

# Arqueologia das Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

5



Anna Paula Lombardi  
(Organizadora)

 **Atena**  
Editora

Ano 2019

**Anna Paula Lombardi**  
(Organizadora)

**Arqueologia das Ciências Humanas e Sociais  
Aplicadas  
5**

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

#### Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

A772 Arqueologia das ciências humanas e sociais aplicadas 5 [recurso eletrônico] / Organizadora Anna Paula Lombardi. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Arqueologia das Ciências Humanas e Sociais Aplicadas; v. 5)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-052-0

DOI 10.22533/at.ed.520191701

1. Ciências humanas. 2. Identidade de gênero. 3. Serviço social.  
I. Lombardi, Anna Paula. II. Série.

CDD 372.8

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

## CONSELHOS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS ESTADUAIS DO RIO GRANDE DO SUL (CES/RS)

### **Maria Alice Gabiatti Alessio**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
Programa de Pós-graduação em Administração,  
Escola de Administração. Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: mariaalice.alessio@hotmail.com

### **Ronaldo Bordin**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
Departamento de  
Medicina Social, Programa de Pós-Graduação em  
Administração.

Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: ronaldo.bordin@ufrgs.br

### **Roger dos Santos Rosa**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
Departamento de Medicina Social, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre,  
RS, Brasil.

E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

**RESUMO:** Existe um consenso que o modelo atual de Conferências de Saúde se esgotou e questionamentos quanto à efetividade do controle social efetuado via Conselhos de Saúde. Objetivo: Descrever a percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) quanto ao modelo de controle social por meio de conselhos de saúde. Métodos: Entrevistas semiestruturadas com representantes titulares dos quatro segmentos do CES/RS, realizadas em 2016. Resultados: Embora com graus diferentes

de problematização, todos os entrevistados percebem que o modelo de conselhos para o controle social na saúde urge aprimoramento e que a realidade do CES/RS é semelhante aos demais conselhos no país. Os mecanismos percebidos como falhos pelos entrevistados relacionam-se ao quadro de conselheiros; ao imperativo de maior reconhecimento, flexibilidade e integração do órgão; e, à necessidade de um modelo fortalecido e que cumpra integralmente suas atribuições com efetiva representatividade. Como pontos positivos, convencionou-se destacar a existência dos conselhos como uma conquista social. Ao se buscar a existência de proposta alternativa à atual dos conselhos chegou-se à constatação do desconhecimento da existência de tais propostas pelos entrevistados, ainda que tenha sido percebida a necessidade de novo modelo. Conclusão: Segundo a percepção dos conselheiros entrevistados, semelhante aos relatos encontrados na literatura, são várias as dificuldades que os conselhos enfrentam enquanto órgãos de controle social. Neste contexto, sua adequação como modelo de democracia participativa deve ser, ao menos, interrogada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistema Único de Saúde. Controle social. Conselhos de saúde. Administração e planejamento em saúde. Políticas públicas.

**ABSTRACT:** There is a consensus that the current model of Health Conferences are exhausted and there are questions about the effectiveness of social control carried out through Health Councils. Objective: To describe the perception of members of the State Health Council of Rio Grande do Sul (CES/RS, *in Portuguese*) regarding the model of social control through health councils. Methods: Semistructured interviews with representatives of the four segments of the CES/RS, held in 2016. Results: Although with different degrees of questioning, all respondents realize that the advice model for social control in health improvement is urgent and that the reality of CES / RS is similar to other councils in the country. The mechanisms perceived as flawed by respondents relate mainly: the advisory board composition; the need for greater recognition, flexibility and integration of the Council; and the need for a strengthened model that fully fulfills its attributions. As a positive point, stands out the existence of councils as a social achievement. Regarding the existence of an alternative proposal to the current councils, it was verified the lack of knowledge of the existence of such proposals by the interviewees, even though the need for a new model was perceived. Conclusion: According to the perception of the counselors interviewed, similar to the reports found in the literature, the councils face several difficulties as a mechanism of social control. In this context, its adequacy as a model of participatory democracy must be at least questioned.

**KEYWORDS:** Brazilian Public Health System. Social control policies. Health Councils. Health Policy, planning and management. Public policies.

## 1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, o controle social tem seu grande marco estabelecido pela Constituição Federal (CF) de 1988, onde foram criados instrumentos para que a sociedade pudesse participar e controlar as ações do Estado na busca do bem comum e do interesse público. Para tal, houve a criação de normas legais e infra legais, objetivando a implementação de mecanismos de democracia participativa (SANTOS, 2000).

Transcendendo o direito de voto e conferindo à sociedade civil relevantes mecanismos de participação popular, o texto constitucional institui, entre outros, o direito à participação direta nos processos político-decisórios e legislativos (Arts. 14, III; 29, XII-XIII; e 61, §2º) e participação comunitária na gestão democrática e descentralizada da seguridade social, da saúde, assistência social e ensino público (Arts. 194, parágrafo único, VII; 198, III; 204, II; e 206, VI).

De forma genérica, após a CF 1988, o controle social passa a significar a mobilização da sociedade civil, especialmente através de conselhos institucionalizados, no sentido de implementar direitos legalizados pela constituição. Abarcaria, assim, desde inovações que procuram estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade (Bravo, 2000, p.45) à capacidade que os movimentos sociais organizados da sociedade civil têm de interferir na gestão pública (Correia, 2003). Em ambos, o

controle social acompanharia a democratização do Estado brasileiro. Neste contexto, os instrumentos de controle social instituídos (consultas públicas, orçamento participativo, participação em colegiados administrativos e em conselhos setoriais de gestão, etc.) estão em constante processo de aperfeiçoamento, resultante da melhoria no nível de conhecimento, conscientização e mobilização da sociedade (BRASIL, 2015).

Na área da saúde, as duas formas principais de participação social são as conferências e os conselhos de saúde. As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, quando foram criadas para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde, passando posteriormente a abranger os três níveis de gestão (BRASIL, 2013). A Lei nº 8.142/90 as consagrou como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com periodicidade de realização a cada quatro anos.

As conferências de saúde não são foco deste estudo, mas é importante salientar que existem colocações que apontam para a falência do modelo vigente. Narvai (2008), por exemplo, realizou um diagnóstico das principais conferências de saúde, concluindo pelo esgotamento deste modelo devido à manutenção do formato da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, um espaço que favorece o enfrentamento em detrimento da consulta.

Já os conselhos se caracterizam como órgãos colegiados, permanentes, paritários (50% de usuários dos serviços de saúde e 50% divididos entre representantes de entidades governamentais e não-governamentais) e deliberativos, diretamente ligados ao poder executivo, com a atribuição de formular, supervisionar, avaliar, controlar e propor políticas públicas. Para Alencar (2013, p.114), os conselhos “*são instituições híbridas, que agregam Estado e sociedade, constituindo-se em canais de participação política, deliberação institucionalizada e divulgação das ações do governo*”.

Como atribuição do conselho Municipal de Saúde, por exemplo, tem-se a responsabilidade de controlar os recursos da saúde; acompanhar as verbas que chegam pelo SUS e os repasses de programas federais; participar da elaboração das metas para a saúde; controlar a execução das ações na saúde e a responsabilidade de reunir-se pelo menos uma vez por mês (BRASIL, Portal da transparência, s.d.).

Cabe, também, aos conselhos a função de fortalecimento da participação da população na formulação e implementação de políticas públicas, o que o configura como um espaço de lutas entre diferentes interesses de segmentos na sociedade. Tal espaço é visto positivamente por diversos autores, entre os quais: Cortês (2002), Gonçalves e Almeida (2002) e Coelho (2007), entre outros. Já autores como Berclaz (2014), Medeiros (2010) e Valla (1998), posicionam-se criticamente quanto aos conselhos quando a democracia não é algo presente e soberana, quando a lógica de eficiência do mercado prevalece em relação à ideia de participação social e quando é recorrente a falta ou inadequada formação técnica dos conselheiros. Neste contexto, os conselhos de saúde tornam-se espaços ineficientes, formados por pessoas não preparadas e com participação popular pouco diversificada.

Valla (1998) interrogou a concepção de democracia representativa vigente nestes órgãos e sinalizou para o risco de “encurralamento” dos movimentos populares:

A lentidão em agir dos CMS e a sua grande dependência dos Secretários Municipais de Saúde e dos componentes dos profissionais de saúde (gestores e funcionários), juntamente com os graves problemas de saúde que afligem a população brasileira, devem servir como um alerta para a retomada das experiências da democracia direta (VALLA, 1998, p.32).

Medeiros (2010) aponta que, apesar de os movimentos sociais que emergiram nas décadas de 1970 e 1980 terem sido importantes para a conquista democrática e de proteção social que culminou na atual “Constituição Cidadã” sua contextualização à nova fase do capitalismo “... *impõe limites à objetivação real dessas conquistas. Todas essas características se rebatem na formulação e aplicabilidade do sistema de controle social, em suas conquistas e desafios, caracterizando-o como mecanismo conflitante de participação popular*” (MEDEIROS, 2010, p10).

Berclaz (2014) defende que, embora os conselhos de saúde legitimem a participação popular nas decisões políticas do SUS, tais canais não repercutem em mudanças sociais, ao passo que são estruturas rígidas incapazes de se moldar conforme os desejos socialmente construídos. Identifica, ainda, problemas de coerência na legislação da saúde brasileira quando realiza crítica ferrenha ao decreto 8.243/14, que instituiu a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS). Segundo ele, este decreto não trouxe a possibilidade de participação da comunidade e tampouco criou os “conselhos populares”, uma vez que tais mecanismos já estavam institucionalizados.

Em tese, os conselhos seriam espaços vivos de democracia participativa onde a sociedade civil (representada normalmente por intermédio de entidades) poderia interpelar o governante. Contudo, diversos autores já identificaram problemas quanto ao papel dos conselhos, de forma conjuntural (composição, estrutura de funcionamento, clientelismo, etc.) ou mesmo de limitantes estruturais à proposta original dos órgãos. Entre esses, podem ser enumerados: desconhecimento dos conselhos pelos usuários; ausência da cultura de participação e de controle social por parte de grande parte da população; baixo nível de consciência e organização da comunidade local; reutilização do ideário de participação visando inibir nas “classes pobres” a busca de transformação social; falta de conhecimento e preparo técnico por parte dos conselheiros; participação dos conselheiros por conveniência; indicação de conselheiros por interesses partidários; práticas clientelistas por falta de autonomia dos conselhos em relação aos gestores; necessidade de revisão dos mecanismos de participação social nos conselhos; dificuldades de funcionamento, tais como a falta de transparência, reuniões pouco produtivas e critérios questionáveis na escolha de representantes; uso de indicadores de desempenho incapazes de refletir a qualidade do serviço controlado pelo conselho; acompanhamento insatisfatório da aplicação

dos recursos; lógica capitalista no conselho que se utiliza de recursos públicos para subsidiar a reprodução do capital em detrimento das políticas sociais; criação dos conselhos de saúde baseada em processos formais extremamente burocratizados, apenas para cumprir um dispositivo legal; paridade desrespeitada na composição dos conselhos.

O esgotamento dos conselhos como modelo de democracia participativa e controle social na saúde, ao contrário do observado quanto às conferências de saúde, ainda não é tão visível. Neste contexto, este estudo objetiva descrever a percepção de membros titulares do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) sobre a situação do órgão e sua adequação enquanto canal de participação e controle social na saúde.

## 2 | MÉTODOS

Este estudo se caracteriza como descritivo, de abordagem qualitativa, abordando a percepção dos membros integrantes do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) quanto aos conselhos de saúde e sua adequação enquanto canal de participação e controle social na saúde.

Para a identificação da percepção dos principais atores envolvidos se optou pela realização de entrevistas semiestruturadas com uma parcela dos membros titulares do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS), respeitado o princípio que todos os segmentos representados fossem contemplados (usuários, governo, prestadores e trabalhadores de saúde) e participantes com larga vivência enquanto conselheiros (superior a 8 anos).

As entrevistas foram realizadas entre março e junho de 2016, sendo gravadas e transcritas. Houve autorização para este fim obtida junto à Mesa Diretora do CES/RS e todos entrevistados leram e assinaram um termo livre e esclarecido prévio à realização das entrevistas. Foi empregada a técnica da saturação para identificar as categorias de análise nas falas dos conselheiros e delimitar o número de entrevistas. Ao final, foram 7 entrevistados: 3 usuários (U1 a U3), dois gestores (G1, G2), um trabalhador da saúde (T1) e um prestador de serviços de saúde (P1).

O roteiro da entrevista contemplava duas questões introdutórias de identificação, contemplando a entidade e segmento que representava no (CES/RS) e um relato da trajetória do entrevistado junto aos mecanismos de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Após, seguiam duas questões abertas, enfocando o conceito de participação e controle social, e sua contextualização ao estado do Rio Grande do Sul. Neste momento também se procurava identificar os principais fatores positivos e negativos vinculados à efetivação do controle social via conselhos de saúde no estado do Rio Grande do Sul (RS) e, especificamente quanto ao Conselho Estadual de Saúde (CES/RS), a existência de alguns fatores particulares ao mesmo.

Por fim, duas questões abordavam a percepção dos conselhos enquanto modelo de controle social e sua adequação ao momento atual vivido pelo SUS, além da identificação eventualmente de alguma proposta alternativa à proposta atual dos conselhos de saúde para efetivar o controle social no SUS. Neste último caso, quais seriam as vantagens/desvantagens frente ao atual.

### 3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Regido pelo decreto estadual nº 17.868, de 26 de abril de 1969, o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) foi instituído como órgão da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde do Rio Grande do Sul, 19 anos antes da CF 1988. Naquele momento, se caracterizava pelo caráter consultivo e era formado por 16 conselheiros designados pelo Secretário Estadual de Saúde. Entre as principais atribuições estava a de identificar as necessidades existentes na área da saúde, obter auxílio de profissionais para a proposição de melhorias no sistema e resolver demandas internas do conselho (Silva, 2012).

Após a institucionalização do SUS e, apesar do CES/RS estar legalmente autorizado pela lei nº 8.142/90, as primeiras decisões do conselho não foram consideradas pelo governo estadual que, inclusive, impôs entraves para a aprovação do regimento interno e atrasos na assinatura e publicação de legislações estaduais referentes ao funcionamento do CES/RS. Contudo, foi breve e ineficaz a tentativa de resistência do governo estadual em aceitar as novas atribuições e competências do CES/RS (Silva, 2012).

A lei de criação do CES/RS (Lei 10.097/1994), já na vigência da CF 1988, enumerou a distribuição dos 52 assentos segundo quais categorias o integrariam. Côrtes (2009), ao analisar a composição do CES/RS, por tipo de representante e entidade ou categoria representada, identificou: a) uma menor proporção de representantes governamentais e de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências, e uma maior participação de conselheiros oriundos de entidades de trabalhadores, não especificamente da área da saúde, e de profissionais e trabalhadores de saúde; b) a predominância dos representantes de profissionais e trabalhadores de saúde; e, c) que o órgão foi presidido por representantes de entidades sociais desde a sua criação em 1994, em contraste aos demais conselhos do Brasil. Ao analisar a dinâmica das relações sociais no interior do CES/RS em seus primeiros anos de funcionamento, a autora chegou a três principais constatações: os representantes de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde e de trabalhadores (não especificamente da área da saúde) destacavam-se em termos de assiduidade às reuniões, coordenação de instâncias do conselho e intervenções; os gestores estaduais tinham muita influência sobre o processo decisório do Conselho; e, finalmente, que a hegemonia dos atores sociais não se expressava na ocupação de posição superior na arena política setorial

do estado (CORTÊS, 2009).

Na composição de 2016, identifica-se conselheiros com larga vivência enquanto integrantes do órgão (membros com até 2 décadas de representação no CES/RS). Se por um lado o conselho ganha ao ser composto por membros com experiência, perde pela falta de renovação e pela longevidade da representação dos mesmos.

No roteiro semiestruturado, quatro questões buscavam identificar a percepção do modelo de controle social na saúde na figura dos conselhos; se o formato deste órgão era adequado ao momento em que se encontrava o SUS em 2016; as percepções positivas e negativas quanto aos conselhos de saúde e a existência de propostas alternativas para o controle social na saúde.

Quanto ao conceito de controle social e no que ele se diferenciaria do conceito de participação social, as respostas dos entrevistados estão sistematizadas no Quadro 1.

	<b>Controle Social</b>	<b>Participação Social</b>	<b>Controle <i>Versus</i> Participação e/ou Comentário</b>
<b>U1</b>	Dentro da estrutura já estabelecida dos conselhos, define como espaços propositivos, deliberativos e de fiscalização.	Uma das ações que toda a sociedade pratica e que se soma ao controle social.	Aproxima os conceitos de controle e participação social, pontuando que a diferença entre ambos está no fato de os conselhos serem mecanismos de participação social amparados por lei.
<b>U2</b>	Ocorre quando a sociedade participa em diferentes processos democráticos, não se limitando a reuniões de conselhos.	Não diferencia controle social de participação social.	<i>“A participação social ainda existe e onde ela existe há disputa por espaços, o que não deveria haver.”</i>
<b>U3</b>	Uma prática que envolve responsabilidades e que exige assumir compromissos e procurar conhecimentos.	Descreve-a como um dos meios de se exercer o controle social. Pontua que se a participação social for por conveniência e/ou superficial, irá prejudicar o verdadeiro controle social.	Não desassocia os conceitos, contudo, não os entende como sinônimos.  <i>“Controle social e participação social tem haver uma coisa com a outra. Se tu participas, ou tu participas de verdade e controla, ou tu participas e te omite. Se tu te omites, tu não participas”.</i>
<b>G1</b>	Uma ferramenta recente e de grande poder, principalmente no que se refere ao controle social por meio dos conselhos.	Não diferencia os conceitos de controle social e participação social.	<i>“Quando o governo define que a formulação e o controle da execução da política são de uma instância organizada de participação social (ele não é uma mera participação da sociedade), mas dentro de uma instância organizada dentro de segmentos, ele dá um poder muito grande sobre todas as ações do sistema de saúde (SUS) do Brasil”.</i>
<b>G2</b>	Uma ferramenta que reflete a organização do Brasil e institui os espaços de participação social.	Um amplo instrumento de controle que pode se manifestar em diversos formatos.	Controle social como um dos formatos que se operacionaliza a participação social.

<b>T1</b>	Um meio de participação social com institucionalização formalizada.	Todas as formas e instâncias em que a população deve participar.	Participação social como um conjunto de atitudes de maior amplitude que o controle social. <i>“entendo que o controle social merece esse olhar com... com uma participação mais formalizada, mais institucional, inclusive porque acho que é necessário”.</i>
<b>P1</b>	Uma forma de participação social que, entretanto, engloba maiores responsabilidades. Logo, para se “deliberar pelo controle social” é necessário conhecimento e preparo.	Refere-se à consciência do cidadão e sua inserção na estrutura social que integra e convive cotidianamente. Por meio dela é possível haver trocas de experiências e o fortalecimento das comunidades na reivindicação de suas demandas.	Os diferencia, uma vez que o controle social exige maiores responsabilidades que a participação social. Lembra, no entanto, que ambos são necessários. <i>“O controle social é uma questão muito importante porque junto com ela advém uma responsabilidade.”</i>

Quadro 1: Conceito de controle e participação social

Apesar de diferenças pontuais, os entrevistados convergem em entender o controle social como uma conquista para o Brasil e uma ferramenta de participação popular com grande poder. Enquanto o controle social remete à possibilidade de monitoramento e fiscalização dos poderes públicos por parte dos indivíduos, coerentemente com as respostas, para autores como Cortês (2002), a participação social remete à população interagindo constante e permanentemente com o poder político estatal.

A questão seguinte buscava identificar quais os problemas e quais os benefícios que os integrantes do CES/RS percebem no modelo de controle social via conselhos de saúde no estado do Rio Grande do Sul. No Quadro 2 percebe-se que o principal mérito dos conselhos de saúde no Brasil é o próprio fato de eles existirem, por se configurarem como uma conquista social que permite a vocalização de diferentes atores sociais.

	<b>Pontos Positivos</b>	<b>Pontos Negativos</b>	<b>Particularidade do CES/RS e/ou Comentário</b>
<b>U1</b>	É um meio de efetivar o SUS e possibilita a fiscalização de todo e qualquer recurso financeiro que será aplicado no sistema único de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade na execução de ações em virtude de o conselho não ter orçamento próprio;</li> <li>- Desrespeito muito grande por parte da gestão, de órgãos como o legislativo e os ministérios;</li> <li>- Condições precárias de mobilidade e de ações nas comunidades mais distantes;</li> <li>- Entrave de questões políticas partidárias.</li> </ul>	Não acredita que a realidade do CES/RS seja muito diferente da realidade dos demais conselhos no estado. Identifica, entretanto, que a eficácia de algumas ações pode ser um ponto mais positivo no CES/RS do que nos municípios, uma vez que muitos conselhos municipais são cooptados quando, por exemplo, o presidente do conselho é o secretário de saúde ou quando os conselheiros são todos funcionários da prefeitura.

<b>U2</b>	A possibilidade de existência de conselhos regionais, pois eles permitem a aproximação dos conselhos municipais com o conselho estadual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço de disputa entre entidades;</li> <li>- Influência de interesses pessoais nas deliberações.</li> </ul>	<i>“Nos anos 90, até meados de 2008, éramos exemplo de controle social para todo o país. Começou uma disputa interna entre espaços, entre entidades, houve conflito de interesses e isso prejudicou não só o controle social, mas toda uma população. E hoje requer um repensar, um reorganizar”.</i>
<b>U3</b>	Os conselhos como meio de reunir diferentes entidades que têm em comum o compromisso com a saúde e como meio para promover e incentivar eventos que busquem o fortalecimento do SUS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilidade dos conselhos;</li> <li>- Participação sem compromisso social;</li> <li>- Representações com defesas individuais;</li> <li>- Despreparo de alguns conselheiros;</li> <li>- Falta de acompanhamento na aplicação de recursos financeiros e no cumprimento dos percentuais mínimos obrigatórios para a saúde.</li> </ul>	Percebe o CES/RS fragilizado pela composição do colegiado não estar completa. Lembra, também, que a situação da maioria dos conselhos municipais do Rio Grande do Sul é ainda mais grave.
<b>G1</b>	Como fator positivo e específico do CES/RS e do conselho municipal de saúde de Porto Alegre, a presença de alguns conselheiros muito bem organizados e participativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indisponibilidade e falta de consciência por parte da sociedade civil;</li> <li>- Falta de renovação dos conselheiros;</li> <li>- Fragilidade dos conselhos municipais;</li> <li>- Incapacitação por parte de alguns conselheiros;</li> <li>- Excesso de discussões pontuais e falta de discussões relevantes.</li> </ul>	<i>“Com certeza todos os conselheiros que aqui estão contribuem pelo acúmulo, mas eu também entendo que precisaria ter uma renovação. Gente que viesse e que pudesse estar trazendo outros ares também para a discussão hoje do controle social”.</i>
<b>G2</b>	Os conselhos são uma conquista social, um canal de participação da sociedade civil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfraquecimento do conselho como mecanismo de controle social;</li> <li>- Frágil representatividade;</li> <li>- Desmotivação generalizada para participar;</li> <li>- Desinteresse dos usuários e dos trabalhadores;</li> <li>- horários e locais inconvenientes;</li> <li>- Descrença de que a participação repercute em mudanças;</li> <li>- Pouca participação efetiva;</li> <li>- Pautas questionáveis;</li> <li>- Necessidade de renovação dos conselheiros;</li> <li>- Formato rígido, burocrático com estrutura engessada;</li> <li>- Reuniões maçantes.</li> </ul>	O entrevistado destaca que o conselho estadual possui boa organização e está coordenado por uma presidenta engajada, contudo, questiona o modelo de uma forma geral.  <i>“Acho que tinha muito mais empolgação e entusiasmo para a participação de uma forma geral, não só nos conselhos, mas se reflete nos conselhos”.</i>

T1	A existência do próprio mecanismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade de encontrar pessoas dispostas, com disponibilidade de tempo e capacitadas;</li> <li>- Limitações na capacitação de novos conselheiros;</li> <li>- Falta de estrutura, de recursos financeiros, e, principalmente, de recursos humanos (incluindo assessoria técnica);</li> <li>- Composição do modelo de conselhos enfraquecida e subjugada à gestão.</li> </ul>	<p>Acredita que a realidade do CES/S seja semelhante à maioria dos conselhos no Brasil. Ressalta uma particularidade negativa do CES/RS: as entidades que o integram estarem previamente nomeadas em legislação.</p>
P1	O fato de o controle social carregar uma história de lutas que repercutiram, por exemplo, na conquista da lei complementar 141/12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partidarização e influência de posições ideológicas;</li> <li>- Casos onde o gestor ainda domina o controle social, ou ainda, o gestor é o próprio presidente do conselho.</li> </ul> <p><i>“A maioria dos conselhos tem uma história efetiva de controle e de integração e até de conflito com os gestores do Sistema Único de Saúde, fato que vem sempre em benefício do sistema”.</i></p>	<p>Existência de uma lei de criação que engessa a estrutura.</p> <p><i>“Há unanimidade na mesa diretora do CES/S em pensar que nós consideramos que a ocupação dos espaços e das representações deve ser decidida dentro dos segmentos”.</i></p> <p>Como ponto positivo específico ao CES/RS está a não aprovação dos orçamentos e contas do estado pelo fato de não se cumprir a lei de destinação dos recursos específicos para a saúde.</p>

QUADRO 2: Pontos positivos e negativos percebidos no modelo de controle social via conselhos de saúde e, especificadamente, fatores envolvendo o CES/RS

Em relação a peculiaridades do CES/RS, parcela dos entrevistados problematizou a legislação inicial do órgão, que determina quais as entidades podem integrar o conselho, impossibilitando, portanto, a participação de novos representantes, assim como mantém assento para entidades que não possuem mais interesse em participar, ou até mesmo deixaram de existir. Contudo, a percepção dos entrevistados é de que, de forma geral, a realidade dos demais conselhos no RS, ou mesmo no Brasil, seja semelhante ao CES/RS.

Na sequência, os entrevistados respondiam, a exemplo das conferências de saúde, se o modelo de controle social por meio dos conselhos de saúde é adequado ao momento atual do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos entrevistados não firmarem convicção no esgotamento do modelo de controle social na saúde via conselhos, os mesmos salientam a necessidade de que ele seja repensado.

Ainda mais se levado em consideração a questão dos recursos alocados para os programas de educação permanente aos conselheiros e para a realização das conferências de saúde, redundando em “poucos resultados concretos, para deliberações pouco produtivas, e para haver interferências negativas de questões políticas partidárias” (G1).

O maior problema do modelo se vincula ao enfraquecimento do poder deste órgão e, principalmente, ao se conformar como uma ferramenta que não cumpre

integralmente suas atribuições. De acordo com alguns relatos, o modelo dos conselhos conforme está posto não é um formato inconveniente, sendo que o problema não está no modelo em si, mas em sua efetivação.

Avritzer (2012) menciona a efetividade como um dos elementos mais difíceis na arena das políticas participativas e atribui tal barreira ao fato de não haver articulação com a gestão.

[...] gostaria de discutir o elemento mais difícil do atual debate participativo, a questão da efetividade. Essa questão, que tal como as duas anteriores, está colocada para as políticas participativas desde o início da democratização, é a menos precisa na nossa pesquisa de opinião. Os dados apontam para algum elemento de efetividade, mas apontam também para fortes lacunas. Estas lacunas são provocadas pelo fato de ainda não haver uma forma de gestão que se articule claramente com as decisões (AVRITZER, 2012, p. 22).

Aqueles que defenderam um novo modelo propuseram uma alteração profunda no regramento legal do que hoje se entende por conselhos de saúde, como sua conformação como uma autarquia ou assemelhado (órgão caracterizado por comandar a si mesmos e dotado de ampla liberdade de gestão).

Portanto, embora com graus diferentes de problematização, todos os entrevistados percebem que o modelo de conselhos para o controle social na saúde urge aprimoramento. Mesmo a parcela dos entrevistados que não defende a criação de um novo modelo, sinaliza para que o órgão seja reformulado com o propósito de que haja, de fato, um mecanismo adequado ao momento atual do Sistema Único de Saúde.

No Quadro 4 estão consolidadas as respostas da sexta questão do instrumento de coleta de dados, quanto à percepção de propostas alternativas à atual dos conselhos de saúde.

	<b>PERCEPÇÃO</b>	<b>PROPOSTA</b>	<b>COMENTÁRIO</b>
<b>U1</b>	Entrevistado pontua que, a princípio, este é o formato de órgão que deve permanecer.	Defesa do atual modelo, contudo, salienta latência de, por exemplo, haver renovação por parte dos conselheiros para melhorar a eficácia.	<i>Na realidade tem que fazer um olhar com mais cuidado para todo esse processo de controle social, para esse modelo de conselhos de saúde”.</i>
<b>U2</b>	Percebe como um modelo que pode ser aprimorado.	Sugere o engajamento de todas as entidades e de todos os representantes da sociedade civil organizada para a reconstrução do controle social na saúde via conselhos.	<i>“Precisamos de humildade, sentar ao redor de uma mesa, tentar fazer uma autocrítica e uma reconstrução do controle social como um todo sem questões pessoais interferindo naquilo que deve ser do coletivo”.</i>

<b>U3</b>	Não propõe descarte total do controle social na saúde no molde dos conselhos. Recomenda que se modifiquem os mecanismos falhos e que se fortaleçam os com bons resultados.	Sinaliza para ampliação na quantidade de entidades que integram os conselhos, para que haja maior integração com a academia e, principalmente, para que o Ministério Público atue sobre as denúncias da não aplicação dos percentuais mínimos na saúde.	<i>“Não podemos descartar tudo que existe. Em cada situação precisamos saber o que é bom e descartar o que não presta e, em muitos momentos, sair da mesmice. Ter coragem de dizer isso não dá mais!”</i>
<b>G1</b>	Revela conhecimento da existência de propostas alternativas ao modelo de controle social via conselhos de saúde, porém, desconhecimento de quais e como seriam. Alerta para a mudança do atual modelo, uma vez que o controle social não está ocorrendo na prática.	<i>“Quando eu digo que os conselhos estão se perdendo em discussão de fatos pontuai... Esta, para mim, era uma discussão que deveria estar sendo feita dentro do próprio conselho e que não se faz”.</i>	<i>“Não conheço essas alternativas, mas sei que existe... Há que se mexer em algumas coisas que eu não me atrevo agora a dizer, ou sugerir quais são, porque acho que eu fiquei muito mais na execução e por isso não estou me apropriando do assunto para poder opinar”.</i>
<b>G2</b>	Entrevistado alerta para a complexidade existente ao se propor um novo modelo ou uma solução para o atual. Saliencia a latência para a criação de uma via alternativa para as demandas da população chegar aos conselhos.	Sugere um modelo alternativo com menos rigidez, com renovação dos meios e das formas de comunicação, com respostas para as reivindicações sociais como fator motivador e restituidor do entusiasmo entre a sociedade para o controle social.	<i>“Acho que tinha que ter um jeito mais fácil de as pessoas simplesmente serem ouvidas. Essa é uma coisa que eu vejo que falta no mecanismo dos conselhos</i>
<b>T1</b>	Identifica necessidade de reformulação dos conselhos para que haja novas representações e maior reconhecimento deste mecanismo de controle social por parte da população e da gestão. No caso do CES/RS, aponta para a necessidade de nova legislação.	Como uma alternativa de mudança para o modelo sugere que os conselhos pudessem tornar-se órgãos independentes, com maior autonomia:	<i>“Precisamos gente com realmente disposição, garra, vontade de realmente fazer e, por outro lado, ter um reconhecimento -acho eu que dá própria sociedade e da gestão- da importância desse órgão para que ele tenha a estrutura que ele precisa, para que ele consiga realmente funcionar”.</i>
<b>P1</b>	Entrevistado não percebe uma proposta alternativa melhor que a estruturação que há hoje.	Defende a permanência do modelo atual, ressaltando que ele precisa de melhoras, mas que está em um formato satisfatório.	<i>“O modelo está muito bom. Ele deve continuar e deve melhorar.</i>

QUADRO 4: Propostas alternativas ao atual modelo dos conselhos de saúde para efetivar o controle social no SUS

Apesar de não ter sido sugerida nenhuma proposta alternativa, os entrevistados alertam para a urgência em se repensar, senão todo o modelo, alguma parcela. Entre as sugestões de aprimoramento dos conselhos está a criação e/ou reformulação em um formato mais flexível, com renovação dos meios e das formas de comunicação e com novas representações. Os entrevistados sugerem, também, a criação de uma via

alternativa para encaminhar as demandas da população, e que os conselhos pudessem tornar-se órgãos independentes, com maior autonomia, tais como autarquias (criação por leis específicas, autonomia administrativa e financeira).

Por fim, emergem das entrevistas e estão presentes de forma recorrente na literatura, a qualificação dos conselheiros (do despreparo técnico às formas de indicação e renovação), as debilidades no processo de fiscalização e acompanhamento na aplicação de recursos e o não reconhecimento dos conselhos de saúde, tanto por instâncias superiores quanto pela própria população.

Entre os problemas não mencionados no *check list*, a ausência de repercussões frente às denúncias de não cumprimento da lei complementar 141/12, seja nos municípios ou estado do Rio Grande do Sul, que deveria redundar em ausência de repasses federais até a normalização da alocação de recursos na área da saúde.

Exceto peculiaridades, a situação do modelo de controle social na saúde, segundo a percepção dos entrevistados, é semelhante aos demais conselhos do país. Os problemas relatados na literatura são semelhantes ao apontado pelos entrevistados quanto à atual situação do CES/RS e são coerentes com as questões descritas anteriormente, principalmente quanto aos pontos negativos.

Neste contexto, dois pontos devem ser considerados. O primeiro, a percepção negativa (explicitado nas falas de por U1, U2 e P1) quanto ao posicionamento político-ideológico por parte dos conselheiros. Os conselhos são espaços de disputa de poder no qual o enfrentamento político é constante e é parte inerente ao processo. Assim, uma abordagem fundamentalmente tecnicista do problema não se adequaria a esta esfera de representação da sociedade civil organizada. Violin (2006) já havia problematizado tal fato na sociedade brasileira ao identificar um desconhecimento de que a sociedade civil é uma arena de lutas de classes.

O segundo ponto diz respeito à proposição de transformar os conselhos de saúde em órgãos autônomos, tais como autarquias. Sendo tal hipótese considerada, se incorreria em uma maior formalização dos conselhos à estruturação formal do governo. E, se por um lado até poderia ganhar maior autonomia por dotação orçamentária própria, haveria um aumento dos processos formais (burocratização) e atrelamento a todo um arcabouço jurídico que poderia inviabilizar os conselhos como canais de controle e participação social nos quais a sociedade civil organizada pode reivindicar demandas e fiscalizar o Estado.

Importante mencionar ainda, a percepção de que a maior problematização do modelo de conselhos para o controle social na saúde, segundo os conselheiros entrevistados, residiu em questões técnicas/burocráticas do órgão quando, na verdade, esperava-se que a discussão estivesse focada na preocupação com a participação e controle social e com a adequação do modelo de conselhos de saúde ao momento atual do SUS.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desse estudo identificaram inúmeras fragilidades nos conselhos de saúde. Segundo a percepção dos conselheiros entrevistados e integrantes do CES/RS, semelhante aos relatos encontrados na literatura, são várias as dificuldades que os conselhos enfrentam enquanto órgãos de controle social, sendo que sua adequação como modelo de democracia participativa deva ser, ao menos, interrogada

Ao se buscar identificar a adequação do conselho ao momento atual do Sistema Único de Saúde foi latente a necessidade de reformulação e/ou adequação do formato, uma vez que, pela percepção dos entrevistados, embora a proposta seja boa, não está sendo possível efetivá-lo integralmente.

Destaca-se a percepção como um modelo enfraquecido (G2) ou como um modelo que não está cumprindo integralmente suas atribuições (U1, T1), gerando alguma desmotivação e, no seu limite, inclusive esgotamento (U3). Apenas um entrevistado (P1) opõe-se à percepção da não adequação dos conselhos como meio satisfatório para o controle social na saúde no Brasil.

Quando questionados sobre os principais fatores positivos e negativos vinculados à efetivação do controle social destaca-se como pontos negativos referidos a fragilidade dos conselhos municipais (U1, G1, T1 e P1); a falta de renovação dos conselheiros (U3, G1, G2 e T1); a frágil representatividade (U3, G1, G2 e T1); os entraves de questões políticas partidárias (U1, U2 e P1); a falta de consciência por parte da sociedade civil (G1, G2 e T1); e, as reuniões com pautas questionáveis (U2, G1 e G2). Como pontos positivos, quase que por unanimidade, convencionou-se destacar a existência dos conselhos como uma conquista social.

Ao se buscar a existência de proposta alternativa à atual dos conselhos chegou-se à constatação do desconhecimento da existência de tais propostas pelos entrevistados, ainda que tenha sido percebida a necessidade de novo modelo (G1, G2 e T1) ou a manutenção com reformulação do atual (U1, U2, U3 e P1). Vale lembrar que são mais de 5570 conselhos municipais, 27 conselhos estaduais e mais de 100 mil brasileiros envolvidos nas ações de controle social e comprometidos com o direito à saúde.

Ao se buscar a existência de proposta alternativa à atual dos conselhos chegou-se a constatação de que considerável parcela dos entrevistados desconhece a existência de tais propostas. Enquanto G1, G2 e T1 julgam necessário que haja um novo modelo, U1, U2, U3 e P1 defendem a permanência do modelo atual, contudo, salientam que haja melhorias.

Tendo em vista a complexidade de se tratar temas como controle social, gestão, saúde, democracia participativa e demais relações que envolvem políticas públicas, é desafiador propor alternativas ao controle social na saúde, ainda que necessário. Embora se tenha constatado um modelo com problemas, tais lacunas não configuram necessariamente a proposição de que o formato atual esteja esgotado. Novas pesquisas devem vir a acrescentar tal discussão.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, J. et al. Participação Social e Desigualdades nos Conselhos Nacionais. **Sociologias**, v. 15, n. 32, p. 112-146, jan./abr. 2013.
- AVRITZER, L. **Conferências Nacionais**: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil. Brasília: IPEA, 2012. p. 7-24
- BERCLAZ, M.S. **A Dimensão Político-Jurídica dos Conselhos Sociais no Brasil**: uma leitura a partir da política da libertação e do pluralismo jurídico. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.
- BRASIL. Portal da Transparência. Conselhos Municipais e Controle Social. Controle social- Conselhos municipais e controle social. Ministério de Transparência e Controladoria-Geral da União. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/controlesocial/ConselhosMunicipaisControleSocial.asp>> Acesso em: 18 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de Saúde**: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.
- BRAVO, M. I.S. Gestão Democrática na Saúde: A Experiência dos Conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Em: **Anais do VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. v. 3, Brasília: ABEPSS, 2000.
- COELHO, V.S.R.P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 78, p. 77-92, jul. 2007.
- CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CORTÊS, S.M.V. Construindo a Possibilidade da Participação dos Usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, ano 4, n. 7, p. 18-49, 2002.
- GONÇALVES, M.L.; ALMEIDA, M.C.P. de. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o conselho municipal de saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 167-175, 2002.
- MEDEIROS, R. B. de. Saúde e gestão democrática: Uma análise crítica sobre os conselhos de saúde. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 9-14, 2010.
- NARVAI, P.C.; PEDRO, P.F.S. Práticas de saúde pública. In: **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.
- SANTOS, L. A. **Agencificação, Publicização, Contratualização e Controle Social**: possibilidades no âmbito da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: DIAP, 2000.
- VALLA, V. V. Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 31-32, 1998.
- VIOLIN, T.C. A sociedade civil e o Estado ampliado por Antônio Gramsci. **Revista Eletrônica do Cejur**, v. 1, n. 1, 2006.