

Democratização e educação permanente: percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde

Democratization and continuing education: perception of former QualiConselhos students about its contribution to the improvement of health councils

Assis Mafort Ouverney¹, Marcelo Rasga Moreira², José Mendes Ribeiro³

RESUMO O presente artigo analisa em que medida o processo de educação permanente de- flagrado no Programa de Apoio à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – QualiConselhos (Qualificação de Conselhos de Saúde) contribuiu para o aperfeiçoamento da participação nos conselhos de saúde. Foram estudados o perfil, o contexto dos conselhos, o domínio de conhecimentos e a prática cotidiana de 1.859 conselheiros(as) em 26 Unidades de Federação. A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário respondido na plataforma on-line do curso. Concluímos que processos de qualificação são fundamentais para que conselheiros compreendam melhor e aperfeiçoem o exercício de seu papel no processo decisório das políticas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Conselhos de saúde. Participação cidadã. Educação continuada. Democracia. Reforma de serviços de saúde.

ABSTRACT *This article examines the extent to which the process of continuing education initiated by the Support Program for the National Policy of Continuing Education for Social Control in the Brazilian Unified Health System – QualiConselhos (Health Council Qualification) has contributed to the improvement of participation in health councils. The research focused on the profile and the context of the health councils, as well as on the knowledge and the daily practice of 1,859 advisors in 26 states. The data was collected through an on-line survey on the course's website. We have concluded that qualification processes are essential for health advisors to better comprehend and improve their performance in health policy decision-making.*

KEYWORDS *Health councils. Citizen participation. Education, continuing. Democracy. Health care reform.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. assismafort@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rasgamoreira@gmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ribeiro@ensp.fiocruz.br

Introdução

A criação dos conselhos de saúde em todos os estados e municípios do País representa a mais ousada inovação institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), capaz de promover a democratização das políticas de saúde, em especial por conta do potencial de fomento à participação de representantes da sociedade civil organizada no processo decisório.

Moreira e Escorel (2009), na mais recente pesquisa nacional e censitária sobre conselhos municipais e estaduais de saúde, demonstraram que, em 2007, havia mais de 72 mil conselheiros de saúde no País, sendo que cerca de 50,8% representavam o segmento dos usuários do SUS. Esses são oriundos de 27.669 entidades da sociedade organizada que, por sua vez, representam uma miríade de atores políticos locais que, historicamente, tiveram pouca ou nenhuma oportunidade de participar dos processos decisórios das políticas públicas.

Portanto, ao promoverem esse incremento na participação social, os conselhos de saúde inserem no processo decisório atores que não têm uma trajetória histórica de debate político institucionalizado, o que lhes reduz os repertórios e recursos culturais, técnicos, retóricos, processuais, legislativos, associativos e de vocalização de interesses que os atores tradicionais construíram ao longo dos anos e décadas.

Por conta dessa necessidade dos novos atores inseridos no processo decisório, o debate setorial tem conferido expressiva ênfase à qualificação das práticas de atuação dos(as) conselheiros(as) como fator de extrema relevância para ampliar não apenas seu potencial participativo, mas também sua efetividade. Em 2007, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) aprovaram a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (PNEPSUS) (BRASIL,

2007), buscando fomentar a ampliação de iniciativas já existentes das instituições formadoras e estimular estados e municípios a buscarem a qualificação de seus conselheiros.

Recente, esse processo ainda não se consolidou, havendo, pois, poucos estudos sobre seus processos, resultados e impactos (ALENCAR, 2012). O presente artigo busca contribuir com o preenchimento dessa lacuna ao refletir sobre os resultados do QualiConselhos (Qualificação de Conselhos de Saúde) – Programa de Apoio à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, a partir de uma pesquisa avaliativa realizada com 1.859 conselheiros(as) de saúde egressos do Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS, a primeira oferta formativa do referido Programa.

O objetivo dessa pesquisa avaliativa é analisar em que medida o processo de educação permanente deflagrado no QualiConselhos contribuiu para o aperfeiçoamento da participação e do funcionamento dos conselhos de saúde que participaram do Curso Nacional. Seus resultados, portanto, constituem-se na base empírica que estrutura o presente artigo. Antes de discuti-los, apresenta-se, na próxima seção, o referencial teórico que norteará sua análise.

Democratização, participação social, conselhos de saúde e o papel da educação permanente

A participação da sociedade organizada na definição dos rumos das políticas públicas é um fenômeno recente na trajetória de formação dos regimes democráticos e representa um esforço de superação das limitações dos esquemas representativos clássicos. Santos e

Avritzer (2002) argumentam que a emergência das ideias e das propostas de participação da comunidade nas decisões do Estado ocorreu como resultado da crise do debate democrático tradicional do pós-guerra, caracterizada por três tendências: (a) a superação das teorias de matriz estruturalista voltadas para explicar as possibilidades de emergência da democracia em cada contexto nacional, (b) a desatualização dos marcos que buscavam a universalização dos modelos tradicionais de democracia liberal em face das novas experiências do Leste Europeu e América Latina (c) e a tendência à valorização das práticas locais e das variações existentes no âmbito dos estados nacionais.

Nas últimas décadas do século XX, o núcleo do debate deslocou-se dos embates entre a ênfase nos direitos individuais do cidadão (democracia liberal) ou na soberania da vontade popular (democracia popular) para a questão relacionada com a qualidade das democracias, na medida em que, com a queda da União Soviética, a expansão de instituições típicas da democracia ocidental para um conjunto maior de países, abrangendo escalas populacionais mais amplas, produziu o paradoxo das democracias de baixa intensidade: extensão dos mecanismos e das estruturas de representação acompanhada da redução dos níveis de mobilização dos cidadãos e da perda de legitimidade dos representantes (DALLMAYR, 2001).

Assim sendo, a valorização de práticas e instâncias participativas difundiu-se como parte de um conjunto de processos de redefinição das relações Estado/Sociedade ocorridos nas três últimas décadas do século XX, impulsionados tanto pela luta de novos atores sociais por reconhecimento, espaço político e direitos no âmbito de movimentos de abertura democrática quanto pelas mudanças na estrutura e no funcionamento da administração pública introduzidas por estratégias de Reforma do Estado.

Em ambos os movimentos, havia o reconhecimento de que apenas a recuperação

dos mecanismos de representação ou sua reestruturação e aperfeiçoamento não seriam suficientes para conferir qualidade e vivacidade política às democracias nacionais e que seria necessário introduzir formas mais diretas que possibilitassem aos diversos atores sociais influenciar de maneira mais direta as decisões do Estado. Nesse sentido, a participação social da sociedade nas políticas públicas emerge como uma prática complementar ao formato clássico de democracia representativa, buscando aumentar a responsividade do Estado, combater práticas clientelistas e patrimonialistas, diversificar as possibilidades de inclusão de novos atores políticos e identidades culturais e garantir direitos (BOBBIO, 2004).

No caso brasileiro, as reivindicações por maior participação da sociedade nas decisões governamentais foram parte intrínseca da luta contra o regime autoritário instaurado com o Golpe Militar de 1964 (FEDOZZI, 2009). Ao longo do processo de redemocratização, os diferentes atores políticos da resistência, aos poucos, com a 'liberalização', começaram a se articular em associações de organização de natureza civil que pressionavam por maior possibilidade de interferir nas decisões governamentais, tais como os movimentos populares dos pobres urbanos, o movimento pela reforma urbana nacional, as associações profissionais e de classe (advogados, engenheiros, professores universitários, médicos etc.), os movimentos de organização camponesa (por exemplo, o MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), os sindicatos de trabalhadores da indústria e do comércio, o movimento negro, entre outros. Tais movimentos, embora adotassem um posicionamento de autonomia em relação aos partidos políticos e ao Estado autoritário, chegando a propor formas de organização de políticas públicas independentes do Estado, tinham como uma de suas principais bandeiras o rompimento do modelo burocrático autoritário instaurado pelos

governos militares que insulava as decisões governamentais na tecnocracia dos ministérios (AVRITZER, 2012).

No campo da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) aglutinou as diversas forças setoriais em torno da bandeira da garantia do direito à saúde pelo Estado, articulando movimentos populares, burocracias dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, gestores estaduais e municipais, setores do Partido Comunista (PCB) e trabalhadores da saúde. O MRS adquiriu expressão já na segunda metade da década de 1970, articulando a mobilização da sociedade civil organizada, reunida em instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a infiltração de quadros na administração pública do setor saúde nas três esferas da federação e a realização de eventos de participação social visando a construção de propostas para subsidiar as reformas pretendidas no sistema de saúde, considerando excludente e centralizado (FALLETI, 2010).

Por conseguinte, havia na base das concepções e estratégias de ação política do MRS uma visão de mudança das relações Estado/Sociedade, expresso no lema 'Saúde é Democracia', que passava pela combinação de adensamento da sociedade civil setorial organizada, da articulação com lideranças políticas da redemocratização, da abertura das instâncias e processos decisórios da administração pública e da política de saúde e da descentralização das redes de ações e serviços de saúde (FLEURY, 1997). Essa visão do MRS centrada na democratização do Estado orientou todo o processo de institucionalização das reformas setoriais, que vai desde a realização do I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara de Deputados, em 1979, até a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, passando por momentos políticos fundamentais com a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) (1982), a VIII Conferência

Nacional de Saúde (1986), momento definidor dos rumos e teses que levaram ao SUS, e a atuação na Assembleia Nacional Constituinte (1986-1988) (ESCOREL, 2008).

A participação social nas políticas de saúde é resultado, pois, de um projeto ousado de reforma democratizante da administração pública setorial, sendo as conferências e os conselhos de saúde uma expressão material desse ideário da reforma sanitária.

Contudo, a concepção de conselhos de saúde expressa no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, é consideravelmente diferente da que hoje vigora no País, estruturada pela Lei nº 8.142/90. No primeiro, os conselhos de saúde, sobretudo municipais e estaduais, seriam externos ao poder público, formados apenas por representantes dos cidadãos e dos trabalhadores da saúde. Por conta disso, teriam como função exercer o controle da sociedade sobre o Estado. Essa é uma das poucas, senão a única, ideias-força da VIII Conferência que não se mantiveram no arcabouço legal do SUS. Neste, os conselhos passaram a ser um órgão vinculado ao executivo municipal, que conta com a participação dos representantes do governo e até mesmo dos prestadores privados de serviço. Isso significa que, de órgão externo controlador, os conselhos passaram a ser instituições do processo decisório da política de saúde. É por isso que se pode afirmar que os conselhos de saúde institucionalizaram a participação social (MOREIRA, 2009).

A implantação e o aperfeiçoamento dos conselhos de saúde na defesa do SUS ao longo nos anos 1990 também exigiram a utilização do capital político acumulado pela reforma sanitária, na medida em que a criação de um conselho em cada município brasileiro demandou a mobilização de milhares de cidadãos, gestores e trabalhadores de saúde (CARVALHO, 1995). Esse movimento não foi automático e foi conduzido de forma concomitante ao próprio processo de implementação e de descentralização do SUS,

sendo marcado por constantes embates políticos em âmbito nacional.

No plano nacional, em um contexto marcado por reformas de mercado, crises econômicas e restrições ao financiamento da área social, a mobilização da sociedade civil organizada em espaços como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as conferências nacionais de saúde foram fundamentais para a defesa do direito à saúde e para a garantia da implantação do SUS, como ilustram alguns momentos da década de 1990.

Na segunda metade da década de 1990, o papel dos fóruns nacionais de participação foi essencial na construção de um discurso na denúncia dos entraves impostos pela política econômica e pela estratégia de reforma do Estado do governo FHC (Fernando Henrique Cardoso) e no monitoramento das questões consideradas estratégicas para o processo de implantação do SUS. Grande parte do trabalho de mobilização e articulação dos atores e entidades atuantes no CNS foi concentrada em ações para proteger e impulsionar os avanços obtidos com a municipalização no período de 1993-1994 (OUVERNEY, 2015).

Essa forma de atuação abrangeu, por um lado, a criação de comissões temáticas para acompanhar e se posicionar sobre as questões relevantes da implementação do SUS (financiamento e transferências financeiras intergovernamentais, recursos humanos, política de medicamentos, saúde do trabalhador, PSF – Programa Saúde da Família, DST-Aids – Doenças Sexualmente Transmissíveis-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida etc.), buscando regular e direcionar a atuação do Ministério da Saúde e munir os conselhos estaduais e municipais com informações e posicionamentos para que fizessem o mesmo em relação às secretarias estaduais e municipais de saúde.

Além disso, por outro lado, a atuação das entidades da sociedade civil organizada no SUS envolveu a articulação política para influenciar decisões importantes e fazer

oposição a propostas do governo consideradas contrárias às conquistas da Constituição de 1988 e à implantação do SUS, tais como a possibilidade de não convocação do CNS no início do primeiro mandato de FHC, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) que mudava o Art. 196 da CFB (Constituição Federal Brasileira), a Reforma do Estado do Ministro Bresser Pereira, o adiamento da implantação da Norma Operacional Básica – NOB 96, a crise do financiamento do SUS e aprovação da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira) e da EC 29/00, entre outros. Nesse período, a Plenária Nacional de Saúde, no início, e a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, mais à frente, foram espaços essenciais de articulação e mobilização dos conselhos com capilaridade regional e local (FALEIROS, 2006).

Esse contexto de ampliação do papel dos conselhos e demais instâncias de participação social, em virtude das demandas provenientes do processo de implantação do SUS, conduziu à necessidade de que os conselheiros tivessem maior domínio sobre áreas de conhecimento e os diversos temas relacionados com a política de saúde. O desempenho das funções de conselheiro passava, cada vez mais, a exigir níveis mínimos de qualificação para acompanhar e poder influenciar adequadamente o processo decisório da política de saúde nas três esferas de governo.

Já ao final da década de 1990, são observadas iniciativas de qualificação desenvolvidas por centros formadores (departamentos de saúde coletiva, escolas de saúde públicas etc.). O tema assumiu espaço na agenda oficial das instâncias nacionais, uma vez que não só a escala e extensão dos programas, mas também a natureza do processo de qualificação passam a ser alvo dos debates. Reconhecendo a relevância do tema, o CNS ampliou as discussões que já vinham ocorrendo e, em 1999, editou as Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde, definindo um referencial para orientar as iniciativas de

qualificação dos conselheiros em todo o território nacional.

Esse processo adquiriu impulso adicional com a criação da Secretaria de Gestão Participativa, em 2003, e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGETS), no primeiro mandato do Presidente Lula. Essa iniciativa representou uma mudança qualitativa nas políticas voltadas para a democratização da administração pública no setor saúde, uma vez que se passou a ter um espaço exclusivo no âmbito do Ministério da Saúde com orçamento e estrutura gerencial própria voltada para a promoção das políticas de participação e de equidade (BRASIL, 2013). A formação de conselheiros passou, nesse momento, a ser uma das principais iniciativas das novas secretarias, no âmbito da expansão nacional da política de educação continuada no SUS (CECCIM, 2005).

A expansão e transformação em Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) fomentaram a edição da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (PNEPSUS), resultado dos debates realizados no âmbito do CNS e das iniciativas de qualificação desenvolvidas por diversas instituições acadêmicas e centros formadores desde o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde.

Seguindo as Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde, constantes da Resolução CNS nº 354/2005 (BRASIL, 2005), a PNEPSUS definiu como objetivo a construção de estratégias e ações para promover a democratização do Estado, a garantia de direitos sociais e a participação cidadã na política de saúde.

A institucionalização da PNEPSUS deslanchou o aporte governamental a um conjunto amplo de iniciativas de extensão nacional no campo da qualificação dos conselheiros de saúde, ampliando o volume de recursos investidos em programas de

formação e fomentando a emergência de inovações didáticas e institucionais. Nesse contexto, o QualiConselhos – Programa de Apoio à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – foi uma das iniciativas que implementaram a PNEPSUS, constituindo-se em experiência pioneira de qualificação em escala nacional que, até 2016, havia qualificado mais de 8 mil conselheiros de saúde (MAFORT; MOREIRA, 2014).

Elaborado nos anos de 2011 e 2012, o QualiConselhos é fruto de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), o Canal Saúde da Fiocruz, a Rede de Escolas e Centros Formadores do SUS, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, o Fórum Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e o CNS. Sua primeira oferta pedagógica, encerrada em 2013, foi o Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS, implementado em todas as unidades da federação, exceto o Rio Grande do Sul.

Para avaliar os resultados e impactos do Curso Nacional de Ativação e, com isso, produzir subsídios não apenas para seu aperfeiçoamento, mas também para a continuidade do processo de educação permanente, foi realizada uma pesquisa avaliativa com egressos. São os dados de pesquisa que se constituem na base empírica do presente artigo. A seguir, apresentam-se os aspectos metodológicos dessa pesquisa avaliativa.

Metodologia da pesquisa avaliativa

As características dos conselhos e a dinâmica de atuação dos conselheiros foram estudadas a partir de uma pesquisa avaliativa que analisou o perfil de composição e o contexto da atuação dos conselhos, assim como

o domínio de conhecimentos fundamentais sobre a participação social e a prática cotidiana dos conselheiros na relação com os segmentos que representam e no debate de

temas considerados nacionalmente relevantes para o avanço do SUS. O *quadro 1* apresenta as dimensões e respectivas variáveis empregadas no estudo.

Quadro 1. Dimensões e variáveis de análise da pesquisa avaliativa do QualiConselhos

Dimensões de Análise	Variáveis
Perfil do conselheiro	Segmento que representa no conselho Tempo de atuação no conselho (mandatos) Participação em elaboração de plano municipal de saúde Função que exerce no conselho
Contexto de prática	Percepção sobre o nível de influência do conselho na política de saúde Participação do conselho na última conferência municipal de saúde Frequência de discussão do plano municipal de saúde pelo conselho Forma de utilização do plano municipal de saúde pelo conselho
Conhecimento objetivo sobre o plano e a conferência de saúde	Função do plano municipal de saúde Conteúdo do plano municipal de saúde Função da conferência municipal de saúde Papel do conselho em relação ao plano municipal de saúde Avaliação do plano municipal de saúde pelo conselho
Prática do conselho e do conselheiro	Ativação para debate sobre o plano municipal de saúde com seu segmento Ativação para discussão das pautas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) com o segmento que representa Ativação para debate sobre a regionalização (Decreto nº 7.508/11) Ativação para uso do Sistema de Orçamento Público em Saúde (Siops) como instrumento de controle social Ativação para pautar o debate no CMS sobre intersetorialidade Ativação para pautar o debate no CMS sobre a articulação em rede com os demais conselhos

Fonte: Elaboração própria.

A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário elaborado pela coordenação do QualiConselhos, composto por 20 questões fechadas, sendo que 4 permitiam múltiplas respostas, e 16, uma única resposta. O questionário foi transformado em um formulário eletrônico e inserido no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), plataforma on-line empregada para a gestão acadêmica do QualiConselhos, e os(as) conselheiros(as), ao concluírem o curso, foram convidados(as) a responder ao questionário. Desse modo, a técnica de levantamento de informações

trabalhada na pesquisa avaliativa foi a de ‘investigação a distância’. Esta técnica é indicada para pesquisas que, como a aqui apresentada, têm muitos respondentes distribuídos por extensa dimensão territorial, tornando a gestão operacional e os custos financeiros muito elevados quando se emprega técnicas como grupos focais ou entrevistas abertas.

Os dados foram coletados no período de julho a novembro de 2013. Responderam ao questionário 1.859 conselheiros (as), o equivalente a 64,8% do total de concluintes do

curso. O conjunto dos respondentes está distribuído pelas 26 unidades da federação onde o curso foi realizado, abarcando 908 municípios, sendo que a taxa média de retorno por Unidade de Federação foi de 57,3%. Os dados foram automaticamente exportados do AVA para uma planilha em formato Excel e inseridos no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para a geração de tabelações. Os resultados obtidos são apresentados e discutidos a seguir.

Percepções dos egressos do Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS acerca dos conselhos de saúde em que atuam e das contribuições

do QualiConselhos para o seu funcionamento

Conforme apresentado na *tabela 1*, a maioria dos conselheiros respondentes era formada por trabalhadores e usuários (66%), que estavam no primeiro ou segundo mandato (64,5%) e que haviam participado no máximo uma vez de processos de elaboração de um plano municipal de saúde (71,3%).

Esses dados podem indicar um movimento de renovação na composição dos conselhos de saúde. Caso isso seja verificado, pode representar uma ampliação do interesse pela participação social, o que seria extremamente saudável, ao mesmo tempo que amplificaria o desafio da Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Faz-se necessário, portanto, que se invista em estudos sobre a composição dos conselhos a fim de se verificar o real significado desse processo.

Tabela 1. Distribuição dos conselheiros por segmento que representa, número de mandatos, participação na elaboração de Plano Municipal de Saúde (PMS) e função que exerce no Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Segmento que Representa	%	Elaboração de PMS	%
Trabalhadores	35,4	Não havia participado	40,5
Usuários	30,6	Uma vez	30,8
Não era mais conselheiro	15,9	Dois vezes	12,4
Gestores	13,4	Mais de duas vezes	16,3
Prestadores de serviços	4,8		
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0
Número de Mandatos	%	Função que Exerce no CMS	%
Primeiro	39,1	Não tinha função específica	25,3
Segundo	25,4	Participava de comissão	26,4
Terceiro	6,5	Não era mais conselheiro/outros	18,0
Mais de 3 mandatos	9,6	Presidente	11,8
Não respondeu	3,5	Secretário Executivo	8,8
Não era mais conselheiro	15,9	Vice-Presidente	4,4
		Coordena/dirige comissão	5,3
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0

Fonte: Elaboração própria.

A percepção de que o conselho possui capacidade de influenciar as decisões da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é um indicador de consolidação dos conselhos como espaço de participação social e reflete a capacidade de mobilização dos atores setoriais. Em geral, como pode ser visto na *tabela 2*, parte desses novos conselheiros (41,4%) tem a percepção de que o conselho possui influência mediana sobre a política de saúde de seu município, embora seja importante ressaltar que é proporcionalmente maior o contingente dos que atribuem baixa ou nenhuma

influência (24%) do que o grupo que atribui alta influência (17,1%).

Já em relação ao planejamento participativo, a maior parte dos conselheiros apontou que seus conselhos possuem baixa iniciativa formuladora e pouca capacidade de associação com a sociedade civil organizada. Mais da metade (52,4%) apontou que o conselho não participou da organização da conferência municipal de saúde, tendo apenas realizado parceria com a SMS ou elaborando teses. A construção de parcerias com movimentos sociais para a realização da conferência foi citada por somente 17,8%.

Tabela 2. Percepção dos conselheiros sobre a influência do conselho e sua atuação em atividades de formulação e planejamento

Influência do CMS	%	Inclusão do PMS na pauta das reuniões	%
Alta	17,1	Ao menos uma vez	26,3
Baixa	21,4	Duas vezes	12,8
Média	41,4	Mais de duas vezes	27,4
Nenhuma	17,5	Nunca	8,6
Não é mais conselheiro/não respondeu	2,6	Não é mais conselheiro/não soube responder/outro	24,9
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0
Participação CMS na última conferência	%	Utilização do PMS pelo conselho	%
Organizou em parceria c/ SMS	44,3	Orienta a atuação do CMS	8,2
Organizou em parceria c/ SMS e movimentos sociais	12,8	Na fiscalização da SMS	9,3
Elaborou teses/organizou sozinho	3	Articulado com relatórios de gestão	18,3
Organizou em parceria c/ movimentos sociais	5	As três formas anteriores juntas	8,3
Não participou	4,4	Não é levado em conta	15
Não é mais conselheiro/não soube responder/outro	30,5	Não é mais conselheiro/não soube responder/outro	40,9
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Para os respondentes, os conselhos também discutem pouco os processos de elaboração do plano municipal de saúde: quase metade (47,7%) o incluiu menos de duas vezes na pauta de reuniões do primeiro semestre de 2013 (o semestre anterior à realização da pesquisa), sendo que apenas 27,4% dos conselhos o incluíram mais de duas vezes.

Os conselhos, na percepção dos respondentes, possuem razoável capacidade de mobilização para monitorar a execução da política municipal de saúde: 44,1% utilizam o plano municipal de saúde de forma articulada com relatório de gestão, na fiscalização da SMS ou para orientar os conselheiros. Entretanto, um grupo pequeno, mas significativo (15,9%), de conselhos de saúde não leva em conta o plano municipal de saúde.

As contradições existentes na percepção dos conselheiros sobre a razoável capacidade de influência do conselho e seu baixo envolvimento nas atividades de formulação e planejamento podem estar relacionadas com um comportamento de adaptação estratégica à dinâmica da gestão pública setorial, caracterizada pelo formalismo do planejamento cartorial. Dessa forma, a ação do conselho seria mais efetiva se direcionada para a etapa de implementação, buscando influenciar o processo decisório e a dinâmica de alocação de recursos diretamente nas atividades de contratação de serviços profissionais, construção de unidades, compra de materiais etc.

Isso explicaria a ênfase no monitoramento e na fiscalização das atividades do executivo em detrimento dos processos e momentos de discussão do plano municipal de saúde. Assim sendo, esse comportamento adaptativo permite construir uma estratégia de participação que leva o conselho a desenvolver

competências fiscalizadoras e um posicionamento mais reativo e denunciatório, confundindo seu papel, inclusive, com órgãos de controle externo como os tribunais de contas. Em consequência, os conselhos passaram a exercer menos suas prerrogativas de formulação de políticas e de articulação e representação das entidades e atores da sociedade organizada, o que pode levar à redução de seu potencial de mobilização política e de democratização do setor saúde.

A pouca atenção conferida pelos conselhos às atividades de formulação parece não estar relacionada diretamente com o conhecimento básico dos conselheiros em relação aos fundamentos relacionados com o tema. Apesar de trajetória setorial recente e pouca experiência, os respondentes conhecem bem os fundamentos do ciclo de planejamento setorial e de monitoramento da execução da política de saúde. De acordo com a *tabela 3*, a grande maioria (70,9%) respondeu que o objetivo dos planos de saúde é nortear a definição da programação anual das ações e serviços de saúde prestados em seu município, reconhecendo, adequadamente, o papel essencial desse instrumento no sistema de planejamento setorial.

Mais de dois terços dos conselheiros apontaram que o papel do conselho é monitorar a execução do plano pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) (86,4%), utilizando o relatório anual de gestão para avaliar os resultados obtidos ao final de cada exercício financeiro (70,7%). Finalmente, apenas em relação à base de formulação do plano, observou-se um índice menor de conselheiros (57,2%) que apontou a análise de situação de saúde da população como o ponto de partida para se projetar um futuro sistema de saúde mais eficaz e efetivo.

Tabela 3. Domínio dos conselheiros sobre os conceitos e fundamentos relacionados com o Plano Municipal de Saúde

Objetivo do Plano Municipal de Saúde	%	Papel do CMS em relação ao Plano Municipal de Saúde	%
Garante os recursos necessários ao sistema de saúde	10,6	Financiá-lo	0,8
Norteia a programação anual de ações e serviços de saúde	70,9	Regulamentá-lo	4,8
Estabelece regras para a atuação do conselho	3,1	Acompanhá-lo e monitorá-lo	86,4
Apresenta os resultados alcançados	7,5	Executá-lo	3,2
Não soube responder	7,9	Não soube responder	4,8
TOTAL	100	TOTAL	100
Base do Plano Municipal de Saúde	%	Instrumento de Avaliação do Plano Municipal de Saúde	%
Plano Plurianual (PPA)	22,8	Relatório Anual de Gestão	70,7
Atas das reuniões do conselho	4,9	Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	6,4
Análise da situação de saúde	57,2	Plano Plurianual (PPA)	8,1
Lei Orçamentária Anual (LOA)	7,9	Conferência Municipal de Saúde	8,5
Não soube responder	7,2	Não soube responder	6,3
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Essa tendência de bom domínio dos fundamentos relacionados com o ciclo de planejamento setorial pode ser algo mais específico dos conselheiros que haviam acabado de passar por um processo de qualificação ou mesmo se restringir a um conjunto de conhecimentos básicos. A elaboração de um bom plano municipal de saúde requer o domínio de conhecimentos de epidemiologia, demografia, economia, orçamento, entre outros, sendo necessário pesquisas mais aprofundadas e extensas para concluir que a maioria dos conselheiros possui esses fundamentos.

Obviamente que os conselhos podem contratar especialistas e consultorias para aportar esses conhecimentos na etapa de formulação dos planos, porém são conhecidas as limitações operacionais que são impostas aos conselhos pelas secretarias municipais de saúde, em especial as relacionadas com a autonomia orçamentária e financeira. Essas limitações também contribuem para que

os conselhos busquem focar sua atenção na etapa de execução em detrimento do planejamento.

Finalmente, a principal limitação observada nos resultados da pesquisa consiste na ativação dos conselheiros para exercer as atividades de representação no seu segmento e para pautar e discutir concretamente temas relevantes no seu conselho. Os respondentes apresentaram expressiva sensibilização/conscientização para as questões abordadas nas Unidades de Aprendizagem, porém demonstraram ainda dificuldades para produzir ações concretas em sua prática cotidiana do controle social. Aspecto fundamental para que a participação dos conselhos contribua para a democratização, o exercício da representação exige não só identificação conselheiro com as demandas daqueles que representa, mas também a capacidade de pronunciar e decidir sobre temas diversos relacionados com a gestão, com a organização e com o financiamento da política de saúde.

Como pode ser visto na *tabela 4*, a maioria dos respondentes (74,2%) declarou reconhecer como legítima a necessidade de se reunir com sua base de representação para discutir

o plano municipal de saúde no primeiro semestre de 2013, porém apenas um pequeno grupo (13,8%) já havia marcado reuniões com seus representados.

Tabela 4. Ativação dos conselheiros para debater com o segmento que representa e para pautar temas relevantes no CMS

Debate sobre PMS com seu segmento	%	Debate das pautas do CMS com seu segmento	%
Não é mais conselheiro	15,9	Não é mais conselheiro	15,9
Não precisa	0,7	Não precisa	1,2
Não, porque este tema não está na pauta do CMS	5,8	Não, porque ninguém vai a essas reuniões	4,1
Outro	3,4	Outro	3,6
Sim e já marquei a(s) reunião(ões)	13,4	Sim e já marquei a(s) reunião(ões)	19,5
Sim, mas ainda vou marcar as reuniões	30,2	Sim, mas ainda vou marcar as reuniões	31,8
Sim, mas não tenho previsão para as reuniões	30,6	Sim, mas não tenho previsão para as reuniões	23,9
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0
Debate sobre a regionalização (Decreto nº 7.508/11)	%	Uso do Siops como instrumento de controle social	%
Não	24,4	Não é mais conselheiro	15,9
Não é mais conselheiro	15,9	Não sei o que é o Siops	5,8
Não sei responder	7,7	Não, porque é muito difícil utilizar	3,4
Outro	2,4	Não, porque não precisa	1,1
Sim, em duas reuniões	7,3	Outro	3,3
Sim, em mais de duas reuniões	20,1	Sim, já utilizo	28,2
Sim, em uma reunião	22,2	Sim, mas não sei utilizar	42,3
Total	100,0	Total	100,0
Debate no CMS sobre intersectorialidade	%	Debate no CMS sobre a articulação com outros conselhos	%
Não é mais conselheiro	15,9	Não é mais conselheiro	15,9
Não precisa	1,2	Não precisa	4,2
Não, o CMS já tentou e não deu certo	3,2	Não precisa porque o CMS já tem articulação com esses CMS	11,7
Não, porque o CMS já tem articulação	19,8	Não, porque o CMS já tentou essa articulação e não deu certo	4,7
Outro	4,1	Outro	4,2
Sim, e já pautei	13,9	Sim, e já pautei	7,7
Sim, mas ainda vou pautar	41,8	Sim, mas ainda vou pautar	51,6
Total	100,0	Total	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Da mesma forma, o percentual de respondentes que declarou intenção de se reunir, no primeiro semestre de 2013, com a entidade que representa a fim de discutir as pautas do conselho é extremamente expressivo (75,2%). Entretanto, a parcela dos que efetivamente se articulou para produzir debates sobre o Plano Municipal de Saúde (PMS) é bem menor (19,5%).

Esse padrão também pode ser encontrado na disposição dos respondentes em discutir temas de grande relevância que compõem a agenda estratégica do SUS. Na mesma *tabela 4*, nota-se que mais da metade (53,9%) pertence a conselhos que discutiram, no máximo duas vezes, o Decreto nº 7.508/11 entre o ano de sua publicação e a realização da pesquisa. Apenas 20,1% dos respondentes já participaram de mais de duas reuniões em que se discutiu o referido decreto.

Os respondentes também demonstraram dificuldades na utilização de ferramentas gerenciais do SUS, apesar de reconhecerem a relevância destas e manifestarem intenção em delas se apropriar. Pouco mais de 42,0% afirmaram que têm a intenção de utilizar o Sistema de Orçamento Público em Saúde (Siops), porém não dominam os conhecimentos necessários para tal. Em contraposição, apenas 28,2% declararam que já utilizam o Siops.

As dificuldades para fornecer concretude à ação dos conselhos de saúde estendem-se também à articulação intersetorial no âmbito das políticas sociais, conforme se depreende também da *tabela 4*. Uma quantidade expressiva de respondentes (41,8%) afirmou que pretendia pautar nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) a relação com os demais setores das políticas sociais ao longo do segundo semestre de 2013, mas ainda iriam marcar reuniões para tal. Em contraposição, somente 13,9% já haviam marcado reuniões para discutir a articulação com outros setores da seguridade social.

A diferença entre intenção e ação também pode ser observada na articulação com

outros conselhos de saúde. Mais da metade dos respondentes (51,6%) manifestou intenção de debater com seus pares a relação com os conselhos municipais vizinhos no segundo semestre de 2013, porém ainda não tinham feito nenhuma ação concreta nesse sentido. Por outro lado, apenas 7,7% já haviam pautado o tema nas reuniões do CMS.

Considerações finais

Os resultados da pesquisa avaliativa apoiam a reflexão de que processos formativos e de qualificação são estratégias fundamentais para que conselheiros compreendam melhor e aperfeiçoem o exercício de seu papel no processo decisório das políticas de saúde, construindo recursos políticos que os permitam debater com os demais atores políticos em patamares de igualdade institucional.

As perspectivas de que representantes de usuários e trabalhadores da saúde busquem seus representados para discutir pautas e resultados das reuniões em que participam no conselho, bem como a busca por articulação com conselhos de municípios vizinhos, apontam para a possibilidade concreta de desenvolvimento da ação política dos conselheiros, processo vital para o incremento institucional dos conselhos de saúde.

Justamente por isso, os dados também evidenciam que a prática da educação permanente é fundamental para que essas possibilidades sejam efetivadas. A realização de um Curso sempre é importante, mas se este for isolado e não estiver inserido em uma estratégia político-pedagógica que encadeie sua melhoria e continuidade, que compreenda as demandas dos conselheiros e as utilize como elemento formador, dificilmente conseguirá sucesso maior que o pontual.

As respostas dos egressos apontaram que sua percepção sobre o processo político foi estimulada quando participaram de um curso, mas também expuseram que, para que haja uma mudança definitiva de sua prática,

os processos educativos precisam ser realmente permanentes.

Estas respostas autorizam, portanto, a afirmação de que o investimento na Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS é essencial para que os conselhos de saúde se consolidem como instâncias do processo decisório da política de saúde, o que ainda não conseguiram, correndo o risco de terem seus esforços deslegitimados.

Diante disso, a PEC 241/16, que institui limites para a expansão dos investimentos em saúde e educação vinculados à atualização inflacionária dos montantes atuais, representa real ameaça tanto para o funcionamento dos serviços prestados pelo SUS quanto para o desenvolvimento da PNEPSUS.

Ao considerar que os atuais níveis de

investimentos públicos em saúde são insuficientes para construir um sistema universal em uma situação nacional marcada por expressivas desigualdades regionais, o insulamento do processo decisório e a redução dos investimentos podem levar à deslegitimação das políticas e instâncias que as promovem, com expressivos impactos no plano federativo. Da mesma forma, políticas de austeridade tendem a acirrar a recessão econômica, repetindo a experiência europeia recente, levando à intensificação da crise fiscal de estados e municípios. Esses, diante de menor arrecadação, tenderão a reduzir os recursos para o financiamento das políticas de qualificação dos conselheiros e zerar os investimentos em infraestrutura dos conselhos, deslegitimando o papel dos conselhos e conselheiros no âmbito do SUS e a democratização das políticas de saúde. ■

Referências

ALENCAR, H. H. R. Educação Permanente no âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 223-233, maio 2012.

AVRITZER, L. Sociedade Civil e Estado no Brasil: da autonomia à interdependência política. *Opinião Pública*, Campinas, v. 8, n. 2, p. 383-398, nov. 2012.

BOBBIO, N. Democracia Representativa e Democracia Direta. In: BOBBIO, N. *O Futuro da Democracia*. São Paulo: Paz e Terra, 2004, p. 53-76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente para*

o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS N.º 354. *Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEp. *Relatório de Gestão do Exercício de 2012*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação

da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 12 set. 2016.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase Ibm, 1995.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez.2005.

DALLMAYR, F. Para além da democracia fugidia: algumas reflexões modernas e pós-modernas. In: SOUZA, G. (Org.). *Democracia Hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea*. Brasília, DF: UnB, 2001, p.11-38.

SCOREL, S. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2008, p. 323-364.

SCOREL, S.; BLOCK, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, N. T. *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 83-119.

FALEIROS, V. P. et al. *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FALLETI, T. Infiltrando o Estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, v. 15, n. 29, p. 345-368, dez. 2010.

FEDOZZI, L. Democracia participativa, lutas por igualdade iniquidades da participação. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V. C. (Org.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 24-49.

FLEURY, S. A Questão Democrática na Saúde. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 25-44.

MAFORT, A.; MOREIRA, M. R. *Pesquisa Avaliativa do Qualiconselhos: Relatório Nacional*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2014.

MOREIRA, M. R. *Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde*. 2009. 155 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MOREIRA, M. R.; SCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n. 33, p. 795-805, maio/jun. 2009.

OUVERNEY, A. L. M. *Federalismo e Descentralização do SUS: A Formação de um Regime Polarizado de Relações Intergovernamentais na Década de 1990*. 2009. 445 f. Tese (Doutorado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13713/Tese%20de%20Doutorado%20-%20Assis%20Mafort.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

SANTOS, B. S.; AVRITTEZ, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 39-82.

VIEIRA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília, DF: IPEA, 2016.

Recebido para publicação em outubro de 2016
Versão final em outubro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve