



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

[cecilia@claves.fiocruz.br](mailto:cecilia@claves.fiocruz.br)

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Rasga Moreira, Marcelo; Escorel, Sarah  
Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde  
nos vinte anos do SUS  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 3, junio, 2009, pp. 795-806  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013535015>

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

[redalyc.org](http://www.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

## Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS

Municipal Health Councils of Brazil: a debate on the democratization of health in the twenty years of the UHS

Marcelo Rasga Moreira<sup>1</sup>  
Sarah Escorel<sup>2</sup>

**Abstract** *Over 17 years, Health Councils were created in the 5,564 Brazilian towns, recruiting about 72,000 councilors. Authors affirm that the institutionalization of the Council is important for the democratization of municipal health policy, as it increases the actors who are participating in its decision-making process. However, they state that this is not enough to make this process fully democratized. This setting is investigated through a new census research about the functioning of the Municipal Health Councils. To understand it, we use three analytical dimensions (autonomy, organization and access) made up of 18 variable. The analysis of results shows that the MHCs have problems with autonomy and organization and good performance in access. Distribution by population size reveals that the best results are in the MHCs of towns with more than 250,000 inhabitants, and the worst are those in towns with a population below 50,000. The problems identified are reactions to the institutionalization of the MHCs. These reactions come from governors who consider the attributes and the deliberative character of the MHCs to be threatening to their interests. They occur due to their low cost, as the rules of the decision-making process do not discourage them. Here, we seek to understand reactions and rules, presenting proposals for overcoming problems.*  
**Key words** *Democratization, Participation, Health policy*

**Resumo** *Em dezessete anos, os Conselhos de Saúde foram criados nos 5.564 municípios do país, arregimentando cerca de 72.000 conselheiros. Autores afirmam que a institucionalização dos Conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia os atores que participam de seu processo decisório. Constatam, porém, que isto é insuficiente para tornar tal processo efetivamente democratizado. Este cenário é investigado por meio de inédita pesquisa censitária sobre o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Para compreendê-lo, utilizam-se três dimensões analíticas (autonomia, organização e acesso) compostas por dezoito variáveis. A análise dos resultados mostra que os CMS têm problemas com autonomia e organização e bom desempenho no acesso. A distribuição por portes populacionais revela que os melhores resultados são os dos CMS de cidades com mais de 250.000 habitantes, e os piores, de população inferior a 50.000. Os problemas identificados são reações à institucionalização dos CMS. Estas provêm de governantes que consideram as atribuições e o caráter deliberativo dos CMS, ameaças a seus interesses. Ocorrem por seu baixo custo, pois as regras do processo decisório não os desestimulam. Busca-se, aqui, compreender reações e regras, apresentando-se propostas de superação de problemas.*  
**Palavras-chave** *Democratização, Participação, Política de saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480/926, Manguinhos. 21045-210 Rio de Janeiro RJ. [rasga@ensp.fiocruz.br](mailto:rasga@ensp.fiocruz.br)  
<sup>2</sup> Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

## Introdução

O ano de 2008 constitui-se em importante marco para a recente democratização brasileira: em outubro, a Constituição Federal promulgada em 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, completou vinte anos sem nenhuma intervenção autoritária, fato inédito na história do país. Por seu turno, as leis 8.080<sup>1</sup> e 8.142<sup>2</sup>, que organizam o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) previsto na Carta Magna, completaram, em setembro e dezembro, dezoito anos.

Resultante direta das lutas contra a ditadura militar (1964-1985) e dos embates pela hegemonia na condução do processo de redemocratização, este conjunto de leis produziu importantes mudanças no desenho institucional do Estado brasileiro, reavivando tradicionais espaços de participação da sociedade e criando novos.

Por institucionalizarem a participação da sociedade organizada no processo decisório das políticas sociais, os conselhos gestores são os principais exemplos dessa publicização do Estado<sup>3</sup>. Dentre estes, destacam-se os Conselhos de Saúde que, criados nos 5.564 municípios brasileiros, representam a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país.

A importância e complexidade desse processo político tem sido ressaltada por diferentes autores<sup>4-10</sup>, cujas análises, elaboradas em diferentes momentos e baseadas em abordagens conceituais ou em estudos de caso locais e regionais, convergem em um aspecto: a institucionalização dos conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia e diversifica o número de atores que participam de seu processo decisório. Porém, *per se*, é insuficiente para que o processo decisório seja efetivamente democratizado.

O presente artigo investiga este cenário, relacionando-o a reações do poder público à institucionalização dos CMS, sobretudo no que tange às atribuições e ao caráter deliberativo dos conselhos. Para tanto, analisa um inédito estudo censitário sobre o funcionamento dos CMS brasileiros, procurando identificar como e em quais situações essas reações interferem na democratização das políticas municipais de saúde.

## Democratização e políticas públicas

Na sociedade contemporânea, poucas idéias políticas são tão amplamente aceitas quanto a de democracia<sup>11</sup>. Esta capilaridade, conquanto positiva, reflete e alimenta o caráter polissêmico das con-

cepções democráticas, gerando, para sua adequada compreensão, a necessidade de adjetivação<sup>12,13</sup>: representativa, participativa, deliberativa, direta, substantiva, formalista, elitista, pluralista, etc.

Questionamentos sobre quem toma as decisões que interferem nos rumos da sociedade, que decisões podem tomar e como funciona o processo decisório, são elementos comuns e centrais a tais concepções<sup>14</sup>. Por conseguinte, a abrangência e os limites de suas respostas constituem-se em suas principais divergências.

Postulando como democrático o regime político no qual o Estado é inteiramente ou quase inteiramente responsivo a todos os seus cidadãos, Dahl<sup>15</sup> considera que, embora haja regimes que busquem sê-lo, nenhum o é. Partindo de um regime no qual o Estado e o poder decisório são controlados por um grupo – uma hegemonia fechada –, ele identifica, para esta busca, três caminhos: (i) o da ampliação das possibilidades de participação de novos atores (inclusividade) em um cenário no qual as instituições que a viabilizariam não existem ou não são legitimadas pelos governantes, transformando o regime em uma hegemonia inclusiva, em que novos atores participam do processo decisório, mas detêm pouco poder; (ii) o da consolidação e da ampliação das instituições que viabilizam a participação e a contestação pública (liberalização) em um cenário de inclusividade restrita, o que gera uma oligarquia competitiva, na qual as instituições viabilizam a expressão das contradições intestinas das oligarquias que controlam o Estado e o poder decisório e (iii) o da ampliação mais ou menos concomitante da inclusividade e da liberalização, em que novos atores podem participar efetivamente do processo decisório porque há instituições autônomas e organizadas que funcionam bem, independentemente de quem ocupa o governo.

Considerando este último o caminho para a democratização, Dahl constata que os regimes que o seguiram e os que a ele chegaram por uma evolução dos dois primeiros institucionalizaram e ampliaram consideravelmente o número de cidadãos cujos interesses são levados em conta pelo Estado. Conseguiram isto porque elevaram os custos de supressão da participação e das instituições acima dos custos de aceitação, restringindo as oportunidades do Estado atuar não responsivamente. Porque não atingiram o limiar deste processo, o autor considera que não são, ainda, democracias, mas poliarquias.

Przeworski<sup>16</sup> aprofunda a análise de Dahl no rumo da liberalização, considerando as instituições como vitais para a democratização, posto que

suas regras de funcionamento definem o aumento/redução dos aludidos custos de supressão/aceitação. Para ele, a ampliação da participação, embora fundamental, é, em si, geradora de conflitos de interesses. Para que não haja retrocessos, os conflitos devem ser tornados públicos e travados em instituições capazes de: garantir o direito dos diferentes atores políticos pleitearem a satisfação de seus interesses; viabilizar que os diferentes interesses sempre possam disputar sua satisfação; impedir que qualquer interesse seja afetado de modo considerável durante esta disputa; não permitir que qualquer ator tenha certeza prévia de que seus interesses sairão vencedores e não encorajar nenhum ator a ter a expectativa de alterar, *ex post*, o resultado da disputa.

A análise de Dahl valoriza atores e instituições da democracia representativa, embora reconheça a importância da sociedade organizada e, em escrito recente<sup>17</sup>, abra espaço para a democracia participativa e deliberativa. Przeworski, mais próximo dos países latino-americanos que nos anos oitenta e noventa lutaram contra ditaduras, constata que, em períodos autoritários, os atores que conseguem vocalizar seus interesses não o fazem por meio de partidos políticos (geralmente proibidos), mas via sindicatos, igrejas, associações locais e demais movimentos da sociedade organizada que, caso obtenham sucesso, dificilmente serão incorporados pelas instituições representativas tradicionais.

Tal situação localiza a democratização em duas arenas<sup>11</sup>: a das macroestruturas que definem o quadro institucional mais abrangente e tradicional de um regime democrático representativo; e a dos espaços de participação e deliberação que se propõem a incorporar os novos e diferentes atores que desejam participar do processo decisório. Por reconhecer que estes espaços – inovações institucionais – podem mesmo colocar em xeque o arranjo macroestrutural em vigor, Santos e Arvritzer<sup>18</sup> consideram que a democratização passa necessariamente pela *articulação mais profunda entre democracia representativa e democracia participativa [...] o reconhecimento pelo governo de que o proceduralismo participativo, as formas públicas de monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública podem substituir parte do processo de representação [...] uma nova institucionalidade política que recoloca na pauta democrática as questões da pluralidade cultural e da necessidade da inclusão social*<sup>8</sup>.

Manim<sup>19</sup>, para quem a democratização é também fruto de embates discursivos travados em instituições que congregam os diferentes atores, procura dar formas concretas a esta articulação. Para ele, tais instituições devem ser deliberativas, ou seja,

permitir que todos os atores políticos tenham a mesma possibilidade de defender seus interesses, que os argumentos a eles antepostos explicitem as discordâncias e, a partir delas, avancem para a construção de consensos possíveis.

Cohen<sup>20</sup> ressalta que a prática deliberativa não deve ter como objetivo a redução da diversidade de interesses, mas a busca de decisões coletivas, pois considera que a democratização ocorre à medida que a autorização para o exercício do poder estatal é conferida pela decisão coletiva daqueles que por este poder serão regidos.

Pode-se, então, em termos macro, considerar democratização como o processo histórico no qual, em um determinado regime político, a relação Estado/sociedade torna-se, paulatinamente, mais próxima e responsiva. Isto ocorre à medida que um número cada vez maior de cidadãos tem a oportunidade de participar contínua e deliberativamente do arcabouço institucional no qual o processo decisório das políticas públicas é travado. Tal participação é possível enquanto as regras institucionais tornarem os custos de aceitação dos conflitos de interesses menores do que os de sua supressão.

Contudo, as políticas públicas, além de setoriais (saúde, educação, proteção social...) são subnacionais (formuladas em estados e municípios cujo poder político aumenta com a federalização do regime). Isto significa que a democratização ocorre, também, em termos micro, no qual os atores, seus interesses, o processo decisório e o arcabouço institucional variam de acordo com as unidades subnacionais e com o setor público que produz as políticas. É neste sentido que o presente artigo analisa a democratização das políticas municipais de saúde.

### **Democratização das políticas municipais de saúde no Brasil**

A LOS – Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) – determina que a gestão, as ações e os serviços do SUS sigam certos princípios estruturantes e estejam de acordo com as diretrizes previstas pela Constituição Federal para a política de saúde. Em ambos os casos, figura a participação da sociedade. Regulamentando a LOS, a Lei 8.142/90 define conselhos e conferências de saúde como instâncias mandatórias que, em níveis nacional, estadual e municipal, institucionalizam a participação.

No setor saúde, portanto, a democratização foi incorporada à norma que oficializa o processo decisório. Isto é decorrência da peculiar trajetória do setor (*path dependence*) cujos atores, em momentos históricos precedentes, privilegiaram tais esco-

lhas, vinculando-lhes a ação política futura e produzindo o atual arranjo institucional<sup>21</sup>. Por isto, a compreensão da aludida insuficiência dos CMS na democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde requisita o estudo da trajetória de sua institucionalização.

Carvalho<sup>22</sup> relacionou as origens dos conselhos de saúde, entre outros fatores, à atuação da sociedade organizada no período 1970-1990, enfatizando a luta contra a ditadura militar. Escorel e Moreira<sup>23</sup> atualizaram esta reflexão para a segunda metade dos anos 1990 e 2000, enfocando as transformações do papel por ela desempenhado no *policy making* da saúde.

O ponto de partida desses autores são os programas de extensão de cobertura financiados pelas agências internacionais de saúde que, nos anos setenta, incentivaram a participação das comunidades atendidas na execução das ações sanitárias. Tal “participação comunitária”, descolada da discussão sobre problemas sociais, foi preconizada como forma de organização autônoma capaz de gerar melhorias sociais.

Para eles, o incremento da atuação da sociedade organizada e a radicalização das práticas políticas de oposição à ditadura militar imprimiram, ainda nos anos setenta, novos rumos à participação: o foco passou a ser o “povo”, entendido como parcela da população excluída ou subalternizada no acesso a bens e serviços (daí, “participação popular”); a superação dos problemas locais foi contextualizada na superação dos problemas nacionais; o locus de atuação extrapolou os serviços de saúde, espalhando-se para a sociedade como um todo e os objetivos passaram a ser o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde, e o controle do Estado, representante dos interesses da classe dominante.

O movimento pela Reforma Sanitária, que compreendia como indissociáveis as lutas contra a ditadura, pela redemocratização e pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, incorporou e agiu por meio da participação popular. O auge deste processo ocorreu, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo relatório final<sup>24</sup> propunha a criação de um sistema de saúde universal, público e gratuito, que teria, na participação, um de seus princípios. Para colocá-lo em prática, o relatório propunha, dentre outras medidas, a criação de conselhos municipais compostos por usuários e trabalhadores de saúde eleitos pela sociedade local para desempenharem o papel de controlar o poder executivo e o setor privado.

Esta proposta não foi incorporada pela Lei 8.142. Por esta, os CMS têm como atribuição a participação no processo de formulação de estra-

tégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Para tanto, devem promover, em reuniões ordinárias e periódicas, o debate sobre a política de saúde, num processo de caráter deliberativo do qual participam setores cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde: usuários do SUS, representados por entidades da sociedade civil, que detêm 50% das vagas e trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores que, juntos, contam com os outros 50%.

Isto indica a ascensão da “participação social” que, mais afeita à pactuação, à articulação e ao associativismo, deixa de se referir apenas ao povo (embora considere sua importância) para levar em conta a diversidade de interesses e projetos existentes na sociedade, reconhecendo o Estado como arena de articulação e embate político entre os diferentes interesses que disputam espaço e poder. Não significa, porém, que ela tenha se consolidado como predominante, posto que a “participação popular” também se manteve influente na sociedade organizada. Além disso, a postura de que a sociedade deve participar diretamente da execução das políticas, essência da participação comunitária, foi retomada pela reforma gerencial do estado promovida pela União entre 1994-2002.

Guardando-se os devidos limites, pois o autor lida com a democratização em âmbito societal enquanto este artigo aborda uma dimensão setorial do processo, é possível considerar que, em seu experimentalismo institucional, os CMS inserem-se de maneira peculiar nos eixos dahlsianos: ao mesmo tempo que ampliam a participação de novos atores no processo decisório, são uma das instituições em que os interesses destes vão competir com os dos demais atores políticos. Os resultados destas competições, ao menos em tese, tornam-se os interesses dos CMS, que vão disputar sua satisfação com os interesses das demais instituições que participam do processo decisório.

Esta característica configura-se na dupla participação<sup>25</sup>: a participação de novos atores políticos nos CMS e a participação dos CMS (e, por conseguinte, dos novos atores) no processo decisório das políticas municipais de saúde.

Esta dupla participação multiplica os fóruns em que os atores e os interesses por eles representados disputam poder. Em termos gerais, pode-se pensar em dois macrofóruns: um interno, que se concretiza no plenário dos conselhos durante suas reuniões, e outro externo, que é o próprio processo decisório das políticas municipais, no qual os CMS têm que disputar espaço e poder com outras instituições para fazer valer seus interesses.

Em ambos, para que a atuação dos CMS logre sucesso, há a necessidade de reconhecimento e legitimação, seja pelos atores políticos que têm assento no conselho ou pelas instituições políticas que participam do processo decisório das políticas municipais de saúde. Tal relacionamento está estruturado em uma peculiaridade: as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que representam o poder executivo, além de serem os únicos atores cujas prerrogativas e obrigações legais exigem a participação em todas as etapas do processo decisório, são também responsáveis por proverem condições adequadas ao funcionamento dos CMS, principalmente infra-estrutura, recursos humanos e financeiros, o que indica uma concentração de poder similar à que Abrício classifica como “ultrapresidencialismo” [...] [quando] *o poder executivo [...] é o principal agente em todas as etapas do processo de governo, relegando a assembleia legislativa a um plano secundário, [...] os mecanismos de controle do poder público [são] pouco efetivos, tornando o sistema político um presidencialismo sem checks and balances*<sup>6</sup>.

Embora o autor refira-se ao processo decisório estadual, considera-se aqui que tal realidade reproduz-se no nível municipal já que os municípios brasileiros vivenciaram processos democráticos mais restritos que os da União e das unidades da federação. Basta lembrar que, em diferentes momentos históricos e situações políticas, prefeitos eram nomeados por interventores estaduais, governadores e até pelo presidente da República.

Prefeitos que usufruem de práticas ultrapresidencialistas – porque dão continuidade a um cenário político que lhes é preexistente ou porque aderem a práticas autoritárias, clientelistas e fisiológicas – têm seus interesses tão inflados que propostas de mudança, ainda que comedidas, sempre parecem ameaçá-los.

Como o interesse deste artigo não é o de discutir a justiça de tal postura, mas o de compreender suas repercussões na democratização do processo decisório, a análise desta situação por meio da proposta de Przeworski demonstra que o elemento que mais provoca a incerteza do executivo municipal quanto à garantia de que seus interesses serão respeitados, é o caráter deliberativo dos CMS.

Embora não defina o que é e como se efetiva este caráter deliberativo, a lei 8.142/90 estabelece e define que cabe ao poder executivo homologar, em até trinta dias, as deliberações dos CMS. Para a prática corrente de conselheiros, sanitaristas e até de acadêmicos, deliberação é a decisão tomada pelo plenário do CMS, geralmente por votação, acerca das políticas de saúde, indicando que, neste aspec-

to, as propostas da “participação popular” prevalecem sobre as da “participação social”.

Do ponto de vista dos demais atores políticos envolvidos no processo decisório, essa prática tende a ser encarada como um problema: numa instituição cuja metade dos conselheiros é representante de um mesmo segmento, há possibilidades concretas de que estes, sozinhos ou com baixo custo de transação, possam se articular para fazer valer seus interesses – sobretudo os de veto –, independentemente dos interesses de outros segmentos representados.

A tendência exacerba-se porque as deliberações podem ser tomadas por um quórum reduzido de conselheiros. Dependendo do regimento interno de cada CMS, pode ocorrer que a maioria dos conselheiros presentes em uma reunião, a despeito de quantos sejam, esteja autorizada a aprovar uma deliberação sobre a política de saúde.

Há outro agravante: como não há uma definição jurídica para o caráter deliberativo dos CMS, também não há regras que responsabilizem os CMS pelos resultados e impactos de suas deliberações.

Essa prática deliberativa repercute negativamente em gestores ultrapresidencialistas, que, não tendo garantias de que seus interesses serão respeitados (o que, geralmente, também é sentido pelos prestadores de serviço), passam a considerar elevados os custos de aceitação dos CMS.

Como a lei 8.142 define que para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde, municípios, estados e Distrito Federal devem criar e manter funcionando seus respectivos conselhos, os custos da supressão dos CMS tornam-se proibitivos, o que garante o avanço e a consolidação da inclusão. Ao inverso, o fato de haver normas que atribuem às SMS o provimento das condições de autonomia dos CMS, mas não estipulam sanções para o seu descumprimento, reduz consideravelmente os custos de reações que mitiguem ou neguem a estes estrutura, equipamento, equipe e orçamento. Além disso, há poderosos argumentos de austeridade fiscal e monetária que também funcionam como redutores dos custos destas reações.

A redução da autonomia dos CMS reflete-se em sua organização, mormente no que se refere a instâncias internas (mesa diretora, secretaria executiva e comissões permanentes), que necessitam de local para funcionar, funcionários para sistematizar seus trabalhos e organizar documentos, recursos para custear seus gastos cotidianos, etc. Como estas são importantes para o bom funcionamento dos conselhos<sup>6,27</sup>, cabendo-lhes tarefas estratégicas como a apreciação inicial e a triagem de assuntos que serão debatidos em plenário, a



elaboração de pareceres técnicos e a tomada de decisões administrativas e normativas, sua inexistência afeta a qualidade da participação dos conselheiros no processo decisório. Essa é ainda mais prejudicada nos CMS em que a SMS, além de não viabilizar as condições de autonomia, exerce a presidência, cargo que lhe permite concentrar e controlar o poder de agenda, a pauta de discussão e, portanto, o rumo das reuniões e decisões.

Esta situação revela como instituições podem reagir a outras instituições, buscando modelá-las e até inviabilizá-las: [...] **a partir da distribuição de recursos financeiros, organizacionais e ideológicos, as instituições determinam previamente as probabilidades com que serão realizadas interesses particulares [...] essa distribuição de probabilidades – que nada mais é que poder político – é determinada de maneira conjunta pelos recursos que os [...] [atores] trazem para a política e pelos arranjos institucionais específicos**<sup>16</sup>.

Desta maneira, há uma forte elevação dos custos da participação, o que demanda dos conselheiros investimentos pessoais (dedicação, tempo e dinheiro) que supram lacunas institucionais. Os impactos negativos são mais sentidos pelos representantes dos usuários do SUS. Diferentemente dos demais conselheiros que, via de regra, participam do conselho como parte de suas atividades profissionais remuneradas, estes são, majoritariamente, militantes de entidades cuja missão institucional não é necessariamente ligada ao setor saúde.

Dependência e desorganização funcional, como acima referido, corroem a consolidação dos CMS como instituições que viabilizam a participação deliberativa dos diferentes atores interessados no processo decisório das políticas municipais de saúde. Afetam, portanto, a liberalização do setor, usurpando o poder de intervenção daqueles atores nos rumos das decisões sociais.

O processo democrático brasileiro, no que concerne ao setor saúde em nível municipal, assume características de uma hegemonia inclusiva que, em dezessete anos, tornou-se capaz de promover um vigoroso aumento da participação, porém ainda não conseguiu legitimar e consolidar as instituições que têm como responsabilidade viabilizar a participação efetiva dos novos atores.

Este quadro analítico foi aplicado aos dados levantados por uma pesquisa censitária cujo objeto de estudo é o funcionamento dos CMS e cujos métodos e resultados são apresentados e debatidos a seguir.

## Aspectos metodológicos

Produzidos no âmbito da pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS”<sup>28</sup>, os dados foram levantados por meio de um instrumento aplicado a todos os CMS do país (5.564) e respondido por 5.463 (98%), que constituem o universo de trabalho, cujo ano de referência é 2007.

Para analisá-los, foram elaboradas três dimensões: (i) “autonomia”, a capacidade dos conselhos funcionarem independentemente das convicções políticas dos ocupantes do executivo municipal. Para retratar as condições deste funcionamento, foram trabalhados os aspectos mais estruturais da autonomia como parte física, equipamentos, recursos humanos e financeiros; (ii) “organização”, que se refere à existência de instâncias internas e à realização de capacitação e reuniões; e (iii) “acesso”, que retrata as possibilidades de todos os conselheiros concorrerem ao cargo de presidente do CMS e da população participar do cotidiano dos conselhos.

Essas dimensões são compostas por dezoito variáveis, apresentadas no Quadro 1. Como dezesseis são dicotômicas, optou-se por trabalhar com sua moda. Para fins de comparabilidade, as duas restantes foram transformadas em dicotômicas, a partir dos seguintes critérios: para “periodicidade das reuniões”, foram consideradas adequadas periodicidades igual ou inferiores a “mensal”, enquanto periodicidades superiores a “mensal” foram consideradas inadequadas; e para a variável “segmento do Presidente” foram consideradas adequados os segmentos “usuários”, “prestadores de serviço” e “trabalhadores”, enquanto o segmento “gestores” foi considerado inadequado.

Para garantia da ética em pesquisa, faz-se mister explicar que os CMS, órgãos do executivo municipal, têm a responsabilidade legal de tornarem acessíveis uma série de informações que são de “interesse público”. Como as informações aqui trabalhadas enquadram-se neste contexto, considera-se que sua divulgação, além de não gerar maleficência, traz benefícios à sociedade, que passa a ter acesso a dados que, embora públicos, são pouco trabalhados. Além disso, todos os que responderam ao instrumento foram informados (e consentiram) de que os dados levantados seriam divulgados, inclusive por meio de um sítio virtual<sup>28</sup>.

## Conselhos Municipais de Saúde do Brasil

A Tabela 1 apresenta o ano de criação dos 5.463 CMS que compõem o universo deste artigo, mostrando que o período 1991-1997 foi o que teve o maior número de conselhos criados (76,7%). Estes anos são marcados pelo impacto inicial das normativas que criam e tornam os CMS obrigatórios e pela grande quantidade de localidades que se tornaram municípios, o que explica, também, o fato de, ao longo dos anos seguintes, continuarem sendo criados CMS.

Os 5.463 CMS contam com 72.184 conselheiros titulares, dos quais 36.638 representam os usuários do SUS. Em termos nacionais<sup>4</sup>, 66% das 27.669 entidades que representam os usuários do SUS são associações de moradores (25%), grupos religiosos (21%) e entidades de trabalhadores (20%). Em seguida, surgem entidades representativas de aspectos referentes a gênero, etnia e faixa etária (7%), aos portadores de deficiência e pato-

logias (5%), à filantropia (4%), à educação, esporte e cultura (4%), ao patronato (4%), ao poder público (3%) e a usuários de serviços não especificados (2%). Há, ainda, 5% de representantes que pertencem a entidades tão diversificadas e pouco citadas que tiveram de ser agrupadas em uma categoria intitulada “outras entidades”.

No que concerne às entidades que representam os trabalhadores da saúde, predominam sindicatos e associações de trabalhadores das diversas categorias do SUS, com destaque para a divisão entre trabalhadores de nível médio e de nível superior. Os prestadores de serviço são majoritariamente ligados a hospitais e estabelecimentos privados contratados pelo SUS. Os gestores, quando não representados pelo próprio secretário de saúde, são por estes indicados.

O Quadro 1 apresenta e sistematiza as condições de funcionamento dos CMS segundo o porte populacional de seus respectivos municípios. Analisando o Brasil como um todo, verifica-se um panorama no qual há grandes limitações tanto na dimensão “Autonomia” (sobretudo no que diz respeito à inexistência de sede, de equipe de apoio administrativo e de dotação orçamentária própria) quanto na “Organização” (em especial no que se refere à não realização de capacitações, que apresenta os piores resultados de todos os indicadores).

A dimensão “Autonomia” é a que apresenta, em termos nacionais, os piores resultados, uma vez que, com exceção da variável “linha telefônica”, em todos os demais verifica-se desempenho negativo. Dentre estes, há que se destacar que “acesso à Internet” é o que tem o resultado menos pior, superando, curiosamente, o de existência de computador.

Nesta dimensão, os piores resultados são os que se referem: aos recursos financeiros – apenas 265 CMS estudados têm orçamento próprio e só nos municípios com mais de 2 milhões de habitantes verifica-se resultado positivo; aos recursos humanos – existem equipes de apoio administrativo em 940 CMS e esta variável é positiva apenas nos municípios com porte a partir de 500.001 habitantes e à estrutura física – em especial à existência de sede, positivo para apenas 906 CMS.

A dimensão “Organização” também apresenta resultados nacionais ruins, sobretudo porque, das dezoito variáveis, as que possuem os dois piores desempenhos nela estão alocados: “capacitação de conselheiros”, sofrível para o ano de 2003 e péssimo para o de 2004, quando 90% dos CMS apresentam resposta negativa, e “comissões permanentes”, que não existem em 89% dos CMS e têm desempenho negativo em todos os portes municipais, o que não acontece com nenhuma das outras.

**Tabela 1.** Conselhos Municipais de Saúde de acordo com o ano de criação, Brasil.

Ano de criação	CMS criados	
	N	%
Antes de 1991	312	5,7
1991	1351	24,7
1992	281	5,1
1993	758	13,9
1994	477	8,7
1995	176	3,2
1996	145	2,7
1997	1.003	18,4
1998	196	3,6
1999	98	1,8
2000	50	0,9
2001	233	4,3
2002	38	0,7
2003	31	0,6
2004	27	0,5
2005	98	1,8
2006	18	0,3
2007	13	0,2
Não informado	158	2,9
<b>Total</b>	<b>5.463</b>	<b>100</b>



**Quadro 1.** Perfil dos Conselhos Municipais de Saúde - Distribuição dos indicadores por dimensões e porte populacional de seus respectivos municípios e Brasil, 2007.

		Variáveis/porte	Até 5.000	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil
<b>Autonomia</b>	Estrutura física e equipamentos	Sede	Não (88%)	Não (86%)	Não (84%)	Não (79%)
		Linha telefônica	Sim (62%)	Sim (59%)	Sim (63%)	Sim (64%)
		Computador	Não (76%)	Não (75%)	Não (70%)	Não (65%)
		Acesso à Internet	Não (54%)	Não (53%)	Não (53%)	Não (51%)
	Recursos Humanos	Equipe de apoio	Não (88%)	Não (85%)	Não (83%)	Não (76%)
	Recursos financeiros	Orçamento próprio	Não (90%)	Não (88%)	Não (89%)	Não (88%)
<b>Organização</b>	Reuniões	Periodicidade	mensais (72%)	mensais (79%)	mensais (85%)	mensais (90%)
		Cancelamento de reuniões por falta de quórum	Não (78%)	Não (68%)	Não (60%)	Não (56%)
		Capacitação 2003	Não (75%)	Não (74%)	Não (72%)	Não (66%)
	Capacitação	Capacitação 2004	Não (91%)	Não (90%)	Não (91%)	Não (90%)
		Mesa Diretora	Não (64%)	Não (60%)	Não (59%)	Não (52%)
	Instâncias internas	Secretaria Executiva	Não (79%)	Não (72%)	Não (66%)	Não (58%)
		Com. Permanentes	Não (94%)	Não (93%)	Não (91%)	Não (83%)
<b>Inclusividade</b>	Acesso à presidência	Segmento do presidente	Gestores (62%)	Gestores (65%)	Gestores (72%)	Gestores (70%)
		Eleição Presidente	Sim (74%)	Sim (70%)	Sim (69%)	Sim (68%)
		Divulgação de reuniões	Sim (69%)	Sim (67%)	Sim (69%)	Sim (70%)
	Participação	Reuniões abertas	Sim (84%)	Sim (83%)	Sim (87%)	Sim (90%)
	Reuniões	Direito à voz	Sim (73%)	Sim (72%)	Sim (76%)	Sim (80%)

continua

Há, contudo, duas variáveis que apresentam resultados positivos em âmbito nacional e nos diversos portes populacionais, e que se referem às reuniões dos CMS, que são mensais em 82% dos CMS e que, nos doze meses anteriores à pesquisa, não foram canceladas por falta de quórum em 66% dos conselhos.

Por sua vez, a dimensão “acesso” é a que apresenta os melhores resultados, uma vez que mais de 70% dos CMS elegem seus presidentes e, ao realizarem suas reuniões, dão direito à voz para qualquer cidadão que delas queira participar. Apenas o segmento do presidente possui resultado considerado negativo, pois só em municípios cujo porte está entre 1.000.001 e 2.000.000 de habitantes, os gestores não são os presidentes dos CMS.

As duas variáveis nas quais os CMS têm melhor desempenho integram esta dimensão: “popu-

lação com direito à voz nas reuniões”, cujo resultado menos positivo atinge a 74%, e “reuniões abertas à população”, que é o melhor de todos, partindo de um patamar mínimo de 83% e chegando a 100% nos dois maiores portes populacionais.

A Tabela 2 sistematiza o desempenho dos CMS segundo as dezoito variáveis selecionadas e o porte populacional. O funcionamento dos conselhos foi classificado a partir do número de variáveis em que o conjunto de CMS de cada porte obteve resultados positivos: o desempenho positivo em até três variáveis receberia o símbolo ‘-’; de 4 a 7, ‘+’; de 8 a 11, ‘++’; de 12 a 15, ‘+++’; e de 16 a 18, ‘++++’.

Constata-se que nenhum dos CMS obteve nem a pior (‘-’) nem a melhor (‘++++’) classificação e que o total nacional enquadra-se na classificação ‘+’. À medida que aumenta o porte populacional, há uma tendência de melhoria dos resultados, ainda que em

Quadro 1. continuação						
50.001 a 100 mil	100.001 a 250 mil	250.001 a 500 mil	500.001 a 1 milhão	1.000.001 a 2 milhões	Mais de 2 milhões	Brasil
Não (56%)	Sim (53%)	Sim (71%)	Sim (78%)	Sim (71%)	Sim (60%)	Não (81%)
Sim (71%)	Sim (78%)	Sim (87%)	Sim (94%)	Sim (100%)	Sim (100%)	Sim (63%)
Não (49%); Sim (49%)	Sim (65%)	Sim (83%)	Sim (89%)	Sim (100%)	Sim (80%)	Não (69%)
Sim (52%)	Sim (63%)	Sim (74%)	Sim (61%)	Sim (100%)	Sim (80%)	Não (52%)
Não (66%)	Não (55%)	Não/Sim (50%)	Sim (83%)	Sim (100%)	Sim (80%)	Não (81%)
Não (81%)	Não (62%)	Não (67%)	Não (61%)	Não (43%); Sim (43%)	Sim (80%)	Não (87%)
mensais (91%)	mensais (88%)	mensais (88%)	mensais (89%)	mensais (86%)	mensais (100%)	mensais (82%)
Não (61%)	Não (64%)	Não (60%)	Yes/Não (50%)	Não (57%)	Não (80%)	Não (66%)
Não (54%)	Não (55%)	Sim (52%)	Não (61%)	Não (57%)	Não (60%)	Não (70%)
Não (83%)	Não (88%)	Não (81%)	Não (72%)	Não (86%)	Não (80%)	Não (90%)
Sim (48%)	Sim (57%)	Sim (63%)	Sim (78%)	Sim (86%)	Sim (60%)	Não (58%)
Sim (63%)	Sim (69%)	Sim (75%)	Sim (100%)	Sim (100%)	Sim (100%)	Não (66%)
Não (72%)	Não (80%)	Não (71%)	Não (72%)	Não (57%)	Não (60%)	Não (89%)
Gestores (59%)	Gestores (58%)	Gestores (60%)	Gestores (72%)	Usuários (57%)	Gestores (40%); %Usuários (40%)	Gestores (66%)
Sim (65%)	Sim (64%)	Sim (58%)	Sim (56%)	Sim (86%)	Sim (80%)	Sim (70%)
Sim (76%)	Sim (86%)	Sim (85%)	Sim (83%)	Sim (100%)	Sim (80%)	Sim (70%)
Sim (94%)	Sim (97%)	Sim (98%)	Sim (94%)	Sim (100%)	Sim (100%)	Sim (87%)
Sim (88%)	Sim (89%)	Sim (85%)	Sim (83%)	Sim (86%)	Sim (100%)	Sim (76%)

Fonte: ParticipaNetSus – 2008 ([www.ensp.fiocruz.br/participanetsus](http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus)). Moreira e Escorel<sup>5</sup>. Organizado pelos autores.

**Tabela 3.** Desempenho dos Conselhos Municipais de Saúde segundo variáveis selecionadas e porte populacional, Brasil, 2007.

Porte populacional	CMS		Desempenho dos CMS		Habitantes (%)
	Nº	%	Variáveis com desempenho positivo	Classificação	
Até 5.000	1.349	24,7	6	+	2,7
5.001 a 10mil	1.281	23,5	6	+	5,5
10.001 a 20mil	1.364	25,0	6	+	11,7
20.001 a 50mil	949	17,4	6	+	17,1
50.001 a 100mil	297	5,4	10	++	12,4
100.001 a 250mil	141	2,6	11	++	13,1
250.001 a 500mil	52	1,0	13	+++	10,7
500.001 a 1milhão	18	0,3	13	+++	7,5
1.000.001 a 2milhões	7	0,1	14	+++	5,6
Mais de 2milhões	5	0,1	14	+++	13,9
<b>Total</b>	5.463	100	6	+	100

Fonte: ParticipaNetSus – 2008 ([www.ensp.fiocruz.br/participanetsus](http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus)) - Moreira e Escorel<sup>5</sup>. Organizado pelos autores.

indicadores específicos possa haver alguma quebra neste padrão (eleição do presidente, por exemplo) e que, pelo menos para os municípios com até 50.000 habitantes, o mais adequado seja afirmar que os resultados são “menos piores”. Somando-se o número de CMS cujos municípios enquadram-se nos quatro portes populacionais em que se concentram os melhores resultados, chega-se a apenas 82 (2% do total). No entanto, nestes locais, vivem cerca de 38% da população estudada. Por outro lado, nos quatro portes populacionais em que os CMS têm pior desempenho, concentram-se 4.943 cidades, 90% do universo estudado, onde vivem 37% da população.

### **Conselhos Municipais de Saúde: fatores que facilitam e dificultam a efetiva democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde**

Os CMS são uma realidade no arcabouço institucional brasileiro: em dezessete anos, foram criados em 5.564 municípios, arregimentando um contingente de cerca de 72.000 conselheiros titulares, 20% a mais do que os cerca de 51.000 vereadores do país<sup>29</sup>. Dos conselheiros, aproximadamente 36.000 representam os usuários do SUS, tendo sido indicados por quase 28.000 entidades da sociedade civil.

Os números demonstram o avanço da inclusividade no setor saúde em nível municipal. Reforçando-os e atribuindo-lhes novas qualidades, o desempenho positivo das variáveis da dimensão “acesso” indica que os CMS também abrem espaços para a participação da população não-organizada e para que conselheiros de todos os segmentos cheguem à presidência.

Isoladamente, este cenário é positivo, pois insere um número cada vez maior e mais diversificado de interesses no processo decisório das políticas municipais de saúde. Entretanto, gestores ultrapresidencialistas tendem a compreender o avanço da inclusividade como ampliação do poder de veto conferido aos usuários, o que gera reações que procuram impedir que tal temor se concretize. O resultado destes conflitos está diretamente ligado a como as regras institucionais lidam com tais reações.

O mau desempenho dos CMS nas dimensões “autonomia” e “organização”, tônica nacional, indica que as regras existentes não têm sido suficientes para elevar os custos das reações à institucionalização dos CMS. Indica, também, que a ampliação de oportunidades de participação da população como estratégia para a ampliação da base social de apoio aos CMS também não tem sido efetiva para barrar as reações dos gestores.

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

Este é o cerne dos problemas que inviabilizam uma efetiva democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde: as regras que regulam as relações institucionais no processo decisório da política municipal de saúde permitem que os CMS avancem no caminho da inclusividade, mas favorecem reações contrárias das que consideram o incremento da participação social um problema, o que lhes tolhe o caminho da liberalização. Por isto, os CMS não são, *per se*, suficientes para construir um setor saúde de características poliárquicas.

Não são porque o “sucesso” que se cobra dos CMS não depende exclusivamente deles, pois suas atribuições não podem ser exercidas isoladamente: a participação no processo decisório da saúde municipal só se concretiza por meio da interação de atores que têm interesses nos problemas públicos sobre os quais atuam aquelas políticas (SMS, Poder Legislativo municipal, Poder Judiciário, Ministério Público, agentes ligados aos interesses privados e de mercado). Se estes atores não legitimam os CMS, dificilmente haverá sucesso.

A análise dos dados mostra que, mesmo não havendo regras inibidoras das reações, há CMS com boa autonomia e organização. Como estes possuem um desempenho pouco melhor do que os demais na dimensão “acesso”, tal fato deve ocorrer pela atenuação consistente ou pela ausência das reações dos gestores. Corroboram esta hipótese os dados sobre os CMS com melhores condições de funcionamento, os dos municípios com mais de 250.000 habitantes: dos 82 que se enquadram nesta situação, 70% são governados por partidos que, de algum modo, colocam a participação em seu programa/estatuto. Este índice é superior ao do total de CMS do país (37%) e ao dos municípios com piores resultados, os de menos de 50.000 habitantes (56%)<sup>28</sup>.

Além disso, os CMS que têm as melhores condições de autonomia e organização são também os que se localizam em municípios que apresentam uma sociedade civil mais mobilizada e acostumada à negociação e à articulação política. No setor saúde, por exemplo, são os que apresentam a maior quantidade de conselhos locais de saúde e de conselhos gestores de unidade de saúde<sup>4</sup>.

Isto confirma que a articulação entre os diferentes atores e instituições envolvidos no processo decisório é o elemento capaz de encaminhar a política municipal de saúde para a democratização. Embora não seja a única das articulações possíveis, o binômio prefeitura participativa/sociedade organizada negociadora, que representaria a articulação entre instâncias da democracia representativa e participativa, é o elemento político mais importante para o avanço do processo de democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde, pois é o que pode conferir legitimidade aos CMS, destravando-lhe o caminho da liberalização.

### **Considerações finais**

Como a composição do binômio prefeitura participativa/sociedade organizada negociadora é fruto de relações políticas complexas ainda não muito bem definidas e, por isto, difíceis de serem (re)produzidas, cabe pensar em propostas factíveis a curto e médio prazo que, não dispensando a busca pelo binômio, possam contribuir para a democratização da política de saúde.

O aperfeiçoamento das regras institucionais e do processo deliberativo tem potencial para reduzir as tensões em torno da preocupação do Executivo com o não cumprimento de seus interesses, por um lado, e encarecer os custos das reações negativas dos gestores do setor, por outro. Exemplos: elevação dos custos da supressão da autonomia dos CMS; definição da abrangência das deliberações, isto é,

das questões passíveis de deliberação; negação da possibilidade de que conselheiros apenas vetem propostas de outros conselheiros; responsabilização dos CMS por suas deliberações; obrigatoriedade dos gestores encaminharem ao CMS o orçamento público e as ações, programas e políticas de saúde em sua etapa de formulação, evitando que conselheiros apreciem projetos praticamente fechados, com poucas possibilidades de mudança e comprometidos com determinados interesses.

Desta maneira, as deliberações dos CMS, por que surgidas de debates que levam em consideração o conjunto de posições existentes e não a tentativa de uma posição sobrepujar as demais, seriam mais representativas do conjunto de atores envolvidos, tornando-se, realmente, um interesse dos CMS.

A pactuação destas – e de outras – regras constitui-se em uma proposta-desafio que as evidências aqui analisadas sinalizam para os atores e instituições diretamente envolvidos nos processos decisórios municipais. Porém, também o é para o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde. Com o apoio destes (que já desenvolvem ações importantes com os CMS, mas que não se atêm tanto ao contexto aqui trabalhado), seria possível estabelecer uma relação mais próxima entre os níveis subnacionais e o nacional, contribuindo para que a democratização das políticas municipais de saúde pudesse se espalhar pelas demais políticas setoriais e, por conseguinte, influenciar positivamente as macroestruturas políticas que definem o avanço da democratização no país.

## Referências

1. Brasil. Lei Federal nº 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 1990; 19 set.
2. Brasil. Lei Federal nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 28 dez.
3. Gohn MG. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*, v. 84. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.
4. Correia MVC. *Que controle social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
5. Dagnino E. Democracia, Teoria e Prática: a participação da sociedade civil. In: Perissinoto RM, Fuks M, organizadores. *Democracia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002. p. 141-166.
6. Fuks M. Democracia e Participação no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (1999-2001). In: Fuks M, Perissinoto RM, Souza NR, organizadores. *Democracia e Participação: os conselhos gestores no Paraná*. Curitiba: Editora UFPR; 2004. p. 13-44.
7. Pinheiro R. A Dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: três estudos de caso: Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus do Itabapoana. *Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde* 1966; 30(5):62-100.
8. Labra ME. *Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios*. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suarez JM, organizadores. *Saúde e democracia. História e Perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
9. Van Stralen CJ, Lima AMD, Fonseca Sobrinho D, Saraiva LES, Van Stralen T, Belisario SA. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):621-632.
10. Coelho VSP. *Conselhos de Saúde Enquanto Instituições Políticas: o que está faltando?* In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34; 2004.
11. Nobre M. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. *Participação e deliberação – teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34; 2004.
12. Escorel S. Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Divulgação em Saúde para Debate* 2008; 43(6):23-29.
13. Lattman-Weltman F. Democracia, representação, participação: a aposta do pluralismo institucional. *Divulgação em Saúde para Debate* 2008; 43(6):29-37.
14. Lima Júnior OB. *Instituições políticas democráticas – o segredo da legitimidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 1997.
15. Dahl RA. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1997.
16. Przeworski A. Ama a incerteza e será democrático. *Novos Estudos CEBRAP* 1984; (9):36-46.
17. Dahl RA. Os sistemas políticos democráticos nos países avançados: êxitos e desafios. In: Boron AA, organizador. *Nova hegemonia mundial: alternativas de mudança e movimentos sociais*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2004.
18. Santos BS, Avritzer LA. Para ampliar o cânone democrático. In: Santos BS, organizador. *Democratizar a democracia. Os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
19. Manin B. On Legitimacy and Political Deliberation. *Political Theory* 1987; 15(3):338-368.
20. Cohen J. Democracia y libertad. In: Elster J, compilador. *La democracia deliberativa*. Barcelona: Editorial Gedisa; 2001.
21. Pierson P. *Politics in Time. History, Institutions, and Social Analysis*. New Jersey: Princeton University Press; 2004.
22. Carvalho AI. *Conselhos de Saúde no Brasil. Participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.
23. Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CEBES; 2008.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.
25. Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM, Oliveira NA. Participação nos Conselhos Municipais de Saúde nos municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes. *Divulgação em Saúde para Debate* 2008; 43(6):48-61.
26. Abrucio FL. O ultrapresidencialismo estadual. In: Andrade RC, organizadores. *Processo de Governo no Município e no Estado*. São Paulo: EDUSP; 1998.
27. Avritzer L. A participação social no nordeste. In: Avritzer L, organizadores. *A participação social no nordeste*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007.
28. Moreira MR, Escorel S. *ParticipanetsUS – Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa*. Escola Nacional de Saúde Pública. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. [documento na Internet] [acessado 2008 dez 14]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>
29. Tribunal Superior Eleitoral. *Estatísticas TSE: Eleições 2008*. [documento na Internet] [acessado 2008 dez 14]. Disponível em: [http://www.tse.gov.br/internet/eleicoes/estatistica2008/est\\_result/resultadoEleicao.htm](http://www.tse.gov.br/internet/eleicoes/estatistica2008/est_result/resultadoEleicao.htm)

Artigo apresentado em 10/11/2008

Aprovado em 10/01/2009

Versão final apresentada em 27/01/2009