



---

GRUPO DE TRABALHO: 4 - Participação pública e democracia: experiências da Europa do Sul e Brasil

---

“Um direito de todos e um dever do Estado”: A participação pública e o controlo social a partir da experiência dos Conselhos de Saúde

---

---

NUNES, João Arriscado  
Agregação em Sociologia e Doutoramento em Sociologia  
Centro de Estudos Sociais  
jan@ces.uc.pt

---

MATIAS, Marisa  
Mestre em Sociologia, Centro de Estudos Sociais  
marisa@ces.uc.pt

---

NEVES, Daniel  
Licenciado em Sociologia, Centro de Estudos Sociais  
danielneves@ces.uc.pt

---

MATOS, Ana Raquel  
Mestre em Sociologia, Centro de estudos Sociais  
amatos@ces.uc.pt

---

### Resumo

Originários de um processo alargado de participação pública associado ao debate constitucional brasileiro na década de 1980, os Conselhos de Saúde emergem como espaços institucionais de participação e deliberação, promovendo a criação de uma responsabilidade colectiva entre os múltiplos actores – estatais e da sociedade civil - intervenientes no Sistema Único de Saúde. Partindo de uma concepção de prestação de contas fundada num “controlo social” da Sociedade Civil sobre o Estado estes conselhos permitem a emergência de construções distintas de Estado e Sociedade Civil, transformando o relacionamento que entre eles se estabelece. A sua arquitectura institucional, que se baseia numa composição paritária entre representantes da sociedade civil (50%) e representantes dos órgãos institucionais e trabalhadores (25% cada) e que se configura como um espaço exemplar no plano dos órgãos de decisão no domínio da saúde pública, permite aos Conselhos de Saúde assumirem-se como experiências que ilustram tanto a riqueza como os dilemas da democracia participativa.

Palavras-chave: democracia; participação; controlo social; saúde pública; cidadania.





## 0. Introdução

Os Conselhos de Saúde, criados no Brasil no âmbito do processo de reforma sanitária e de construção do sistema único de saúde constituem uma das inovações mais interessantes no campo da saúde e do envolvimento dos cidadãos na definição das políticas de saúde. Os Conselhos de Saúde surgem como instituições híbridas que associam mecanismos de democracia directa com os da democracia representativa (van Stralen, 2005).

A sua compreensão enquanto espaços institucionais de participação cidadã será tanto mais abrangente e eficaz se forem tomados em consideração 3 pilares distintos que enformam a sua existência. Um primeiro pilar político que tomou forma com o movimento sanitarista brasileiro, um segundo pilar de conhecimento e de produção de saberes que corresponde à emergência de um novo paradigma no domínio da saúde pública e que dá pelo nome de Saúde Colectiva, e um terceiro pilar institucional ligado à própria criação do Sistema Único de Saúde brasileiro ao qual se encontram vinculados.

## 1. O Movimento Sanitarista Brasileiro

O movimento sanitarista brasileiro nasceu na década de 70 do século XX no interior das Universidades Brasileiras, mais precisamente nos recém-criados Departamentos de Medicina Preventiva, num contexto político de crescente oposição ao regime autoritário. O movimento faz coincidir com o projecto sanitarista de melhoria das condições de saúde da população brasileira um projecto político de democratização do Estado e uma nova concepção de saúde que está na base da emergência de um novo paradigma de saúde pública. Nele é produzida uma crítica ao regime autoritário e, em concreto, à sua actuação no campo da saúde, colocando em causa a centralização das decisões nas mãos de técnicos, burocratas e políticos, vulneráveis às pressões e interesses dos sectores privados. Os efeitos perversos das políticas de saúde então existentes são realçados, como a excessiva dependência em relação aos actores privados e a endémica exclusão da maioria da população ao acesso aos cuidados primários de saúde. A frase “Saúde é Democracia” é reveladora da percepção pelos sanitaristas de que não seria possível uma efectiva melhoria das condições de acesso à saúde pela maioria da população brasileira, sem um decisivo passo para a conquista da democracia (Arouca, 1986).

O movimento Sanitarista tem o seu apogeu em 1986 com a VIII Conferencia Nacional de Saúde, onde as suas propostas são transformadas num programa que virá a ser inscrito na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas de criação do Sistema Único de Saúde. A definição de saúde que encontramos no relatório final da Conferencia é decisiva para a compreensão do movimento da reforma sanitária e corresponde a uma ampliação do conceito de saúde que propõe uma ruptura com a dominação do paradigma biomédico:

- 1) Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- 2) A saúde não é um conceito abstracto. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- 3) Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, protecção e recuperação de saúde, em todos



os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

4) Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. (Arouca, 1986)

## 2. Saúde Colectiva

Naquele que será designado de paradigma da Saúde Colectiva, o estudo dos processos de saúde-doença passa a dar enfoque não aos indivíduos ou ao seu simples somatório, mas ao colectivo social, com as suas classes sociais e as suas dinâmicas relacionais, à distribuição social da doença e da saúde. Nele, os problemas de produção de saúde e doença verificados numa população são indissociáveis das condições sociais, económicas e políticas em que esta vive. O trabalho de identificação e caracterização destas determinantes sociais no centro da reflexão do projecto sanitariaista conduz à necessária articulação de múltiplos saberes disciplinares como a sociologia, a antropologia, a economia, etc.

Por outro lado, a materialização do direito à saúde não é dada por adquirida pela via da sua inscrição na constituição e pela sua formulação legal, surgindo, antes, como uma construção permanente através do exercício da democracia, e que é responsabilidade do Estado, enfatizando a participação da sociedade civil, através das suas múltiplas entidades representativas, na formulação da política, no planeamento, gestão, execução e avaliação das acções na saúde.

O projecto sanitariaista de construção de um novo modelo para a saúde pública brasileira é concebido como um processo mais vasto de mobilização da sociedade civil, dos académicos, dos profissionais de saúde dos sectores privados, dos funcionários públicos numa discussão, que se procurou o mais abrangente e inclusiva possível. Esta intenção de incluir as experiências, saberes e práticas vindas da sociedade civil na construção democrática de um novo modelo de saúde foi realçada por uma das figuras emblemática do movimento sanitariaista, Sérgio Arouca, no seu discurso de abertura da VIII Conferência:

Porque o problema aqui não é o de buscar um modelo de saúde que seja adequado à nossa cultura de brasileiros, tirado do bolso de uma hora para a outra, mas sim o de se buscar um sistema de saúde cuja experiência tenha sido gerada nas vivências do trabalho comunitário de bairros, nas práticas dos sindicatos, da Igreja, das secretarias de saúde, estaduais e municipais, que tanta coisa têm enfrentado no sentido de transformar esse sistema, baseados no conhecimento, inclusive, de pessoas que, por assumirem mais a convivência com esse sistema perverso, foram para algum lugar do país e começaram alguma experiência concreta, na tentativa de modificá-lo. (Arouca, 39: 1986)

Está aqui em causa uma proposta mais ampla de redefinição do sistema público de acesso à saúde enquanto projecto colectivo e democrático que, obrigatoriamente, ocorrerá através da inclusão em primeiro lugar, das múltiplas entidades oriundas da sociedade civil no debate em torno do sistema de saúde e, em segundo, dos múltiplos saberes e práticas que dela emanam para os espaços até então restritos da medicina e da saúde (Nunes et al., 2007).



### 3. O Sistema Único de Saúde

A constituição brasileira de 1988 sancionaria as directrizes do movimento sanitaria cristalizados pela VIII Conferência ao estabelecer a saúde como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, e a participação da sociedade civil no planeamento e gestão, como as directrizes centrais que mais tarde seriam fundadoras do SUS.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e económicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Brasileira, artigo 196)

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes directrizes:

I – descentralização, com direcção única em cada esfera do governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as actividades preventivas, sem prejuízo de serviços assistenciais;

III – participação da comunidade. (Constituição Brasileira, artigo 198)

O Sistema Único de Saúde foi posteriormente regulamentado pela **Lei Nº 8.080 (1990)**. No seu artigo 36 é declarado que o processo de planeamento e orçamentação do SUS será no sentido ascendente, do nível local para o federal, através da auscultação de órgãos deliberativos especificamente criados para essa função. A saúde emerge como uma questão de cidadania e a participação política dos cidadãos na definição das políticas de saúde e no controlo da sua implementação como condição para a sua concretização (Guizardi e Pinheiro, 2006).

### 4. Os Conselhos Municipais de Saúde

Os Conselhos de Saúde foram posteriormente criados, juntamente com as Conferências de Saúde, através da **Lei Nº 8.142 (1990)**. Esta lei trata “da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” e cria, em cada esfera de governo, e sem prejuízo das funções do poder legislativo, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

A representação dos usuários tanto nos Conselhos como nas Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Deste modo, a sua arquitectura institucional caracteriza-se por uma composição paritária entre representantes dos usuários (50%) e representantes dos órgãos institucionais e trabalhadores (25% cada). O Conselho Municipal de saúde é composto por 36 membros, dos quais 18 são representantes dos usuários, 9 representantes dos trabalhadores de saúde do SUS de Belo Horizonte e 9 representantes dos prestadores de serviços públicos e privados em saúde. A distribuição dos lugares de representação dos usuários no seu interior surge organizada em duas lógicas de inclusão distintas, uma primeira territorial e ligada à organização espacial do próprio SUS no território do Município de Belo Horizonte, e uma outra ligada a grupos de risco e a associações de usuários do SUS como, por exemplo, associações de pensionistas, mulheres e portadores de doenças crónicas.

Ainda segundo a **Lei Nº 8.142**, os Conselhos de Saúde são de carácter permanente e, por definição, a instância deliberativa do sistema de saúde nos seus três níveis de governo – federal, estadual e municipal. Actuarão na formulação de estratégias e no controlo da execução da política de saúde na sua instância correspondente, inclusivamente nos seus aspectos económicos e financeiros. As suas decisões serão homologadas pelo chefe do poder constituído na respectiva esfera de poder. Deste modo, os Conselhos de



Saúde não governam directamente, mas são responsáveis pelo estabelecimento dos parâmetros de interesse público que influirão o governo e pelo controlo e fiscalização das acções políticas de governação (Bravo e Matos, 2007). A importância dos Conselhos Municipais de Saúde no SUS está patente no facto de ser por intermédio destes que os municípios são dotados dos recursos federais e estaduais destinados à saúde.

A criação continuada de um sistema público de saúde universal e descentralizado capaz de criar condições de implementação de políticas mais democráticas, igualitárias, transparentes e capazes de promover um esbatimento das desigualdades locais, regionais e estaduais no acesso da população à saúde, surge vinculado à institucionalização destes espaços dialógicos em todos os níveis e etapas de implementação das políticas de saúde de modo a possibilitar uma profícua participação da sociedade civil. Estes espaços funcionariam como mecanismos democráticos de inclusão que dariam voz às reivindicações da sociedade civil nos seus vários segmentos, e, como tal, constituindo-se enquanto plataformas de responsabilização colectiva de todos os implicados na saúde, transformando-os numa voz activa e influente e constituindo-os enquanto actores políticos com capacidade de intervenção real na definição e implementação das políticas públicas de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no seu conjunto, é constituído por uma multiplicidade de órgãos com atribuições e níveis de actuação distintos. É constituído, num primeiro plano mais restrito, pelo Plenário (a instância deliberativa), a Mesa Directora (composta por dois usuários, um trabalhador e um representante dos prestadores de serviços), a Secretaria Executiva (com competências de assessoria administrativa), a várias Câmaras Técnicas (com competências de assessoria em relação a várias áreas temáticas). E depois, num plano mais alargado e informal (dependendo da organização dos vários segmentos da sociedade civil), pelo conjunto das Plenárias – sendo as que mais se destacam as Plenárias de usuários e de trabalhadores –, dos vários Conselhos Distritais de Saúde e das Comissões Locais de Saúde instaladas em cada unidade médica hospitalar.

## 5. Controlo Social, Estado e Sociedade Civil

Desponta a ideia de um controle do Estado e da burocracia estatal em saúde por parte da Sociedade Civil que implica uma transformação tanto do modo como se relacionam como também na forma como mutuamente se concebem. Emerge a percepção de um “controlo social” que seria exercido pela Sociedade Civil através da sua participação na definição, problematização e avaliação das políticas públicas de saúde promovidas pelo Estado.

[O *controlo social*] foi uma conquista da sociedade civil brasileira, devendo ser entendido como um instrumento de democracia. Tem como pressupostos básicos o desenvolvimento da cidadania, a construção de espaços democráticos, beneficiar o conjunto da sociedade e ter actuação permanente.

Democratizar o Estado implica reconhecer que na nossa sociedade existem interesses diferentes e contraditórios. Este reconhecimento materializa-se na constituição de canais e/ou mecanismos/instrumentos que facilitam a expressão dessas múltiplas demandas e em espaços para a negociação de alternativas de acção e soluções que as levem em consideração. (ConSaúde, nº1: 7)

O controlo social, nesta perspectiva Sociedade Civil-Estado, é uma inversão do normal sentido de controlo social, comumente teorizado no sentido Estado-Sociedade Civil, podendo, assim, ser entendido como um processo que assume a sociedade como protagonista, o Estado e a sua acção como o seu foco de atenção e a promoção da democracia como seu objectivo. A Sociedade Civil é formulada como composta por uma heterogeneidade de entidades equacionadas enquanto grupos de interesse e movimentos sociais organizados que se movimentam no campo da saúde. Esta formulação da saúde pública enquanto projecto colectivo conduz a uma complexificação do que é entendido como saúde, pois torna visível uma multiplicidade de interesses, saberes e práticas que emergem da Sociedade Civil na forma de grupos e



movimentos organizados, sejam movimentos de doentes, movimentos de pensionistas, sindicatos laborais na área da saúde, organizações empresariais, etc., e que entre si desenvolvem uma densa malha de relações ora de tensão, ora de conflito, de cooperação ou solidariedade que urge analisar.

A designação de controlo social reclama, em primeiro lugar, o reconhecimento da existência de diferentes e conflituais interesses na sociedade; em segundo lugar, de “canais” e espaços que possibilitem que a expressão e a confrontação desses interesses sejam criados; e, em terceiro lugar, que esses diferentes interesses se engajem num exercício de negociação ou composição de soluções adequadas aos problemas trazidos para o debate público.

Apesar de o Estado (e as suas acções) ser visado como objecto de controlo, a criação de espaços públicos que possibilitem à sociedade civil, diversa e conflitual, encontrar um espaço de expressão, conflito e negociação, coloca-a (e aos que a protagonizam) no centro de um processo onde as acções públicas deixam de ser da exclusiva responsabilidade do Estado, passando a derivar de configurações de actores que assumem como objectivo central a promoção da democracia.

Enquanto concepções mais convencionais assumem uma bem delineada distinção entre instituições públicas sujeitas a *accountability* e os sujeitos a quem eles devem prestar contas, a noção de controlo social obriga a que os cidadãos sejam simultaneamente fiscalizados e fiscalizadores. Resumidamente, o controlo social redistribui a responsabilidade de acção do Estado por novas configurações de Estado e de sociedade civil, a todos os níveis, ou seja, desde a deliberação até à avaliação dessas acções. Como tal, parece existirem indícios que apontam para a constituição, através dos Conselhos de Saúde e da concepção de controlo social enquanto mecanismo de *accountability*, de uma nova constelação de governação nos domínios da saúde pública com a articulação de actores formais e dos múltiplos actores oriundos da sociedade civil. Por outro lado, surgem como espaços de construção continuada de cidadania onde a participação e o controlo social por eles operado desempenham um papel central. Neste sentido, os Conselhos de Saúde e o exercício de controlo social que desempenham enquanto mecanismos participativos de *accountability* acabam por enformar uma cidadania vinculada ao domínio da saúde pública.

## 6. Os Conselhos de Saúde: um modelo eficaz?

Os pressupostos de democratização e transparência que criam os Conselho de Saúde enquanto espaços de inclusão, confronto e diálogo entre as múltiplas vozes e interesses presentes no domínio da saúde pública, levanta a questão de se saber até que ponto é efectiva a devolução e transição de poder administrativo e político para os usuários, ou se, pelo contrário, se mantêm o controlo dos burocratas e dos técnicos sobre a definição das políticas de saúde. Está em causa compreender até que ponto se reproduz o domínio do saber técnico-administrativo no espaço do Conselho e no desempenho das suas funções deliberativas. Tal representaria uma reprodução do modelo de “dupla delegação” (Callon et al., 2001) e, como tal, uma reprodução dos processos de delegação política e cognitiva que caracterizam os mecanismos formais da democracia representativa. O princípio de “dupla delegação” traduz-se numa separação entre leigos e especialistas e entre representação e participação

A eficácia do Conselho enquanto mecanismo *accountability* e de controlo social deve ser colocada nos seguintes moldes: em que medida o Conselho tem servido como mecanismo de mitigação das desigualdades no acesso à saúde pelos segmentos mais desfavorecidos da população? Se, como vimos, os Conselhos de Saúde visam promover um novo relacionamento entre Estado e Sociedade Civil na gestão das políticas de saúde através de canais institucionais de participação (Silva et al., 2007), a questão sobre a sua eficácia recai fundamentalmente em saber em que medida se constroem enquanto espaços políticos de inclusão e, como tal, se dão voz aos problemas que afectam os segmentos mais desfavorecidos da população e se funcionam ou não como mecanismo institucional pautado por uma actuação política no





sentido da adopção de soluções construídas com a sua participação e no encontro das suas reais necessidades.

Neste sentido, a construção dos Conselhos de Saúde enquanto espaços de democratização da gestão da saúde só ocorrerá se o seu funcionamento quotidiano se traduzir em práticas democráticas de participação e de diálogo que permitam uma construção da saúde como dimensão de cidadania e projecto colectivo que vise o bem-estar da sociedade civil no seu conjunto.

(...) esse controle deve visar o benefício do conjunto da sociedade e deve ser permanente. Por isso, quanto mais segmentos da sociedade se mobilizarem e se organizarem, maior será a pressão e o resultado para que seja efectivado o controle democrático. Isso significa para nós que não basta ter o controle... ter o conselho organizado de acordo com a legislação, as pedras não se movem sozinhas. Não basta ter a legislação. Mas é uma disputa permanente com vários sectores da sociedade, a busca por informação, ela para nós é a condição "sine qua non" para exercermos ali na prática o controle, mesmo porque o sistema para nós ele é um processo, ele não está acabado. (Membro do Conselho Municipal de Belo Horizonte, 191-198)

A análise do exercício quotidiano de controlo social pelos Conselhos de Saúde não dispensa a sua análise enquanto mobilizador e produtor de conhecimento. Como assumido pelos conselheiros, o acesso à informação é condição para o exercício de controlo social e revela a sua importância para a plena concretização do exercício de controlo social em que se fundam. O acesso à informação é essencial para uma participação de qualidade e, deste modo, para a solidificação de práticas democráticas de participação e de controlo social que garantam o acesso a cuidados de saúde como um direito de cidadania.

No mítico texto de Sherry R. Arnstein, *Ladder of Citizen Participation* (1969), a participação cidadã surge como expressão do poder cidadão num processo de redistribuição de poder que possibilita a inclusão dos historicamente excluídos nos processos políticos e económicos de deliberação. É a sua real capacidade de influenciar estes processos de decisão e, deste modo, de influenciar os resultados que induzem que surge aqui equacionada. A problematização dessa participação é feita por Arnstein através da análise da efectiva redistribuição de poder que surge implícita nestes processos participativos. Nesta problematização é definido pela autora um conjunto de degraus de participação que vão deste o pleno controlo cidadão até à manipulação. Aspectos como a capacidade de influenciar a distribuição de informação, a formulação de estratégias e programas de acção, a distribuição de recursos financeiros, e a capacidade de deliberar sobre a realização de contratos e convénios com privados e a sua consequente fiscalização, são fulcrais para medir a qualidade da sua participação. Como tivemos a oportunidade de observar, o acesso a informação é defendida pelos conselheiros como condição fundamental para o exercício do controlo social. É o acesso à informação relativa às políticas de saúde, e a real capacidade dos conselheiros para a sua utilização como recurso de conhecimento que possibilite um efectivo controlo sobre a definição das políticas de saúde .

A qualidade da participação é medida em função da real capacitação dos cidadãos para desempenharem um efectivo exercício de controlo social e, deste modo, para influírem efectivamente na definição das estratégias e programas políticos e, conseqüentemente, para participarem da distribuição dos benefícios que deles advém. No caso concreto do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte e tendo em conta que as tomadas de posição do conselho são de carácter deliberativo e obrigatoriamente homologadas pelo Prefeito, está implicado um determinado nível de implementação e interferência na definição das políticas públicas de saúde:

**MM** – Todas as decisões do Conselho têm carácter deliberativo, não é?

**Membro 1** – Sim, todas.

**MM** – E tem sido um actor importante para a redefinição das políticas publicas na área da saúde?

**Membro 1** – Sim. Não só na redefinição mas também na fiscalização, nos recursos financeiros e em tudo.





**MM** – E em termos de aplicação das vossas propostas?

**Membro 1** – Também tem havido sucesso. Define-se a política e nós cobramos. E como cobramos sistematicamente vai dando resultado. Mas nós dizemos: “definiu-se isso e isso não está acontecendo!” (...). (MM1, 178-192)

Deste modo, o poder deliberativo e fiscalizador investido no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte exerce uma real interferência na definição e redefinição das políticas municipais de saúde. É ainda visível que, para além do poder deliberativo, o conselho municipal de Belo Horizonte exerce pressão junto das instâncias governativas formais no sentido de uma efectiva implementação das decisões tomadas em Plenário. A não disposição de mecanismos formais de controlo revela um baixo grau de formalização das suas atribuições de controlo social, de prestação de contas e de fiscalização sobre as políticas públicas de saúde. É visível uma política de actuação que reforça o exercício de fiscalização e de controlo social através do recurso aos tradicionais órgãos institucionais de prestação de contas do aparelho estatal nas suas esferas federal e estadual e municipal. Este procedimento transporta as necessidades e os problemas construídos numa perspectiva bottom-up que emergem no espaço dos Conselhos para as instâncias formais do Estado. Deste modo, existe um movimento que promove a inclusão de novos actores políticos, dos seus interesses e das suas contestações políticas em esferas deliberativas do Estado das quais se encontram tradicionalmente excluídos.

Recorrendo à tipologia dos degraus de participação de Arnstein (a saber: Manipulação, Terapia, Informação, Consulta, Pacificação, Parceria, Delegação de Poderes e Controlo dos Cidadão) a acção do Conselho apesar de aspirar a um pleno *Controlo dos Cidadão* das políticas públicas de saúde, a análise da sua eficácia enquanto mecanismo dialogista de prestação de contas revela um nível mais próximo do degrau da *Delegação de Poderes*. O poderes atribuídos ao Conselho e o facto de ser necessário o seu aval para a aprovação dos Plano Municipal de Saúde e para a aprovação das contas do Fundo Municipal de Saúde dá-lhes uma mais valia negocial com os gestores públicos e privados da saúde que garante aos usuários algum poder no processo de tomada de decisões no que respeita à definição das políticas de saúde.

O grande lance do controlo social é esse: os orçamentos de saúde são normalmente os maiores, porque é tudo muito, e o grande papel é o de vigiar para que esse dinheiro seja utilizado para cumprir os objectivos definidos. Muitas vezes os fundos são desviados para outras coisas se nós não estivermos vigiando. Por exemplo, tirando dinheiro daqui para construir uma ponte. [...]. Nós não podemos aceitar mais isso. Nós até temos uma boa lei de saúde pública. Agora, fazer leis e não ter pessoas da sociedade que de forma autónoma façam com que sejam cumpridas... Eu te diria, enfim, que nós hoje no Brasil temos um projecto cidadão porque prevê que a sociedade possa intervir. A nossa utopia é que a sociedade possa compreender que tem um instrumento poderoso na mão e que exerça isso. Isso não é fácil para o Secretário de Saúde. Nós temos o poder de convocá-lo e, no caso de ele não cumprir, vamos para o Ministério Público e ele é responsabilizado. Esse é um papel que eu acho altamente rico mas também choca. Você imagina o que é alguém que fez curso superior ou mestrado ter de ouvir de alguém que não ter curso superior dizer: “olhe dr. você fez coisas com as quais não concordamos”. Isso ainda é muito difícil, fruto da constituição do nosso Estado e da nossa organização política. Mas um dos grandes avanços que nós tivemos nos últimos tempos foi a criação destes instrumentos, desse sistema. [...]. Isso é um tripé de construção que envolve basicamente os trabalhadores, os usuários e os gestores. (Membro do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 395-407)

Deste modo conseguem assegurar cartas importantes que garantam o seu papel de mecanismo de prestação de contas e controlo social sobre a burocracia estatal e a sua acção no campo da saúde a nível municipal. Não possuem, como é óbvio, um total controlo das políticas públicas de saúde, como não deixa de ser visível nas tensões entre gestores e usuários e do confronto entre as suas distintas lógicas de compreender o SUS e a Saúde, o que obriga muitas vezes a assumirem uma postura negocial no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.



No entanto, podemos considerar que os Conselhos de Saúde possuem um já elevado nível de eficácia enquanto mecanismo participativo de accountability que promove o acesso à saúde pelos segmentos mais desfavorecidos da população. A construção de unidades de saúde em zonas mais desfavorecidas, a luta permanente pela criação de condições de atendimento e de acesso a cuidados públicos de saúde e a medicamentos que cheguem a toda a população, em especial aos mais desfavorecidos, tem produzido os seus frutos apesar das dificuldades reconhecidas.

Apesar das dificuldades encontradas na constituição e funcionamento dos Conselhos de Saúde, especialmente em pequenos municípios, eles têm-se revelado como um recurso central para garantir a realização do preceito constitucional da saúde como direito de todos e obrigação do Estado. Em termos gerais, tem sido reconhecido que a participação da sociedade civil através dos Conselhos Municipais de Saúde nas políticas públicas de saúde tem contribuído para uma melhoria efectiva da qualidade dos serviços públicos locais, havendo um efeito de redistribuição dos benefícios por gerados por tais políticas e uma redução dos desiguais níveis de acesso à saúde. A capacidade de organização, fundamentalmente a nível local, da sociedade civil – na figura de associações e movimentos sociais – desempenha um papel fulcral para o eficaz funcionamento dos conselhos de políticas para a sua consolidação no sentido da redistribuição de benefícios e para a mitigação das desigualdades.

Daqui ressalta que, apesar deste esforço de dar voz aos distintos grupos da sociedade civil, a concepção da sociedade civil que aqui emerge como sendo constituída por uma heterogeneidade de entidades organizadas, juntamente com os mecanismos de representatividade criados pelos Conselhos de Saúde parecem conduzir à exclusão de todo um conjunto de grupos sem capacidade de organização – e dos quais destacamos populações mais vulneráveis dentro das favelas e as populações indígenas. A capacidade de organização e de reivindicação surge como essencial para o seu reconhecimento enquanto actores políticos e, deste modo, para a sua inclusão no espaço de participação dos Conselhos de Saúde. Este é aliás um dos mais sérios desafios à ampliação da democracia sanitária no Brasil e à defesa da máxima “A saúde é direito de todos e dever do Estado” embutida no projecto de construção do SUS.

## 7. Referências Bibliográficas:

- ARNSTEIN, Sherry R. (1969) “A ladder of Citizen Participation” in *JAIP*, Vol. 35, pp 216-224)
- AROUCA, Sérgio (1986), “Democracia é saúde”, in *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 35-42.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro (2007), “A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal”, in Maria Inês Souza Bravo e Potyara A. Pereira (org.), *Política Social e Democracia*. Rio de Janeiro: Cortez.
- CALLON, Michel; LASCOUMES, Pierre; BARTHE, Yannick (2001), *Agir dans un monde incertain: essai sur la démocratie technique*. Paris: Seuil.
- GUIZARDI, Francini L.; PINHEIRO, Roseni (2006), “Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde”, *Ciência & Saúde Colectiva*, 11 (3), 797-805.
- NUNES, João Arriscado; MATIAS, Marisa; MATOS, Ana Raquel; NEVES, Daniel (2008), *New Accountability Systems: experimental initiatives and inequalities in public policy and health policy domains capacity building*. Relatório de Investigação. Coimbra: CES.
- SILVA, Alessandra Ximenes; CRUZ, Eliane Aparecida Cruz; MELO, Verbena (2007), “A importância estratégica da informação em saúde”, *Ciência & Saúde Colectiva*, 12 (3), 683-688.
- VAN STRALEN, Cornelis (2005), “Gestão participativa de políticas públicas: O caso dos Conselhos de Saúde”, *Psicologia Política*, Vol. 5 (10), 313-344.