



# DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE: REFLEXÕES E DESAFIOS

DEMOCRACY, PARTICIPATION AND DELIBERATION IN THE HEALTH COUNCILS:  
REFLECTIONS AND CHALLENGES

**José Patrício Bispo Júnior\***  
**Maricélia Braga Rocha\*\***

\* Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar de Saúde/Campus Anísio Teixeira (IMS/CAT). Professor Permanente do Mestrado em Saúde Coletiva do IMS-UFBA. Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2005). Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (2003). Pesquisador na área de participação social em saúde com vários artigos publicados sobre a temática em importantes periódicos nacionais.

\*\* Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família em Vitória da Conquista, Bahia. Mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. Especialista em Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz. Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em PSF pelo Centro de Educação Superior de Guanambi – CESG/ Unigrad (2014). Especialista em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário Internacional – Uninter.

# DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

## RESUMO

Os conselhos de saúde são mecanismos institucionalizados da participação social no âmbito do Sistema Único de Saúde. Este ensaio tem o objetivo de discutir as ferramentas de participação sociopolítica no âmbito do setor saúde. O texto está estruturado em quatro partes. Na primeira seção são apresentadas as novas conformações da relação entre Estado e sociedade, em que se discute a ampliação da democracia por meio das instâncias de participação social e dos conselhos de políticas. No subtópico seguinte são discutidos os sentidos atribuídos à deliberação e as peculiaridades do processo deliberativo dos conselhos de saúde no Brasil. Na terceira parte são analisadas as relações de poder no âmbito dos conselhos. A última seção contempla o levantamento da produção nacional sobre os conselhos, com discussão das principais dimensões e desafios para a efetividade participativa.

Palavras-chave: conselhos de saúde; participação social; democracia; deliberação.

## ABSTRACT

The health councils are institutionalized mechanisms of social participation in the Unified Health System. This study aims to discuss the mechanisms of sociopolitical participation in the health sector. We have structured the text in four parts. In the first section, we presented the new conformations of the relationship between State and society, which discusses the expansion of democracy through instances of social participation and policy councils. The second part discusses the meanings attributed to the deliberation and peculiarities of the deliberative process of health councils in Brazil. In the third part, we analyzed the power relations in the space of the council. The last one contemplates the analysis of the national production on the councils, with discussion of the main dimensions and challenges for participatory effectiveness.

**Keywords:** health councils; social participation; democracy; deliberation.

## Introdução

Este ensaio tem o objetivo de discutir os mecanismos de participação sociopolítica no âmbito do setor da saúde. Para tal, adotou-se como objeto de análise os conselhos de saúde, principal mecanismo institucional de envolvimento comunitário na área da saúde.

No que tange ao arcabouço legal, a Constituição de 1988 instituiu no artigo 198 a participação da comunidade como diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil 1988). Em 1990, são publicadas as Leis Orgânicas da Saúde, Leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990 (Brasil 1990a, 1990b), que institucionalizam e regulamentam a participação popular e o controle social na gestão do SUS, tendo como instâncias legalmente instituídas as conferências e os conselhos de saúde.

As conferências de saúde são eventos realizados minimamente a cada quatro e têm a função de avaliar o estado de saúde da população e propor diretrizes para a execução das políticas de saúde (Brasil 1990a). As conferências nacionais de saúde pressupõem em sua estrutura a realização de reuniões estaduais e municipais. Assim, são consideradas grandes eventos cívicos de envolvimento e mobilização da sociedade civil, governos e grupos de interesse para discussão dos principais problemas e desafios do SUS. Esta conformação mobilizadora ocorreu a partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1988, que lastreou os rumos a para participação social no âmbito da saúde (Gadelha 2015).

Por sua vez, os conselhos de saúde são de caráter permanente e sua função é atuar na definição das políticas públicas desse campo e no acompanhamento da gestão, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Conforme definições legais, os conselhos de saúde devem ser instituídos em todas as esferas de governo e são partes integrantes da estrutura organizacional do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde dos estados e dos municípios (Brasil 2012). A partir da década de 1990, houve grande expansão na

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

implantação desses em todo o país por conta de repasses de recursos do governo federal para a instalação e o funcionamento dos conselhos nos estados e municípios (Roli, Cruz & Sampaio 2013).

Duas características se destacam no que concerne à estrutura organizacional e às atribuições dos conselhos. São, respectivamente, a composição paritária e o caráter deliberativo. Por composição paritária entende-se que metade dos membros deve se constituir por representantes de entidades dos usuários do sistema. A outra metade é composta por 25% de trabalhadores da saúde e 25% de representantes dos governos e prestadores de serviços do SUS. O caráter deliberativo está relacionado à discussão e aprovação das políticas públicas de saúde a serem instituídas na esfera correspondente. A resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde estabelece inclusive que as decisões do conselho devem ser homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de trinta dias (Brasil 2012).

A função deliberativa relaciona-se ao compartilhamento de poder e à inclusão de novos sujeitos sociais no processo de definição das políticas. Esse formato representa uma inflexão no modelo tradicionalmente centralizado na figura do dirigente da saúde, a quem cabia decidir, quase que exclusivamente, sobre os rumos das ações e dos serviços a serem desenvolvidos e executados. Com isso, é possível vislumbrar o alargamento participativo proporcionado pelos conselhos ao inserirem à cena decisória milhares de atores sociais, que passaram a ser partícipes do processo de deliberação sobre as políticas de saúde (Bispo Júnior 2015).

Dessa forma, a população conquista um importante espaço para influenciar e definir os rumos das políticas de saúde e acompanhar e fiscalizar as ações desenvolvidas nesse campo. A atuação da sociedade, a partir dos conselhos, possibilita a construção de um plano de gestão coletiva, confere maior transparência nas alocações e execução de recursos e favorece o

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

acompanhamento da atuação dos políticos e dos técnicos da administração pública (Gerschman 2004a).

Os conselhos de saúde congregam atualmente milhares de cidadãos que, investidos no papel de representantes de segmentos sociais, discutem com gestores e profissionais os rumos mais adequados para o SUS e para a saúde da coletividade. Assim, constituem-se em uma densa constelação de espaços de participação, interlocução e aprendizado de valores democráticos e cidadania.

Uma nova modalidade de relacionamento da sociedade com o Estado é instituída a partir dos conselhos. Esses fóruns possibilitam a aproximação e inserção da sociedade civil nos núcleos decisórios, constituindo-se em instrumento de democratização do Estado. Os conselhos são, ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país e pressupostos para a consolidação dessa democracia (Martins *et al.* 2008; Gerschman 2004b).

Assim, tais instituições representam importante inovação democrática na organização do setor e impulsionam a democratização do poder político na área da saúde (Gerschman 2004a). No entanto, vários autores sinalizam que a simples existência de um mecanismo institucional de participação, como seu aparato legal, não garante necessariamente a efetiva participação social nos processos decisórios da gestão em saúde (Landerdhal *et al.* 2010; Vieira; Calvo 2011; Rolim; Cruz; Sampaio 2013; Kleba; Zampirom; Comerlatto 2015).

A existência de representação dos usuários, assegurada como requisito jurídico da paridade, não significa uma correspondência direta com a capacidade de intervenção da sociedade na definição das políticas de saúde (Guizardi; Pinheiro 2006). Diante desse contexto, neste artigo são discutidos: as novas conformações da relação entre Estado e sociedade; as peculiaridades do processo deliberativo; as relações de poder no âmbito dos conselhos; e as principais dimensões e os desafios fundamentais da efetividade da participação institucional no SUS.

# DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

 10.17771/PUCRio.DDCIS.38920

Conforme destacam Santos & Avritzer (2005), o modelo hegemônico de democracia do mundo ocidental, denominado democracia liberal representativa, apesar de globalmente triunfante, se caracteriza por uma democracia de baixa intensidade, baseada na privatização do bem público por elites mais ou menos restritas, numa distância crescente entre representantes e representados e numa inclusão política abstrata, fundamentada na exclusão social. Nesse sentido, a democracia participativa é apresentada como modelo reestruturante para os regimes democráticos, sendo percebida como o caminho mais adequado para a reinvenção da emancipação social.

De acordo com Schumpeter (1984), a democracia é um método político e deve ser compreendida como um arranjo institucional para se alcançar decisões políticas. Nesse sentido, a democracia é entendida como atividade-meio, utilizada como instrumento para atingir um propósito bastante específico relacionado ao processo decisório. O modelo clássico de democracia liberal de matriz schumpeteriana implicou uma restrição das formas de participação soberana restritas a um consenso em torno de procedimentos eleitorais para formação de maiorias. Dessa forma, a democracia é entendida como procedimento e como forma. Essa corrente defende uma concepção minimalista dos princípios gerais e regulamentos que tornem o convívio possível.

Habermans (2002), ao discutir os modelos normativos de democracia, considera que o modelo liberal utiliza o regime democrático como estratégia de aglutinação e identificação de interesses. O Estado, como aparato da administração pública, e a sociedade, como sistema estruturado segundo as leis de mercado, constituem-se em dois extremos e cabe ao processo democrático atuar como mediador dos interesses. Assim, o regime democrático liberal tem a função de congregar e impor interesses sociais mediante um aparato estatal já especializado no uso administrativo do poder político para fins coletivos (Habermans 2002).

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

A concepção minimalista e procedimental é criticada por conduzir a insuficiências e superficialidades no âmbito dos arcabouços institucionais e deliberativos dos governos (Lavalle, Houtzager & Castello 2006). A democracia não admite uma definição restrita ao conjunto de garantias mínimas legais ou ao reino da maioria. Restringir a democracia a um conjunto de garantias institucionais é contê-la no âmbito das liberdades negativas (Touraine 1996).

Conforme destacam Santos & Avritzer (2005), quanto mais se insiste na forma clássica da democracia de baixa intensidade, menos se consegue explicar o paradoxo de a extensão desse modelo de regime ter trazido consigo uma enorme degradação das práticas democráticas. Como contraponto, os autores destacam que, diante das insuficiências do modelo hegemônico de democracia como prática restrita de legitimação dos governos, surgiram também concepções alternativas de caráter contra-hegemônico e na defesa do cânone democrático.

Assim, uma nova gramática da relação entre Estado e sociedade civil é estabelecida. A partir da segunda metade do século XX, as relações entre Estado e sociedade mudaram profundamente e a dinâmica social impôs novos comportamentos e posturas aos atores individuais e coletivos. Nessa conjuntura, as correlações de força se alteraram e a democracia representativa passou a ser questionada enquanto método capaz de responder às demandas materiais, culturais e por participação da sociedade (Bispo Júnior; Gerschman 2013). Observa-se, então, a eclosão de várias iniciativas de promoção da participação social. Movimentos e fóruns são criados com o propósito de ampliar a democracia para além do processo eleitoral.

Os espaços de participação social, criados a partir da Constituição de 1988, desencadearam uma nova institucionalidade na relação entre Estado e sociedade civil. Antes desse período, a participação da sociedade ocorria, sobretudo, a partir das mobilizações populares e dos movimentos sociais, com o propósito de pressionar os órgãos e entidades estatais para incorporação das

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

reivindicações apresentadas. No entanto, não existiam garantias legais ou institucionais de que essas vozes seriam ouvidas, tampouco qualquer prerrogativa de que tais demandas seriam atendidas. A participação nesse período se caracteriza como um processo de mobilização social com o propósito reivindicatório e de pressão das entidades sociais.

Com a promulgação da Carta Magna, diversos espaços de participação social são institucionalizados no seio do Estado brasileiro. A arquitetura participativa se desenha principalmente com a criação de conselhos de políticas públicas nas diversas áreas sociais do Estado. De maneira geral, esses conselhos congregam representantes governamentais e da sociedade civil numa perspectiva de discutir os rumos e as possibilidades de desenvolvimento das políticas públicas. Embora todos os conselhos visem facilitar a permeabilização do Estado às demandas sociais, esses órgãos possuem características, funções e composições bastante distintas entre si.

Côrtes (2009) enfatiza os limites do conceito de sociedade civil para análise das relações entre Estado e sociedade. Destaca também a necessidade de desmistificação tanto da positividade atribuída ao conceito de sociedade civil, esfera vista como portadora de interesses gerais, quanto da negatividade conferida às instituições políticas, que supostamente tendem a agir de acordo com interesses corporativos e particulares. Tanto atores estatais como societais refletem e realizam escolhas movidas por interesses das instituições que representam, bem como por ideias e crenças compartilhadas por eles. Os atores agem, também, constrangidos e estimulados pelas instituições e pelas relações e redes sociais que construíram ao longo de suas trajetórias políticas. Dessa forma, os fóruns participativos podem moldar a postura dos atores e, por constrangimento, induzir posicionamentos não esperados se levarmos em conta o tipo de entidade que representam.

Diante da complexidade da relação entre Estado e sociedade civil e da porosa linha entre responsabilidades e limites de suas ações, Gallegos (2009)

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

sintetizou em quatro tipologias os vínculos de interação entre os organismos sociais e o Estado:

- Tipo I: organizações da sociedade civil versus o Estado – Essa relação é estabelecida, principalmente, por movimentos sociais que mantêm um discurso com forte teor anticapitalista. São, geralmente, movimentos reivindicativos de uma nova forma de organização social. Sustentam fortes críticas à ação estatal; seu objetivo maior é a tomada do poder e a implementação de uma nova institucionalidade governamental. São exemplos o movimento zapatista mexicano e o movimento indígena andino. A agenda de luta está pautada na defesa dos menos favorecidos, na identidade e na soberania;
- Tipo II: organizações da sociedade civil e o Estado – Essas organizações não fazem uma confrontação direta com o Estado, embora vejam com desconfiança a ação estatal. Desempenham uma atuação independente e buscam estabelecer limites claros entre a ação estatal e as responsabilidades da sociedade civil. A transformação social não está na sua pauta de reivindicações: para esses movimentos a resolução das mazelas sociais se dará através da gestão eficiente dos problemas e do envolvimento comunitário. Possuem, em geral, visão mercantilista e gerencialista, introjetando grande parte do discurso neoliberal. As organizações não governamentais (ONGs) e as organizações sociais (OSs) são os principais exemplos desse tipo de unidade;
- Tipo III: organizações sociais com o Estado – A principal característica desse tipo de relação é o estabelecimento de ações de cogestão a partir da articulação da entidade social com o Estado. Buscam incidir na tomada de decisões políticas, estabelecer cobranças efetivas para melhorar as condições de vida dos excluídos e empoderar os mais frágeis. Democratizar a ação do Estado, por meio de um maior protagonismo das organizações da

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

sociedade civil é um dos seus principais objetivos. De maneira geral, mantêm considerável protagonismo no nível local, mas com baixa influência nos níveis mais centrais de poder;

- Tipo IV: organizações sociais no Estado – Este é um processo de incorporação e institucionalização dos atores no âmbito do Estado. Entidades da sociedade assumem espaços em fóruns de discussão e decisão com agentes estatais. Esse processo busca não só dar voz aos atores societais, mas também promover o envolvimento comunitário e buscar soluções compartilhadas para deliberação e efetivação de políticas. Sua principal forma de manifestação ocorre com a implementação dos conselhos gestores de políticas públicas.

Frente a essas classificações, é possível considerar que os conselhos de saúde, assim como os demais tipos de conselhos da área social, se enquadram no tipo IV de relação entre Estado e sociedade. A incorporação de atores societais no interior do Estado e na cena decisória representa um avanço do ponto de vista da democratização do poder e da valorização da cidadania. Por outro lado, a experiência dos fóruns participativos e deliberativos trouxe consigo alguns potenciais riscos de desvirtuamento e distorção tanto da atuação dos representantes não estatais como da própria relação entre Estado e sociedade.

### Função deliberativa dos conselhos de saúde: sentidos e peculiaridades

Uma das principais características dos conselhos de saúde é o seu caráter deliberativo. Diversos estudos, inclusive alguns que estabelecem comparações em relação a experiências internacionais de participação, destacam os conselhos de saúde brasileiros como mecanismos de participação diferenciados principalmente por apresentarem aspectos deliberativos previstos na legislação (Serapioni; Romaní 2006; Serapioni 2014).

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Frente à peculiaridade do processo deliberativo dos conselhos de saúde, torna-se importante apontar que existem diferentes compreensões sobre os métodos deliberativos. O termo deliberação é amplamente utilizado na literatura internacional como um mecanismo de envolvimento mais ativo dos cidadãos nos processos decisórios da gestão pública. No entanto, muitas vezes o que se entende por deliberação não parece claro.

Serapioni (2014) expressa que nos países anglo-saxônicos o termo deliberativo se refere à prática de debate e análise em um processo coletivo, não podendo ser atribuído necessariamente a um poder de tomada de decisões. Ou seja, a deliberação é entendida como um processo discursivo amplo e fundamentado, o que não infere um processo decisório ou que garanta que a decisão tomada siga necessariamente o que foi deliberado. O autor destaca que, na experiência brasileira, o processo deliberativo utilizado nos conselhos gestores se aproxima do intuito de chegar a uma decisão a respeito de algo. Conforme perspectiva descrita por Abelson *et al.* (2003), a deliberação não pode se limitar a uma simples discussão de assuntos, ou seja, deve se preocupar com a capacidade de as discussões convergirem para uma resolução.

Algumas críticas são direcionadas à democracia deliberativa em sua pretensão de método capaz apaziguar as diferenças e construir decisões coletivas. Ugarte (2004) destaca o caráter utópico de se creditar a todos os representantes uma postura pública livre, culta, responsável, informada e disposta a exercer o espírito republicano de decisão para o bem comum. Associada a isso, a influência dos fatores e forças externos desvirtua o processo deliberativo. É pouco provável que procedimentos argumentativos de formação de opinião e vontade política tenham força para se manter imunes à pressão dos fatores externos (Vita 2004). Os recursos de poder, como capacidade de discursar e se comunicar, têm forte influência sobre o processo deliberativo. A questão é que esses recursos se encontram distribuídos sempre de maneira desigual entre os participantes, e o debate é logo conduzido como jogo estratégico de disputa retórica e manipulação ideológica (Araújo 2004).

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Deliberar é um termo polêmico, cuja efetivação depende da forma como são processadas as decisões (Labra 2009). A deliberação pode ser entendida de duas maneiras: como processo discursivo ou como ato de decisão propriamente dito. Essa dupla possibilidade de interpretação tem fomentado um árduo debate, tanto no campo teórico/epistêmico quanto no campo das práticas, tendo em vista a disputa sobre o que de fato constitui a função deliberativa dos conselhos gestores.

Para os conselhos de saúde, a compreensão mais difundida é a de que a deliberação envolve tanto o elemento discursivo quanto o processo de decisão sobre a política. Acredita-se que os dois fatores estão imbricados como etapas concomitantes do processo decisório.

A configuração organizativa dos conselhos mostra-se como mecanismo propício de ampliação da democracia. Não só por conta do sentido decisório atribuído ao processo deliberativo sobre as políticas de saúde, mas também por ampliar o número de sujeitos e segmentos que participam desse processo. Essa arquitetura dos conselhos alarga o espaço deliberativo e incorpora à cena decisória atores pertencentes a segmentos sociais de diversas matrizes ideológicas e políticas.

O envolvimento de gestores, prestadores de serviço públicos e privados, profissionais de saúde e usuários torna a arena decisória extremamente complexa por congregar em um único espaço deliberativo representações com interesses diferentes e, muitas vezes, divergentes. Por outro lado, esse arranjo – com potencial de possibilitar o diálogo e o confronto de ideias e interesses – tende a tornar as decisões do setor mais acertadas e democratizadas. O arranjo decisório com o envolvimento da representação de múltiplos segmentos apresenta grande potencial para superação de uma gestão autocrática, na qual a opinião do gestor faz-se deliberação, ou do governo dos técnicos, com supremacia do saber científico e especializado.

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Dahl (2005) concebe como democrático o regime político com capacidade de ser inteiramente ou quase inteiramente responsivo às demandas e às necessidades dos cidadãos. Como nenhum sistema existente é completamente responsivo, Dahl considera as democracias como tipos ideais de sistema político. Assim, apresenta o termo poliarquia para designar os regimes relativamente, mas incompletamente, democratizados. O modelo poliárquico é a expressão de uma sociedade centrífuga, em que não existe apenas um centro de poder, mas na qual o poder está distribuído em múltiplos núcleos. A partir desse poder difuso, indivíduos e grupos logram maior participação e permeabilidade em relação ao processo decisório.

Inclusividade e contestação pública são os dois fatores que caracterizam uma poliarquia. Assim, a depender da maior ou menor participação dos indivíduos – inclusividade – e da maior ou menor possibilidade de contestar as ações do governo e de interferir em suas decisões, os regimes se tornarão mais ou menos democráticos.

Ao tomar por referência os estudos de Dahl (2005), é possível sugerir que os conselhos de saúde, conforme instituído em seus marcos legais, apresentam características poliárquicas. Isso porque esses fóruns aglutinam a ampla possibilidade de contestação pública e de inclusividade. A inclusividade é materializada com a incorporação dos segmentos populares, a partir da representação dos usuários, bem como de outros segmentos, a exemplo do empresariado e de profissionais de saúde. A contestação pública é concretizada com a possibilidade de o conselho propor e decidir por políticas de saúde que podem não necessariamente coincidir com as ideias dos gestores. Além disso, as atribuições de controle e fiscalização sobre a gestão, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, também contribuem para o desenvolvimento da contestação pública.

Os conselhos de saúde configuram-se como espaços de ampliação da democracia. Nesse sentido, é possível destacar uma dupla possibilidade de

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

inclusão gerada pelos conselhos: a inserção de novos atores à cena política, a partir de sua composição plural e paritária, e a participação dos conselhos no processo decisório das políticas de saúde. Essas vertentes manifestam-se em dois ambientes de atuação. Um processo interno, em que o lócus de disputa é a plenária do conselho, espaço onde os membros debatem as políticas e disputam a aprovação de suas preferências. E outro externo, correspondente ao lugar efetivamente ocupado pelo conselho na definição das políticas e a partir do qual ele compete com outras forças pela influência e pelo poder para fazer cumprir suas decisões (Moreira & Escorel 2009).

As arenas interna e externa remetem a duas categorias com forte impacto sobre a dinâmica de democratização do setor: participação e deliberação. A participação está relacionada mais proximamente à disputa interna, ao passo que a natureza deliberativa ocupa um lugar adjacente à seara da disputa externa (Bispo Júnior; Gerschman 2013).

### Recursos e relações de poder no âmbito dos conselhos de saúde

A compreensão das relações de poder pode ter variações significativas, a depender do contexto e da situação expressa. Em seu sentido geral, Bobbio, Matteucci & Pasquino (2002) conceituam poder como a capacidade ou possibilidade de agir e produzir efeitos, que tanto pode ser observada em indivíduos e grupos humanos quanto em objetos e fenômenos naturais. No entanto, para o estudo dos conselhos de saúde, importa discutir o conceito de poder relacionando-o à dimensão social, ou seja, à vida do homem em sociedade. O poder social é compreendido como a capacidade geral de agir ou determinar o comportamento dos outros.

Para Weber (2009), o conceito de poder é sociologicamente amorfo, ou seja, não apresenta uma forma definida nem uma estrutura rígida. Segundo o autor, o poder está relacionado à probabilidade de alguém impor a própria vontade numa relação social, mesmo contra resistências. Nesse contexto, algum

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

indivíduo ou grupo consegue interferir nas vontades ou posturas de outros. O exercício do poder está intimamente ligado à condição de dominação. Weber conceitua dominação como a probabilidade de se encontrar obediência a uma ordem estabelecida dentro de um determinado grupo de pessoas. Assim, a efetivação da dominação se caracteriza pelas chances de uma ordem ou vontade ser obedecida.

Os estudos do sociólogo demonstraram que existem várias formas de se exercer poder ou influência sobre outras pessoas. A submissão a uma ordem ou vontade estabelecidas pode ser explicada por diversos fatores, tais como: costume; sentimento puramente afetivo; interesses materiais; motivos ideais, relativos à vontade de obedecer. A natureza dessas razões determina o tipo de dominação empreendido. No entanto, como destaca o próprio Weber, nem o costume ou a situação de interesse, nem as razões afetivas e racionais podem se constituir fundamentos absolutos para o exercício da dominação. Como alicerce desses fatores, há a crença na legitimidade da dominação, que faz com que essa relação se torne efetiva.

A dominação legítima é classificada pelo autor em três tipos ideais: a dominação de caráter racional, a de caráter tradicional e a de caráter carismático. A dominação racional possui fundamento na legalidade do ato de dominação, assim, em virtude do poder legalmente instituído a aqueles que exercem a prerrogativa de mando, as pessoas ou grupos se submetem a esse tipo de dominação por crença na legitimidade da ordem estabelecida. O tipo mais puro de dominação legal é aquele que se estabelece por meio de um quadro administrativo burocrático.

A dominação tradicional se baseia na crença cotidiana da santidade ou imutabilidade das tradições vigentes e na legitimidade daqueles que representam a autoridade, em decorrência dessas tradições. O tipo mais conhecido de dominação tradicional é a dominação patriarcal. A relação estabelecida não é de respeito a um superior hierárquico, mas de servidão à

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

figura do senhor. Nesse contexto, não existem ou estatutos definidos, o senhor pode manifestar benevolência ou ordenar castigos segundo o seu livre-arbítrio.

A dominação carismática é definida pela veneração ou subserviência a uma pessoa considerada extracotidiana, portadora de características de liderança peculiares. Em virtude da admiração e da crença na superioridade dessa figura carismática, os adeptos se curvam às ordens e às indicações desse líder. As razões que justificam esse tipo de liderança se assentam na confiança pessoal, no heroísmo, no exemplo ou no poder de persuasão do líder. A dominação carismática opõe-se tanto à dominação racional, especialmente à burocrática, quanto à tradicional, especialmente à patriarcal e patrimonial, isso porque ambas representam modos de dominação especificamente cotidianos. Segundo Weber, a dominação carismática é irracional, principalmente por não seguir regras ou tradições.

No campo das práticas e das relações cotidianas, é importante destacar que essas tipologias de poder e esses formatos de dominação não ocorrem de maneira exclusiva. Nas relações entre pessoas e grupos de interesse, os tipos de poder manifestam-se de maneira imbricada e as relações de dominação combinam as diferentes tipologias, com constante variação da predominância do tipo de dominação, a depender da circunstância e das ações e reações dos atores (Bispo Júnior; Pinheiro 2016)

Segundo estudo de Silveira (2000), uma das formas mais usuais de classificação de poder é aquela que o categoriza segundo os instrumentos através dos quais ele é exercido. De acordo com esse critério, conformam-se três instrumentos para o exercício do poder: a coação, que gera o poder condigno, no qual a submissão se dá pela imposição de alternativa suficientemente desagradável ou dolorosa; a recompensa, que gera o poder compensatório, em que a possibilidade de uma compensação pecuniária ou social leva à aceitação da submissão; e, por fim, a persuasão, que gera um poder condicionado, no qual

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

a submissão é conseguida pelo convencimento do que é apropriado numa dada situação.

Nas sociedades contemporâneas e especialmente em fóruns coletivos, como os conselhos de saúde, em que valores democráticos são contraditoriamente valorizados e desrespeitados, o poder condicionado manifesta-se como ideal para a dominação pelos grupos mais bem informados e preparados. A não manifestação ou a pouca presença de instrumentos coercitivos ou compensatórios não significa uma ausência de dominação nos conselhos de saúde. A dominação nesses espaços pode ser efetivada através da utilização de discursos de viabilidade técnica ou econômica, que muitas vezes iludem e afastam os segmentos populares das principais discussões.

Para Testa (1992), a ideia de poder se encontra indissolavelmente ligada ao Estado. Sua expressão mais concreta se expressa no fato de que o Estado tem assumido como sua função mais importante o exercício da violência legítima com o propósito de manter a ordem social. No entanto, o autor destaca que nem todo poder é violência, uma vez que existem outros recursos e meios além do uso da força para concretizar seu exercício.

Na discussão sobre poder, política e Estado, Giovanella (1990) afirma que essas esferas estão intimamente imbricadas e que, muitas vezes, suas definições se confundem. Para a autora, é por intermédio da discussão sobre a política e o Estado que podemos nos aproximar da essência do poder e das suas reais determinações. Nesse contexto, a política pode ser considerada como tudo o que está relacionado com a distribuição, o deslocamento ou a conservação do poder, enquanto o Estado pode ser entendido como a maior organização política existente.

O poder pode ser conseguido pela repressão, pelo consentimento, pela coerção e pela persuasão. O consentimento, por sua vez, é alcançado pela difusão de uma concepção de mundo, de valores morais e normas de conduta. Já a coerção é obtida por meio do controle sobre o pensamento e o adestramento

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

dos corpos, através da disciplina. Nesse sentido, para a autora o poder é uma relação sempre desigual, presente em todas as conexões sociais.

Ainda segundo Giovanella, as relações de poder podem ser classificadas em duas grandes categorias: macropoder e micropoder. Na perspectiva macro, o poder é exercido nas relações entre classes e grupos sociais. O seu uso seria motivado pela luta de classes no intuito da transformação social. Já o exercício dos micropoderes ocorre nas relações cotidianas, nos processos de trabalho e nas interações pessoais. Nesse sentido, adverte Giovanella: “temos que tomar cuidado para que, na tentativa de encontrarmos as múltiplas determinações, não caiamos novamente na causa única: poder econômico de classe” (1990: 141). Deve-se, portanto, levar em consideração que as relações de poder fundam-se nas relações de produção e na divisão social do trabalho, mas são, ao mesmo tempo, relações instituídas em todos os âmbitos da vida social, sustentados por inúmeros mecanismos.

Sales (1994), ao abordar as relações históricas de poder na sociedade brasileira, conclui que a cidadania concedida é insuficiente para transformar o processo decisório, visto que a experiência política tem demonstrado a manutenção de relações arcaicas, pautadas em princípios personalistas e de fisiologismo. Guizardi & Pinheiro (2006) destacam que a cultura política brasileira caracteriza-se pela demarcação simbólica de uma hierarquia social fundada numa extrema polarização, que se tece na permanência de padrões sociais autoritários, pertinentes não somente ao âmbito político-governamental, mas também ao conjunto das relações sociais. Labra (2005) considera que, embora a Constituição Federal de 1988 expresse a vontade de condução da nação à plena democracia formal e substantiva, os comportamentos e práticas desenvolvidas pelas elites e pelas instituições de representação da sociedade não se traduzem na internalização desses valores. Dessa forma, revelam-se não apenas a presença de governos autoritários, mas também a manutenção de relações sociais autoritárias.

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Ao se voltar especificamente para o setor saúde, Testa (1995) destaca que o poder é uma categoria analítica, que pode explicar (e, por conseguinte, modificar) o comportamento da atividade setorial estudada. Nesse sentido, o autor desenvolveu uma tipologia que engloba três vertentes: o poder técnico, o poder administrativo e o poder político.

O poder administrativo corresponde às atividades enquanto processos que manejam recursos, sejam eles financeiros, administrativos ou organizacionais. O poder técnico se caracteriza a partir do domínio de conhecimentos e informações utilizados em todos os níveis de funcionamento do setor da saúde. E o poder político se estrutura e se manifesta a partir da defesa dos interesses de diversos grupos que se relacionam com o setor da saúde.

Poder não é apenas uma capacidade, mas também uma relação, razão pela qual só existe em exercício e não é separável da relação em que se expressa (Giovanella 1990). Segundo Testa, o exercício do poder é determinado pelo acesso e pela manipulação dos recursos de poder. Essa nova vertente – os recursos de poder – permite interpretar o poder a partir dos aspectos instrumentais do seu manejo, apresentados a seguir:

- Poder administrativo: os recursos são formados por mecanismos de financiamento, gestão, organização e normatização. A capacidade administrativa não compreende apenas a disponibilidade de recursos financeiros, mas também a organização e a gestão da força de trabalho;
- Poder técnico: compreende diversas formas de conhecimento e saber relacionadas à área da saúde, sejam essas formais ou informais, científicas ou populares, dos campos da biologia, da medicina, da administração ou, ainda, de outras disciplinas que permitem configurar um modelo teórico-integrativo;
- Poder político: tem à sua disposição uma ampla gama de recursos, que são utilizados e manipulados a depender das circunstâncias e conjunturas

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

sociais. Esses incluem os votos, as filiações, as discussões em espaços decisórios, as mobilizações e a violência, dentre outros.

Em vertente contrária à concepção de poder como domínio, Arendt (1994) discorda do pensamento da Ciência Política moderna que, de maneira quase consensual, considera a violência como o mais evidente recurso de poder. A autora apresenta várias críticas ao pensamento que associa o conceito ao monopólio do Estado no legítimo, ou “supostamente legítimo”, uso da força. Para ela, o poder não pode ser entendido como uma relação de mando e obediência em que, a partir do uso de diversos recursos, um indivíduo ou grupo impor sua vontade aos demais. Arendt propõe a retomada de outro viés conceitual para caracterizar poder no sentido do consenso e do consentimento e, portanto, da não violência.

Para Arendt o mais importante nas relações de poder não é “quem domina quem” a partir do uso de determinados recursos. Independentemente dos meios, o poder corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto. Ou seja, o poder é resultante da capacidade de um grupo construir objetivos e definir ações coletivas em harmonia e consenso. Poder, portanto, não seria definido como um meio ou uma capacidade de uso de recursos de força, mas sim como uma condição, uma propriedade coletiva de um grupo (e nunca de um indivíduo), existindo apenas enquanto tal grupo se mantiver unido (Arendt 1994; 2007).

A partir das concepções de Arendt, vale refletir sobre o poder exercido no âmbito dos conselhos de saúde. Conforme apresentado na literatura sobre o tema, muitas vezes os diversos segmentos travam acirradas disputas por espaço e na defesa específica dos interesses do grupo representado, numa lógica de disputa de poder e imposição de sua vontade aos demais. Não raro, as querelas internas acabam por ocupar mais a atenção dos conselheiros do que o seu papel precípuo de deliberar e fiscalizar as ações da saúde de maneira ampla. Nesse sentido, em decorrência da fragmentação e da confrontação entre segmentos e

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

representantes, os conselhos acabam por perder o seu poder institucional de influenciar os rumos das políticas de saúde.

### Dimensões e desafios da participação institucional no SUS: revisão da produção nacional sobre os conselhos de saúde

No Brasil, observa-se um volume significativo de estudos que analisam a participação social na saúde a fim de compreender como os conselhos de saúde têm cumprido com seu ideário resolutivo de vocalização das demandas sociais e investigar seu nível de desempenho como um novo espaço de ampliação da democracia. Assim, os estudos têm sido direcionados para a análise das potencialidades e fragilidades da dinâmica participativa instituída nessas organizações.

Um ponto de convergência na produção científica sobre a temática é o entendimento que a simples existência de uma instituição burocrática de participação não necessariamente garante a efetiva participação social nos processos decisórios da gestão em saúde (Martins *et al.* 2008; Landerdhal *et al.* 2010; Vieira; Calvo 2011; Rolim; Cruz; Sampaio 2013; Kleba; Zampirom; Comerlato 2015). Bispo Júnior (2015: 71) corrobora esse entendimento ao afirmar que o aparato legal, *per se*, mostra-se insuficiente para garantir a participação e a representatividade no âmbito dos conselhos.

Moreira & Escorel (2009) traçaram um panorama da evolução do processo de implementação dos conselhos municipais de saúde (CMSs) em todo território nacional e demonstraram o avanço na democratização da política municipal de saúde com relação à promoção da participação social. Porém, o estudo evidencia que a obrigatoriedade legal da composição do conselho de saúde nos municípios, atrelada ao repasse do financiamento do SUS, foi o principal fator de expansão dessas instituições entre 1991-1997, demonstrando interesses meramente burocráticos.

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Não obstante a importância do crescimento dos conselhos de saúde, o debate sobre participação tem apontado a necessidade de aprofundamento sobre a temática. Buscam-se melhorias na qualidade e na efetividade da participação, ao ponto de reforçar a interação e o diálogo entre cidadãos e seus representantes, de uma parte, e profissionais e gestores, da outra (Fuks 2005; Serapioni 2014).

Vieira & Calvo (2011) demonstram que, apesar de a concretização institucional da participação incorporar novos atores sociais na tomada de decisões públicas, essa prática de certa forma ainda é limitada, já que grande parte das atividades realizadas nessa arena política se restringe à legitimação dos interesses da administração. Os autores afirmam que os representantes da gestão pública e dos prestadores de serviços só toleram os conselhos por eles serem uma prática institucionalmente imperativa e, assim, buscam atuar restringindo as ações dessas instituições a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas.

Martins *et al.* (2008) destacam que os conselhos de saúde apresentam, em maior ou menor grau, uma série de problemas que comprometem sua efetividade. Os autores destacam os revezes de composição, representação e representatividade como frequentes e difíceis de resolver. Outro problema sinalizado é o pouco conhecimento da população sobre os conselhos, assim como a não divulgação das atividades e ações desses fóruns. Diante dos obstáculos discutidos, os autores apresentam como principais possibilidades para potencializar o desempenho dos conselhos: a participação, a formação e a capacitação dos conselheiros e a mobilização e o empoderamento da população.

Apesar de a participação representar um valor em si mesma, na medida em que exerce uma relevante função de educação democrática, é importante compreender seu mecanismo de desenvolvimento, assim como os resultados obtidos através da ação participativa (Serapioni 2014). Diversos estudos, apresentados a seguir, evidenciam uma série de obstáculos vivenciados no

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

cotidiano dos fóruns participativos, que emergem como limitadores da atividade participação social na saúde.

A avaliação dos obstáculos pode permitir a identificação de elementos que impactam o desempenho dos CMSs. Assim, a literatura indica alguns fatores, que estão associados ao desenho institucional, à baixa participação de atores sociais, às concepções de saúde e doença e à capacitação política dos conselheiros de saúde, bem como à influência política estabelecida entre diversos atores sociais e à frágil relação dos representantes com a base representada (Paiva; Stralen; Costa 2014; Sipioni; Silva 2015; Bispo Júnior 2015).

O desenho institucional constitui a conformação do espaço institucional dos conselhos de saúde, que serão responsáveis por dar viabilidade estrutural para que o processo decisório da gestão em saúde seja permeável às necessidades da sociedade civil. Para isso, é necessário estar atento à dinâmica de funcionamento dessas organizações e ao cumprimento de suas regras e normas (Paiva; Stralen; Costa 2014). Na pesquisa realizada por Moreira & Escorel (2009), que discute questões relacionadas à estrutura dos conselhos, os resultados sinalizam que as regras existentes não têm sido suficientes para o exercício efetivo dessa arena participativa e indicam ainda a predominância do mau desempenho dos conselhos no cenário nacional.

Estudos sinalizam para diversas irregularidades quanto à composição dos conselhos de saúde, principalmente quanto à não garantia da paridade entre os conselheiros usuários e os demais, bem como à alta rotatividade de representantes por parte de algumas entidades (Bispo Júnior; Sampaio 2008; Cotta; Casal; Martins 2010). Nessas circunstâncias, fica evidente o não cumprimento das diretrizes de funcionamento dos conselhos, que definem a composição paritária como uma perspectiva de viabilização de uma maior equidade no processo decisório (Paiva; Stralen; Costa 2014).

Baixa mobilização social e apatia política têm se constituído como grandes entraves aos conselhos, visto que o bom desempenho só se concretizará por

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

meio da interação dos atores que têm interesses nos problemas públicos sobre os quais atuam as políticas de saúde. Assim, se tais atores não legitimam os conselhos, dificilmente alcançarão a efetividade de uma democracia participativa (Moreira; Escorel 2009).

Os baixos níveis de interesse e envolvimento comunitário estão associados à desvalorização da defesa do bem coletivo e à busca de benefícios individuais e imediatos. Essa tendência pode ser atrelada a fatores culturais da sociedade brasileira, que ainda apresenta fortes traços patrimonialistas e clientelistas, bem como à ampla disseminação dos ideais da sociedade de consumo, em que há a supremacia dos interesses privados em detrimento dos princípios e valores societários (Bispo Júnior; Martins 2012).

A representação dos conselheiros é apontada como um outro fator limitante desses espaços públicos. Alguns estudos demonstram uma frágil relação entre os representantes da sociedade e a base representada. Verifica-se o predomínio de métodos não democráticos de escolha dos representantes e a profissionalização da função de conselheiro de saúde, que reflete uma tendência para a conformação de “policonselheiros”, ou seja, grupos específicos de atores que passam a preencher todos os diferentes espaços públicos (Bispo Júnior; Sampaio 2008; Paiva; Stralen; Costa 2014).

Os resultados do trabalho de Sipioni & Silva (2015) destacam que, apesar de muitos conselheiros e membros das entidades representativas apresentarem discursos com falas progressistas no que diz respeito à interação entre representantes e representados, na prática essa relação muitas vezes vem acompanhada de certo tradicionalismo parlamentar, com predomínio do distanciamento da base representada.

Conforme destacam Durán & Gerschman (2014), é importante observar o movimento dos atores e os respectivos comportamentos desses sujeitos políticos, levando em consideração a singularidade das posturas assumidas e a correlação de forças entre os diversos grupos de interesse.

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Rezende & Moreira (2016) contribuem para sublinhar a necessidade de fortalecer e legitimar a representação dos conselheiros usuários de saúde. Os resultados do estudo desses autores revelaram que as articulações mais consistentes entre os usuários são praticadas pelos representantes que cultivam atividades de prestação de contas e possuem vínculos com seus representados. De forma oposta, as alianças entre os conselheiros que não possuem vínculos com seus representados demonstraram-se pouco expressivas, inclinando-se, algumas vezes, para a cooptação por interesses privados.

A divergência entre os discursos e as práticas dos conselheiros também tem sido observada no que se refere à concepção de saúde. Apesar de as falas dos conselheiros contemplarem a compreensão de saúde de modo abrangente, suas práticas priorizam a garantia de acesso aos serviços em detrimento da implementação de ações de cunho preventivo e de promoção da saúde (Landerdhal *et al.* 2010).

Alguns estudos sinalizam que a falta de capacitação, principalmente no segmento dos usuários, configura-se como uma barreira para o exercício do papel deliberativo nos conselhos. Por outro lado, tais pesquisas reconhecem que essas instâncias participativas devem assumir o papel de formação de sujeitos mais críticos, viabilizando-se como espaços de aprendizado para o exercício da cidadania (Wendehausen; Cardoso 2007; Bispo Júnior & Sampaio 2008). Wendehausen & Cardoso (2007) acrescentam que as iniciativas de capacitação dos conselheiros de saúde, além de contribuírem para a criação de um espaço de aprendizagem permanente, não devem se restringir aos níveis cognitivos. Espera-se que tenham implicações sobre as habilidades de cada conselheiro para melhor exercer seu papel na gestão em saúde.

Diversos fatores que limitam a atuação dos conselhos gestores de saúde foram identificados no estudo de Bispo Júnior & Sampaio (2008). Dentre esses estão: atuação do conselho de saúde como mero homologador das decisões previamente tomadas pelos gestores; falta de capacitação dos conselheiros;

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

baixa mobilização; desinteresse da população; utilização de emprego público como instrumento de dominação e coerção dos representantes sociais. Todas as situações descritas impedem que a intervenção dos atores sociais consiga influir nas decisões das políticas de saúde. A partir dessa perspectiva, os pesquisadores ressaltam que é necessário o desenvolvimento de práticas sociais de amadurecimento político e elevação da consciência cidadã.

Fuks & Perissinotto (2006), ao avaliarem a influência de cada segmento no processo decisório do CMS de Curitiba, identificaram que o usuário e o gestor são segmentos ativos, não apenas no sentido de participação no debate, mas também porque lhe conferem a qualidade de confrontação de ideias. Contudo, apesar da contestação exercida nesse ambiente de deliberação, foi constatado que todas as propostas encaminhadas pela gestão foram aprovadas.

As avaliações dos estudos anteriormente citados, juntamente com um conjunto de resultados do estudo de Farias Filho, Silva & Mathis (2014), expressam que os conselhos de saúde nos municípios, ainda que sejam instâncias de participação social e caráter deliberativo, exercem pouca influência na gestão pública. Dessa forma, é preciso refletir sobre os desvios dos princípios reguladores de sua existência, desvios esses que podem estar relacionados à dificuldade do exercício de suas atribuições, em razão dos poucos conhecimentos técnicos e elevados custos de oportunidade de participação por parte dos usuários.

Wendehausen & Cardoso (2007), ao discorrerem sobre os processos decisórios e os conselhos gestores de saúde, atestam vários tipos de problemas desses fóruns, como por exemplo: relação assimétrica de poder entre os segmentos dos conselheiros; falta de acesso a informações; dominação a partir do uso de linguagem técnica; manipulação política; atitudes paradoxais dos gestores, que alternam posturas incentivadoras e coercitivas nas instâncias participativas. No entanto, os autores também destacam que esses obstáculos devem ser decompostos e analisados de modo crítico e minucioso. Portanto,

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

pretende-se compreender de forma aprofundada os seus determinantes e as suas consequências, a fim de buscar as soluções adequadas.

Não obstante os problemas identificados na criação e no funcionamento dos conselhos de saúde, faz-se relevante o destaque de que tais dificuldades não atestam sua ineficácia. Apesar de suas contradições e fragilidades, as plenárias dos conselhos de saúde são espaços de estimado valor para a ampliação da democracia, principalmente no cenário brasileiro, em que há uma cultura de submissão arraigada, com o poder público sendo fortemente dominado por interesses de pequenos grupos de privilegiados (Bispo Júnior 2015; Rolim; Cruz; Sampaio 2013).

Com base nas discussões e análises apresentadas torna-se evidente a possibilidade da viabilização de uma ampliação democrática por meio dos conselhos de saúde. No entanto, a institucionalidade dos conselhos não tem correspondido às disposições do conjunto da sociedade em tornar o processo deliberativo mais fortalecido e inclusivo. Questões relacionadas à autonomia dos conselhos, à sua estrutura e às condições para o funcionamento dos mesmos, à representatividade dos conselheiros e à capacidade de influência política dessas instâncias se apresentam como principais desafios a serem superados para o fortalecimento da participação social institucionalizada no SUS.

### Reflexões finais

Diante das reflexões apresentadas, vale destacar que a participação sociopolítica no âmbito da saúde é um fenômeno complexo e permeado de concepções e interesses distintos. A qualidade da participação e a efetividade do desempenho dos conselhos perpassam por várias dimensões estruturais e organizativas e pelas disposições dos diversos atores envolvidos.

Um aspecto importante a considerar são os avanços no processo de inclusividade e ampliação do debate público viabilizados a partir da

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

institucionalização dos conselhos de saúde. No entanto, o poder dos conselheiros em intervir sobre os rumos da política de saúde ainda apresenta limitações e entraves difíceis de resolver. O caráter deliberativo dos conselhos suscita reflexões sobre a cultura democrática e participativa inerente ao país. Nesse sentido, pode-se concluir que a democratização dos conselhos de saúde se conecta não apenas ao incentivo do envolvimento da população, mas sobretudo à disposição das autoridades em compartilhar poder e incorporar as ideias e os anseios expressos pelos representantes da sociedade civil.

### Referências bibliográficas

ABELSON, J. et al. 2003. “Does Deliberation Make a Difference? Results from a Citizens Panel Study of Health Goals Priority Setting”. *Health Policy*, vol. 66, nº1, pp. 95-106.

ARAÚJO, C. 2004. “Razão pública, bem comum e decisão democrática”. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Org.). *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34.

ARENDT, H. 1994. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relume-Demurá.

\_\_\_\_\_. 2007. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Editora.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. 2008. “Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil”. *Revista Panamericana de Salud Publica*, vol. 23, nº 6, pp. 403-409.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. 2012. “Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação”. *Physis: revista de Saúde Coletiva*, vol. 22, nº 4, pp.1313-1332.

- DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE
- BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. 2013. “Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 18, nº 1, pp. 7-16.
- BISPO JÚNIOR, J.P. 2015. *Participação em saúde: avanços e entraves na democratização do poder político*. Salvador: Edufba.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; PINHEIRO, G.M.L. 2016. “Participação social e relação de poder na definição das políticas de saúde no estado da Bahia”. *O público e o privado*, nº 27, pp. 17-37.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. 2002. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora da UNB; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado.
- BRASIL. (Congresso Nacional). 1990. “Lei Federal n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. *Diário Oficial da União*, 19 de set. de 1990.
- \_\_\_\_\_. 1990. “Lei Federal n.º. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. *Diário Oficial da União*, 28 de dez. de 1990.
- BRASIL. 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL (Conselho Nacional de Saúde). 2012. “Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília. Dispõe sobre as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde”. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html) . Acesso: em 20 mar. 2017.

- DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE
- CÔRTEZ, S.V. 2009. “Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas”. In: CÔRTEZ, S.V. (Org.). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. 2010. “Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.15, nº 5, pp. 2437-2445.
- DAHL, R. 2005. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Edusp.
- DURÁN, P.R.F; GERSCHMAN, S. 2014. “Desafios da participação social nos conselhos de saúde”. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, vol. 23, nº 3, pp. 884-896.
- FARIAS FILHO, M. C.; SILVA, A. N.; MATHIS, A. 2014. “Os limites da ação coletiva nos conselhos municipais de saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.19, nº 6, pp. 1911-1919.
- FUKS, M. 2005. “Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba”. *Revista de Sociologia e Política*, nº 25, pp. 47-61.
- FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. 2006. “Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 60, pp. 67-81.
- GADELHA, Paulo. 2015. “Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país”. *Cad. Saúde Pública*, vol. 31, nº 10, pp. 2047-2058.
- GALLEGOS, F. R. 2009. “Sociedad civil, participación y democracia em el nuevo contexto político latinoamerican”. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.
- GERSCHMAN, S. 2004a. *A democracia inconclusa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

## DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

- \_\_\_\_\_. 2004b. “Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, nº 6, pp. 1670-1681.
- GIOVANELLA, L. 1990. “Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 6, nº 2, pp. 129-153.
- GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. 2006. “Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, nº 3, pp.797-805.
- HABERMAS J. 2002. *A inclusão do outro: estudos de teoria política*. São Paulo: Loyola.
- KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO, D. 2015. “Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um conselho municipal de saúde”. *Saúde e Sociedade*, vol. 24, nº 2, pp. 556-567.
- LABRA, M.E. 2005. “Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios”. In: LIMA, N.T *et al.* (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- \_\_\_\_\_. 2009. “Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial”. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.
- LANDERDHAL, M. C. *et al.* 2010. “Resoluções do conselho de saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, nº 5, pp. 2431-2436.
- LAVALLE, A. G; HOUTZAGER, P. P; CASTELLO, G. 2006. “Democracia, pluralização da representação e sociedade civil”. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, nº 67, pp. 49-103.

- DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE
- MARTINS, P. C. *et al.* 2008. “Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 18, nº 1, pp. 105-121.
- MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. 2009. “Conselhos municipais de saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 14, nº 3, pp. 795-806.
- PAIVA, F. S.; STRALEN, C. J. V.; COSTA, P. H. A. 2014. “Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, nº 2, pp. 487-498.
- REZENDE, R. B.; MOREIRA, M. R. 2016. “Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, nº 5, pp. 1409-1420.
- ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S.; SAMPAIO, K. J. 2013. “Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa”. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol. 37, nº 96, pp. 139-147.
- SALES, T. 1994. “Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 9, nº 25, pp. 27-37.
- SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. 2005. “Introdução: para ampliar o cânone democrático”. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- SCHUMPETER, J. 1984. *Capitalismo, socialismo e democracia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- SERAPIONI, M. 2014. “Os desafios da participação e da cidadania no sistema de saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, nº 12, pp. 4829-4839.



DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

SERAPIONI, M.; ROMANI, O. 2006. “Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, nº 11, pp. 2411-2421.

SILVEIRA, H. F. R. 2000. “Um estudo do poder na sociedade da informação”. *Ciência da Informação*, vol. 29, nº 3, pp. 79-90.

SIPIONI, M. E.; SILVA, M. Z. 2015. “Democracia e saúde: a prestação de contas como legitimadora da representação no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES)”. *Saúde em Debate*, vol. 39, nº 104, pp. 197-209.

TESTA, M. 1992. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médias; Abrasco.

\_\_\_\_\_. 1995. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco.

TOURAINÉ, A. 1996. *O que é democracia?* Petrópolis: Vozes.

UGARTE, P. S. 2004. “Que participação para qual democracia”. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Orgs.). *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34.

VIEIRA, M.; CALVO, M. C. M. 2011. “Avaliação das condições de atuação dos conselhos municipais de saúde no estado de Santa Catarina, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 27, nº 12, pp. 2315-2326.

VITA, A. 2004. “Democracia deliberativa ou igualdade de oportunidades políticas?” In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Orgs.). *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34.

WEBER, M. 2009. *Economia e sociedade: fundamentos da Sociologia compreensiva*. Vol I. Brasília: Editora UNB.

DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, S. M. 2007. “Processo decisório e conselhos gestores de saúde: aproximações teóricas”. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 60, nº 5, pp. 579- 584.

 10.17771/PUCRio.DDCIS.38920