instituições de pesquisa, estabelecendo-se uma rede de conhecimento que atue junto aos Conselhos de Saúde contribuindo para seu desenvolvimento e incremento no que tange ao seu caráter de espaços democráticos e de participação.

Por fim, mais pesquisas e estudos são necessários para compreender em que medida e como os Conselhos de Saúde incentivam, permitem e incrementam a participação, condições essenciais para o estabelecimento de vínculos representativos e ambientes plenamente democráticos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto n.5.839, de 11 de julho de 2006a. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 jul. 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/decreto5839.htm>>. Acesso em: 05 jul. 2007.

_____. Lei 8.142, de 28 de setembro 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] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>>. Acesso em: 05 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2006b. 208 p. Série E. Legislação de Saúde. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_mio10.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2007.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE: Conferência Sérgio Arouca, 12., 2003. Brasília, DF. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>. Acesso em: 05 jul. 2007.

PARTICIPANETSUS. Estrutura virtual de trabalho e pesquisa desenvolvida pela equipe DCS/ENSP/FIOCRUZ, no âmbito da pesquisa monitoramento e apoio à Gestão Participativa do SUS. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>>. Acesso em: 05 jul. 2007.

Recebido: Jan./2008

Aprovado: Fev./2008