

4. Conselhos de saúde do Estado do Rio de Janeiro

complexidades e paradoxos do controle social

Maria Eliana Labra

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LABRA, M.E. Conselhos de saúde do Estado do Rio de Janeiro: complexidades e paradoxos do controle social. In: UGÁ, M.A.D., *et al.*, (orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 89-118. ISBN: 978-85-7541-592-4. Available from: doi: [10.7476/9788575415924.0006](https://doi.org/10.7476/9788575415924.0006). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/c2hxb/epub/uga-9788575415924.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

CONSELHOS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: COMPLEXIDADES E PARADOXOS DO CONTROLE SOCIAL

4

Maria Eliana Labra

As origens da participação na saúde se confundem com a história das mobilizações contra a ditadura, as lutas pelos direitos sociais e a emergência do Movimento Sanitário nas décadas de 1970 e 1980. E o Rio de Janeiro foi o berço, líder e a sede dessas sagas. Vitórias imperecíveis ocorreram: o retorno à democracia, a promulgação da Constituição “Cidadã” de 1988 (CF88), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e a inclusão no seu desenho político-institucional dos Conselhos de Saúde (CS), cuja atribuição principal é deliberar e exercer o controle social sobre a formulação e a execução das políticas de saúde, incluindo seus aspectos econômico-financeiros.

Como é bem sabido, paralelamente à implantação do SUS foram sendo instalados CS em todo o país. Assim, pode-se afirmar, recorrendo à expressão de Santos Jr., Ribeiro e Azevedo (2004: 7), que hoje existe no setor saúde um “sistema nacional de participação” constituído pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), 26 Conselhos Estaduais de Saúde (CES), o Conselho de Saúde do Distrito Federal, 5.564 Conselhos Municipais de Saúde (CMS), 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CDSI) e mais um número indeterminado de conselhos locais, distritais, regionais e gestores, e pelas Conferências Nacionais de Saúde, às quais são levadas, a cada quatro anos, as demandas e propostas recolhidas nas conferências municipais e estaduais.

Trata-se, portanto, de um inédito movimento participativo ascendente, periódico e democrático na saúde que foi, ademais, pioneiro na inauguração de arenas participativas na maioria das políticas públicas do país, com lógica democratizante semelhante à dos CS. Em suma, pode-se asseverar que o massivo fenômeno participativo brasileiro é ímpar no continente e mesmo em outras latitudes.

Não é fortuito, portanto, que essa riquíssima experiência participativa tenha despertado enorme interesse no país e no exterior, como atestam as inúmeras publicações sobre o tema. Mais relevante ainda, a reflexão acadêmica no Brasil tem aberto caminhos para formular novas hipóteses sobre uma ampla gama de temas substantivos que buscam ressignificar, por exemplo, a ‘neodemocracia’ brasileira, o funcionamento das instituições

republicanas, as relações entre Estado e sociedade, os valores que permeiam a cultura política. As transformações ocorridas nessas e outras dimensões desde a longa transição à democracia nos anos 70 e 80 até a sua consolidação nos anos 90 levam a indagar: de que forma as práticas participativas estariam contribuindo para configurar no país uma democracia não mais puramente formal, mas também deliberativa? De fato, essas instigantes questões vêm progressivamente permeando a vasta literatura nacional sobre os CS nos vinte anos de sua existência, como atestam Fleury e Lobato (2009).

Quanto à produção acadêmica relativa a esses colegiados, por um lado, é bastante heterogênea, e não poderia ser de outra forma porquanto as investigações refletem as distintas realidades do país; por outro, vem sendo produzido um conhecimento que mostra crescente clareza quanto aos muitos objetos de estudo que o tema suscita e maior rigor metodológico na busca de respostas às indagações que guiam as pesquisas.

Depois de uma primeira fase de acumulação de estudos sobre os CS municipais isolados, passou-se à realização de investigações cobrindo universos maiores (vários municípios, um ou mais estados e/ou regiões), até mais recentemente abranger todos os CS do país, como mostra a pesquisa,¹ sendo seu principal produto a publicação on-line *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde: construa o controle social em rede* (ParticipaNetSUS, 2007). Por conseguinte, na atualidade é possível realizar avaliações comparativas sobre o funcionamento, a estrutura e outros quesitos dos CS.

Não há dúvidas quanto à grande inovação política, institucional, social e até jurídica introduzida com os CS no país, e seu avanço é inegável apesar dos muitos obstáculos encontrados no caminho. E não poderia ser muito diferente dado que, tal como demonstra a literatura internacional, todo e qualquer formato participativo tem problemas (Labra, 2006, 2009). Entretanto, no caso do Brasil há que considerar questões de ordem geral, próprias do país, que afetam o desenvolvimento do 'sistema nacional participativo', e outras de caráter específico que influem no desempenho dos colegiados. Dentre os fatores de ordem geral, podem ser mencionados os seguintes: as imperfeições do Estado de Direito e das instituições políticas, os valores autoritários, excludentes e clientelistas que conformam a cultura política e as limitações impostas pelas desigualdades socioeconômicas à constituição da cidadania plena. Quanto aos fatores específicos que afetariam o desempenho dos CS, uns diriam respeito à falta de apoio político e/ou precariedade das instalações, ao passo que outros derivariam do formato desenhado para os colegiados.

Em definitivo, fatores de distinta ordem condicionariam, direta ou indiretamente, o desempenho de todos os CS do país, sendo, portanto, difícil discriminar quais variáveis estariam influenciando no funcionamento dos CS e qual seria o peso específico de cada uma delas nas semelhanças ou diferenças encontradas entre os colegiados.

Com base nessa premissa básica, este capítulo tem por objetivo examinar os CS do estado do Rio de Janeiro ao longo de cinco tópicos. No primeiro, são abordados os mo-

¹ Projeto em desenvolvimento desde 2003, sob a coordenação de Marcelo R. Moreira e Sarah Escorel, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP). Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>.

vimentos populares e suas lutas; o desenvolvimento das associações de bairro e favelas no Rio de Janeiro porquanto atualmente são elas as principais representantes dos usuários do SUS nos CS; e as iniciativas empreendidas nos primeiros anos do retorno à democracia pelos governos estadual e municipal para incluir a comunidade na tomada de decisões. No segundo, examina-se a participação na saúde descrevendo a primeira experiência de institucionalização da participação social no setor e, em seguida, o marco normativo da participação no SUS, dando destaque à composição e às competências dos CS. No terceiro, com base nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, analisam-se os diagnósticos relativos ao funcionamento dos CS e ao exercício do controle social, bem como as propostas apresentadas para superar os problemas detectados. No quarto, discute-se o papel dos CS no processo de produção de políticas públicas face o caráter deliberativo dos colegiados e as competências a eles atribuídas. No último tópico, são enfocados os CS do estado do Rio de Janeiro a partir de três temas: o CES, sua composição e principais atividades; o panorama dos CMS, discutindo-se para tanto três pontos: relação entre desempenho dos CMS e indicadores municipais de desenvolvimento econômico e social; publicidade e inclusão digital; e composição e representação; e o fenômeno do clientelismo moderno ou *aggiornado* no caso do CMS de Campos dos Goytacazes, à luz da composição do segmento dos usuários.

MOBILIZAÇÕES E LUTAS POPULARES NO RIO DE JANEIRO

Um grupo de atores particularmente presente nos CS é o constituído pelas associações de moradores de bairros e favelas, merecendo particular atenção. Desde seus primórdios, as associações de vizinhança da ex-Capital Federal têm estado na base das reivindicações da sociedade civil pelos direitos sociais e pela participação nas decisões governamentais. Todavia, a configuração desses atores ao longo do tempo tem experimentado grandes avanços, mas também penosos refluxos.

No Rio de Janeiro, as primeiras mobilizações sociais remontam à organização dos moradores de favelas nos anos 40, quando foi criada a União dos Trabalhadores Favelados do Morro do Borel a fim de evitar a remoção. Com a crise do Estado Novo, em 1945, a mobilização popular levou à formação de comissões de moradores nas favelas que teve certo apoio de comunistas, getulistas, trabalhistas, estudantes e intelectuais. Em 1957, tomou corpo a Coligação dos Trabalhadores Favelados do Distrito Federal, que buscou organizar autonomamente as comunidades e lutar por suas reivindicações junto aos poderes competentes. Em 1963, surge a Federação das Associações de Favelas do Estado da Guanabara (Fafeg), fortalecida na década de 1970 pelo agravamento dos problemas urbanos. Destes, o déficit habitacional era o mais grave, alcançando sua máxima expressão no Movimento Nacional pela Reforma Urbana (MNRU), ao qual se uniram os Congressos de Favelados realizados para promover essa reforma. Finalmente, em decorrência da unificação dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, em 1975, a Fafeg é transformada na atual Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro (Faferj).

Na mesma época, nas grandes cidades, ampliam-se numerosos movimentos populares de protesto estimulados pelas greves do ABC paulista de 1978 que culminaram em fatos históricos fundamentais para a democratização do país, como a fundação do Partido dos Trabalhadores (PT), em 1980; a celebração da I Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras (I Conclat), em 1981; e a criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983. O sentimento popular de revolta deu origem ao soerguimento de inúmeras entidades e à entrada em cena de novos atores, dos quais as associações de moradores continuaram a sobressair.

Em 1981, no Rio de Janeiro ganharam destaque os ativos movimentos da Baixada Fluminense e da Zona Oeste, cujas demandas incluíam urgente intervenção governamental em áreas muito carentes, como habitação, saneamento, educação e saúde. Nesse mesmo ano, os movimentos comunitários ganharam força com a fundação da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj). No ano seguinte é criada a Coordenação (hoje Confederação) Nacional das Associações de Moradores (Conam) com o intuito de fortalecer o poder popular e comunitário, defender a qualidade de vida nas cidades e a democratização do país em todos os níveis.²

No âmbito das reivindicações setoriais, destaca-se o 1º Encontro Popular pela Saúde, realizado em 1981 na Cidade de Deus pela Famerj, com apoio do Sindicato dos Médicos (Sinmed), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e de outras entidades. O evento contou com milhares de participantes oriundos de uma centena de comunidades, além de representantes da Secretaria Estadual de Saúde e de secretarias municipais de saúde, de partidos políticos, da Pastoral da Saúde e de outras instituições. A essa mobilização se somaram os médicos, com o Dia Nacional de Protesto, de cujas demandas fizeram parte bandeiras mais amplas relativas à relação entre saúde e democracia, e o Encontro da Classe Trabalhadora do Rio de Janeiro (Enclat), com demandas semelhantes, incorporadas à pauta da Conclat de 1982 (Brasil/MS/SGEP, 2006). É de salientar que a importância de essas e de outras mobilizações semelhantes, ocorridas na mesma época, deve-se ao fato de ter germinado no seio das organizações uma concepção mais ampla de saúde.

As bandeiras de luta da Famerj tinham como eixo básico a participação popular nas decisões governamentais, buscando com isso desafiar a truculência da administração do governador Chagas Freitas (Guanabara, 1971-1975; estado do Rio de Janeiro, 1979-1983) e de alguns prefeitos. Com a volta do sufrágio livre e universal, teve lugar a primeira eleição de governadores, assumindo, no Rio de Janeiro, Leonel Brizola (1983-1987; 1991-1994), que trouxe novos alentos à mobilização popular. A esse respeito, Xavier (2001) afirma que o Governo Brizola colocava “o povo trabalhador como sujeito e objeto da ação governamental” e prometia o “orçamento participativo” como forma de garantir a presença da comunidade nas ações e decisões, além de enfatizar as iniciativas comunitárias. E acrescenta a mesma autora que, no plano habitacional, destacaram-se o ‘Programa Cada Família um Lote’ e o ‘Projeto Mutirão’, ambos destinados a melhorias habitacionais nas favelas

² Conam: *uma história de luta*. Disponível em: <www.conam.org.br/histórico_1.htm>.

mediante autoconstrução, junto com o banimento das remoções, regularização de 400 mil lotes clandestinos e correspondente urbanização (Xavier, 2001: 132).

O ex-prefeito Roberto Saturnino Braga (1986-1988), ligado na época a Brizola, lembra a importância que teve no seu mandato a participação social, em muito coadjuvado pelo vice-prefeito Jô Rezende, que vinha da Famerj. Nas palavras de Braga (2005: 6), a participação popular foi

parte importante da coluna vertebral da conformação política do meu governo (...). Na verdade foi na minha gestão que houve a primeira experiência brasileira de um governo municipal participativo numa Metrópole. (...) Foi uma experiência edificante. E outra coisa muito importante, da qual eu me orgulho muito de ter feito, foi a criação dos Conselhos ‘Governo – Comunidade’, num momento em que ainda não se falava em orçamento participativo e nem de participação do cidadão na condução da gestão pública. E isto foi importante para o aprofundamento mesmo da democracia na cidade num momento em que o Brasil ainda buscava apagar a herança do autoritarismo (...). Em cada Região Administrativa foi criado um conselho ‘Governo – Comunidade’ que sentava junto com a Prefeitura e participava do processo de tomada de decisões. (...) Considero que esta foi uma iniciativa importante para se definir a hierarquia e a prioridade dos investimentos urbanísticos em cada área. A gente também tinha noção de que este conselho era uma importante peça de avaliação crítica do dia a dia do nosso governo não só na questão urbana, mas em todas as outras áreas de atuação do poder municipal. E isto é preciso que seja dito, teria avançado muito se o meu sucessor, que foi o Marcelo Alencar, não tivesse acabado com estas iniciativas populares. (...) lamento que não tenha levado adiante esta ideia dos conselhos na sua gestão.

Em relevante depoimento histórico, o dirigente da Fafjerj, Irineu Guimarães, resume os fatores que contribuíram para frear o desenvolvimento das associações de moradores de bairros e favelas. Conforme Guimarães, a ascensão do populismo brizolista em 1982 instaurou no interior do movimento popular o dilema apoio/independência em relação ao governo e ao Partido Democrático Trabalhista (PDT), o qual prejudicou a ação unificada entre Fafjerj e Famerj. A declaração de Brizola de que iria governar com as associações de moradores traduziu-se em massivo aumento da filiação, mas, como esta não foi acompanhada de um trabalho político de base, a tão esperada participação foi facilmente esvaziada sem que as associações conseguissem superar o impasse nem lutar contra a permanência das péssimas condições de moradia, saneamento básico, luz elétrica, transporte e saúde; as debilidades do movimento associativo abriram espaço às práticas clientelistas e fisiológicas dos políticos, dispersando ainda mais a ação coletiva, adicionalmente enfraquecida por causa da migração das lideranças mais combativas para partidos políticos e sindicatos. “Tenho um arrependimento profundo porque fundamos mais de cem associações, e não fizemos base política nenhuma. Esse foi o grande erro (...)” (Guimarães, 2007).

Ainda que no Rio de Janeiro o movimento dos moradores de bairros e favelas não tenha conseguido encontrar um eixo básico que o unificasse e perdurasse a crise no seu

interior, acontecimentos como o Fórum Social Mundial (FSM) têm induzido a aglutinação de muitas das principais organizações sociais do país em torno da Coordenação dos Movimentos Sociais, cuja criação, em 2003, foi impulsionada pela CUT, e suas estratégias de ação incluem incisiva defesa do SUS.

Assim também a Conam, que tem assento no CNS, tem estado muito presente em relação aos numerosos problemas que afetam os serviços de saúde e a assistência à população, tendo divulgado, em julho de 2008, extensa Carta Aberta intitulada “Em defesa dos usuários do Sistema Único de Saúde”, na qual enumera sérios problemas observados há tempos no Rio de Janeiro e no resto do país.

Das explicações até aqui já mencionadas depreende-se que as associações de vizinhança cumprem relevante papel tanto como representantes dos usuários nos CS, em todos os níveis, como também na defesa do direito à saúde e do SUS. No entanto, as associações de bairros e de favelas continuam divididas.

A PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE

Antecedentes Gerais

A instalação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), em 1981-1982, destinado a racionalizar os gastos com assistência médica, mudou o papel das secretarias estaduais e das prefeituras na organização e coordenação do sistema de saúde, fato que abriu perspectivas para a criação de arranjos com o objetivo de incluir a participação de representantes da sociedade civil nas decisões. Essas mudanças levaram à formulação de um novo instrumento: a estratégia Ações Integradas de Saúde (AIS), implantada no estado do Rio de Janeiro em 1986. As diretrizes das AIS já continham os princípios defendidos pelo Movimento Sanitário, mais tarde incorporados ao SUS: universalidade, equidade, regionalização e hierarquização, descentralização do poder decisório, planejamento e democratização mediante a participação da sociedade civil e o dos usuários.

Quanto à participação, foram instauradas as seguintes instâncias colegiadas: Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (Cris) e Comissão Local ou Municipal Interinstitucional de Saúde (Clis ou Cims). As CIS deveriam constituir-se em instâncias decisórias e gestoras das AIS em cada unidade federada, e as Cris, Clis ou Cims nos níveis regionais e municipais de saúde. Às Cris deveriam integrar-se representantes das instituições conveniadas, das secretarias municipais de saúde, bem como entidades comunitárias, sindicais ou gremiais, representando a população em geral. Esses órgãos colegiados deveriam garantir a coordenação entre os diversos serviços e teriam a competência de redefinir as políticas de saúde no seu âmbito de ação (Labra, 2005).

É, portanto, a partir de meados da década de 1980 que surgem órgãos de gestão colegiada na condução dos serviços de saúde nos estados, atribuindo-se ao Rio de Janeiro papel exemplar. Todavia, o começo foi acidentado. No seu primeiro governo, Brizola indicou para a Prefeitura o médico Jamil Haddad, forte aliado da Reforma Sanitária;

porém Haddad não terminou o mandato por divergências políticas, sendo nomeado em seu lugar o político Marcelo Alencar.

Nessas gestões, o município do Rio de Janeiro foi dividido em 12 áreas de planejamento (AP). Quanto ao setor saúde, foi instalado em cada AP um Grupo Executivo Local (GEL) com o propósito de administrar o convênio das AIS com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Do GEL participavam representantes das associações de moradores e dirigentes das instituições (Brasil/MS/SGEP, 2006). Apesar de terem tido um desenvolvimento incipiente, esses colegiados foram de grande relevância porquanto constituíram o embrião dos atuais Conselhos Distritais de Saúde (COD) do município do Rio de Janeiro (Labra, 2008).

Com o advento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987, e face às pressões da sociedade e dos novos executivos municipais, foi recomendado reforçar a participação de representantes dos usuários e dos municípios nas comissões criadas com as AIS, sendo que durante o período de existência dessas arenas, a de maior poder foi a CIS (Tanaka *et al.*, 1992). Em todo caso, a participação limitou-se, na maioria das vezes, à mera retórica das instituições (Paim, 1986).

O Desenho da Participação no SUS

Após a inclusão do SUS na CF88 e a promulgação da lei n. 8.142, em 29 de dezembro de 1990, ficou assegurada a participação de representantes de entidades sociais na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde do SUS. Essa lei estipula que os CS têm caráter permanente e deliberativo e suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Com base nessas determinações legais, o reformulado CNS expediu a resolução n. 33, de 1992 (Brasil/MS/CNS, 1993), contendo diretrizes destinadas a ordenar o funcionamento dos CS, as quais foram atualizadas mediante a resolução n. 333, de 2003 (Brasil/MS/CNS, 2003). Com base nesta última norma, mencionam-se a seguir as rubricas relativas à composição e competências dos colegiados.

Composição

A resolução n. 333 estabelece que: “a representação de órgãos ou entidades terá como requisito a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde”, esclarecendo que “de acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade”, poderá ser contemplada uma ampla gama de representações (Brasil/MS/CNS, 2003: 5). A longa enumeração de entidades constante dessa resolução pode ser agrupada nas seguintes representações: governo; portadores de patologias e deficiências; indígenas; aposentados e pensionistas; defesa do consumidor; ambientalistas; moradores; religiões; trabalhadores da área de saúde; sindicatos, federações e confederações de trabalhadores urbanos e rurais e conselhos de classe; instituições públicas; hospitais universitários, de campo e de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; comunidade científica; patrões;

prestadores de serviços de saúde; movimentos sociais e populares; e organizações de mulheres em saúde.

É reiterada, ademais, a composição paritária da representação (50% dos usuários, 25% do governo e prestadores de serviços e 25% de profissionais e trabalhadores) e a obrigação de os representantes dos usuários serem indicados pelas suas entidades, sendo que a atividade do conselheiro é de relevância pública e não pode receber qualquer remuneração.

A propósito dessas representações, cabe salientar que, segundo o nível de governo do CS, a representação é nacional, estadual ou municipal, sendo que é nesta última esfera em que há maior heterogeneidade de entidades que apenas existem localmente ou ocupam de forma ilegítima um assento no CS.

Competências

A resolução n. 333 (Brasil/MS/CNS, 2003: 9-11) enumera 25 atribuições que foram agrupadas na seguinte listagem:

1. Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa.
2. Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal.
3. Traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços.
4. Propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área.
5. Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde.
6. Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde.
7. Propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos fundos de saúde, acompanhando a movimentação e destinação dos recursos.
8. Estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS.
9. Estimular, apoiar ou prover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área da saúde de interesse para o desenvolvimento do SUS.
10. Propor a convocação e estruturar comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde.
11. Elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento.
12. Outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde.

Certamente, o caráter deliberativo e a paridade institucionalizaram os CS como arenas decisórias democráticas, augurando seu promissor desenvolvimento à medida que se implantava e se descentralizava o SUS. Todavia, Delgado e Escorel (2008) advertem que a resolução n. 333 valoriza mais a dimensão técnica “própria de um grupo de expertos e especialistas” do que a supostamente precípua função política, a par que observam uma ambiguidade entre a dinâmica fiscalizatória e a participativa (Delgado & Escorel, 2008: 91). Por essas e outras razões, no seu percurso os CS têm se deparado com inúmeras dificuldades, como será visto no tópico seguinte.

O CONTROLE SOCIAL NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE³

Uma fonte ímpar para acompanhar o ‘estado da arte’ do controle social no país são os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde os quais permitem constatar que grande parte dos problemas detectados nos inúmeros estudos sobre os CS são, em maior ou menor medida, comuns a todos eles.

A seguir será apresentada uma breve análise das principais demandas e propostas contidas nos relatórios finais da 9ª (Brasil/MS/CNS, 1992), 10ª (Brasil/MS/CNS, 1998), 11ª (Brasil/MS/CNS, 2002) e 12ª (Brasil/MS/CNS, 2004) conferências nacionais de saúde, no eixo ou tema ‘Controle social’.

Vale salientar que esses documentos mostram que ao longo do tempo houve crescente clareza quanto às dificuldades verificadas no funcionamento dos CS. E para isso tem contribuído o sistema ascendente, periódico e democrático de conferências que permite discutir e registrar, em todos os níveis da federação, a situação dos colegiados, e encaminhar as conclusões ao evento nacional. Porém, também é digno de nota que as soluções propostas tenderam a tornar ainda mais complexo e paradoxal o andaime do ‘sistema nacional de participação’ na saúde.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde foi a primeira a ser realizada na vigência do SUS. No relatório, reafirma-se que o controle social deve ser uma prática que busque a transformação da sociedade, reflita o real poder da população para modificar planos e políticas e não se reduza a apenas um mecanismo formal (Brasil/MS/CNS, 1992). A aposta no potencial transformador dos CS traduziu-se na definição bastante ambiciosa de todos os aspectos relativos às competências, à composição e aos requisitos de funcionamento, também alimentada pelas primeiras avaliações mostrando variadas distorções que exigiam correção. As novas diretrizes foram formalizadas na mencionada resolução n. 33, de 1992 (Brasil/MS/CNS, 1993).

Já o relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1998) apresenta uma longa listagem de demandas relativas a temas que podem ser agrupados nos seguintes pontos principais: ampliação das competências; obrigação dos gestores de respeitar o caráter permanente e deliberativo dos CS e de garantir o pleno funcionamento dos colegiados; reforço do controle social mediante novos mecanismos de participação; e ingerência inci-

³ Este tópico está em boa parte baseado em Labra (2009).

siva tanto nas contas financeiras como no funcionamento dos serviços de saúde do SUS e contratados. Demanda-se também uma clara separação entre as funções deliberativas dos conselhos e as funções executivas dos gestores do SUS, bem como a subordinação do repasse de recursos do ministério e das secretarias ao acatamento do poder deliberativo dos CS (Brasil/MS/CNS, 1998). As demandas registradas no relatório se destinaram, em resumo, a superar inúmeros problemas existentes na prática do controle social mediante recursos como regulação mais forte, ampliação das competências, maior autonomia de ação, fortalecimento do poder de decisão e controle com o apoio do Ministério Público e da Justiça.

O relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2002) é extremamente elucidativo a respeito do momento sombrio que vivencia a maioria dos mais de 5.000 CS até então implantados. De acordo com o relatório:

Foram apontados vários aspectos que dificultam o desenvolvimento dos mecanismos de Controle Social, a saber: a) a ausência de uma cultura de Controle Social e transparência na gestão dos recursos públicos, agravada pelo autoritarismo dos gestores no exercício do governo (desobediência às prerrogativas dos conselheiros, sobretudo em relação aos representantes dos usuários); b) a falta de legitimidade de alguns conselhos municipais e irregularidades na sua composição; c) a desarticulação dos conselhos com a sociedade, com os poderes constituídos e com outros conselhos; d) a descontinuidade do trabalho dos conselhos quando ocorre a troca do gestor municipal e o receio, por parte dos conselheiros, de possíveis represálias do poder político; e) a falta de articulação e insuficiência dos mecanismos de comunicação entre os conselhos nas três esferas de governo, com falta de divulgação e transparência das discussões e deliberações dos Conselhos Nacional e Estaduais para os Conselhos Municipais, e destes para as comunidades; f) a falta de representatividade dos conselheiros, frequentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo frequentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil. (Brasil/MS/CNS, 2002: 45-46)

O diagnóstico feito nesse evento esmiúça cada uma das deliberações da 10ª Conferência e as reitera porque nenhuma delas tinha sido atendida. Além disso, com o avanço da municipalização do SUS e o aumento do número de CS, antigos problemas se avolumaram e novos apareceram, incrementando-se consideravelmente o rol de reivindicações. Sinteticamente, as medidas propostas para enfrentar a situação enfatizam as mesmas da conferência anterior, em particular maior poder e autonomia dos CS perante as autoridades, inclusive no relativo às deliberações porque continuam não sendo respeitadas (Brasil/MS/CNS, 2002).

Por último, na 12ª Conferência Nacional de Saúde (2004), foi afirmado, por uma parte, que os CS tiveram avanços significativos; mas, por outra, foram ratificadas inúmeras carências e necessidades, já enunciadas na introdução do relatório final:

[Os CS] enfrentam ainda obstáculos importantes, dentre os quais: o não exercício do seu caráter deliberativo (...); as precárias condições operacionais e de infraestrutura; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados. (Brasil/MS/CNS, 2004: 101)

Nessa introdução é enfatizada a permanência de antigas disfunções relacionadas com os dois nós críticos dos CS: caráter deliberativo e representatividade/legitimidade de conselheiros. Justamente em novembro daquele mesmo ano, o CNS tinha editado a mencionada resolução n. 333 introduzindo uma série de inovações sugeridas pela prática e em foros, tais como os Encontros de Conselheiros e as Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde. Essa norma visa a atualizar dispositivos anteriores, padronizar o formato dos CS e reafirmar pontos essenciais, como o caráter deliberativo, a autonomia e o papel fiscalizador dos colegiados, ao tempo que, paradoxalmente, amplia indefinidamente a gama de representações nos colegiados e incrementa as competências e o conteúdo técnico e fiscalizador de muitas delas, apesar das reiteradas deficiências de toda ordem observadas ao longo do tempo.

O PROCESSO DE PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O LUGAR DOS CS

Muitos dos obstáculos e problemas enfrentados pelos CS são inerentes à construção material e simbólica de um processo dessa envergadura. Já outros estão ligados à expectativa dos formuladores dos CS de que as atribuições, crescentemente carregadas de conteúdos técnicos e fiscalizadores, primeiro, seriam em boa parte exequíveis; segundo, contariam com os meios adequados e a autonomia suficiente; terceiro, não surgiriam antagonismos entre os colegiados e os agentes públicos, detentores *de lege* de poder deliberativo. É justamente o caráter deliberativo dos CS o tema que vem sendo objeto de debates e questionamentos. Sem aprofundar esse ponto, cabe apenas concordar com Goulart (2010) que o dilema posto – e sem luzes de solução, a nosso ver – diz respeito à “promoção de falsas expectativas nos participantes dos conselhos de saúde, relativas a um suposto poder efetivo e autônomo de decidir sobre a política de saúde”, acrescentando que os “fatos da vida real mostram que *deliberação*, na prática concreta dos conselhos de saúde, não se constitui exatamente como tomada de decisão autônoma e dotada de capacidade de produzir, por si só, transformações externas ao circuito onde foi gerada (...)” (Goulart, 2010: 27 – grifo do autor).

Quando o autor faz referência ao “circuito” no qual são tomadas as decisões, está obviamente falando dos CS como arenas decisórias. Claramente, contudo, essas arenas são apenas uma ínfima parte de um circuito muitíssimo maior, qual seja, o processo de produção de políticas públicas e de programas. Tendo em vista a relevância deste tema, no que segue se tecem considerações a respeito com base em Labra (2009, 2002, 1999).

O processo de produção de políticas públicas é intrinsecamente complexo, demorado, sinuoso e conflituoso, além de incerto quanto aos resultados. Isso porque envolve diversas fases superpostas que podem deter-se a qualquer momento. Para fins analíticos, distinguem-se as seguintes fases: o surgimento de uma questão, a inclusão desta na agenda de governo, a busca de soluções para o problema, a escolha entre alternativas de ação e decisão final, a implementação da política formulada e o monitoramento e a avaliação da execução para balizar ou corrigir rumos.

Adicionalmente, o processo se complica porque intervêm numerosos atores – coletivos e individuais, públicos, privados e corporativos – que representam uma gama diversificada de interesses não raro antagônicos, como bem analisa Côrtes (2009). Esses atores, munidos de argumentos e informações de seu próprio interesse, agem mediante interações das quais, através de negociações e consensos, poderão resultar decisões passíveis de se converterem em uma política pública ou em um programa.

Além disso, os tempos (social, político, técnico e administrativo) envolvidos na tomada de decisões são distintos, tanto quanto são diferentes e assíncronas as cognições, percepções, expectativas e vontades dos atores, cujo poder de influência no processo decisório é assim mesmo desigual, já que depende dos recursos (políticos, materiais, organizacionais) de que cada um dispõe.

Outros fatores a influir no curso de uma política estão relacionados à conjuntura política (resultados eleitorais, por exemplo), o papel da mídia e, o mais importante, a natureza e complexidade da questão-objeto da política e a profundidade da transformação pretendida, em particular quando envolve mudanças culturais enraizadas na sociedade.

Uma vez que o processo de formulação de uma política chega a bom término, entrará na fase de implementação. Mas isso acontecerá somente após as autoridades constitucionalmente competentes concordarem em promulgar o correspondente estatuto legal. Quer dizer, é imprescindível um ato formal de homologação da política aprovada, antes de começar a sua execução. Aliás, esta fase é igualmente demorada já que tudo vai depender de condicionantes como as já mencionadas (conjuntura política, recursos disponíveis, mudança pretendida etc.), ou seja, a incerteza novamente vai rondar o sucesso ou o fracasso da política ou do programa em questão.

Em qual ponto do intrincado circuito descrito se localizam os CS? Decerto, é impossível determinar, porque, como se disse, os colegiados fazem parte de uma extensa engrenagem cujo número de elos é indefinido, além de mutáveis segundo as circunstâncias políticas. Ademais, cabe lembrar que os preceitos constitucionais atribuem o monopólio do poder decisório aos representantes dos governos eleitos. Por conseguinte, o poder deliberativo de que foram revestidos pela lei n. 8.142 seria insuficiente para produzir decisões que, *ipso facto*, sejam homologadas pelos gestores (ou seja, os secretários de saúde). Não é difícil concluir que a questão posta tem relação com a concorrência de legitimidades entre os membros dos CS, indicados ou eleitos pelas suas bases, e os representantes dos eleitos pelo mandato popular. A este respeito, Goulart argumenta que o que decorre das expressões “deliberação” e “poder deliberativo”, “(...) acarreta expectativas dos membros

do jogo participativo, que não podem tomar decisões *de fato*, já que do outro lado da mesa elas não *deverão*, mas *poderão* (ou não) serem cumpridas – isso é de *direito*” (Goulart, 2010: 27 – grifos do autor). Entretanto, na hipótese de que o gestor, mediante um ato de vontade política, homologue deliberações relativas a alguma política pública nova ou em reformulação, a partir daí se inicia o processo decisório, cujo andamento e desfecho escapam totalmente ao controle dos CS.

Por essas e outras razões, é evidente que pôr em funcionamento os CS tem sido um penoso aprendizado para seus membros. Na prática, não apenas para os conselheiros leigos, mas também para os próprios gestores e técnicos é um grande desafio compreender em toda sua extensão os meandros do circuito decisório e mais difícil ainda aceitar que as deliberações alcançadas nos CS não são acatadas, salvo quando referem-se a assuntos internos, como aprovação do regulamento, posse de um novo presidente e/ou colegiado.

Por último, deve ser mencionado um ponto de extrema relevância relacionado ao funcionamento dos CS e que afetaria a efetividade do controle social, mas que tem sido ofuscado nas avaliações apresentadas nas conferências. Trata-se das relações institucionais entre os CES e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB). A principal tensão observada diz respeito à ‘invasão’ da CIB em terreno decisório que seria da incumbência do CES. Com efeito, conforme observaram Silva e Labra (2001), em estudo sobre o CES do Rio de Janeiro, quem realmente delibera sobre as questões fundamentais relativas ao SUS são as CIB, não obstante as normas estipulem que estas devem submeter suas decisões aos CS e, mais ainda, estes devem fiscalizar aquelas, mas isso não acontece (Escorel & Delgado, 2008; Silva & Labra, 2001).

Como se sabe, as CIB e os CS são duas arenas bem diferenciadas: a primeira é político técnica e a segunda é político social, de modo que a cooperação seria um requisito indispensável para um entendimento harmônico entre elas. Porém, essa relação é problemática por causa da concorrência de legitimidades derivada do fato de as CIB serem integradas pelos secretários de saúde, ou seja, pelos representantes das autoridades eleitas pelo voto popular e, portanto, possuírem recursos de poder dos quais os CS carecem. Certamente, o conflito de legitimidades entre ambas as arenas é um ponto politicamente delicado e talvez por esse motivo não conste das demandas e deliberações contidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde.

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O ‘estado da arte’ do controle social no Estado do Rio de Janeiro não difere de forma importante da situação encontrada no resto dos CS do país. Por este motivo, em lugar de reiterar questões problemáticas como as já analisadas, este tópico tem por objetivo mostrar o perfil do CES e dos CMS. No caso do CES, são abordados itens como desenvolvimento, composição, atividades e outros. Quanto aos 92 CMS do estado, são examinados os seguintes pontos: relação entre desenvolvimento municipal e desempenho dos colegiados; publicidade e utilização de tecnologias de comunicação e informação; composição e repre-

sentação. No terceiro e último ponto, esses dois aspectos são aprofundados tomando como estudo de caso o CMS de Campos dos Goytacazes que ilustra claramente a presença de máquinas políticas clientelistas travestidas de representantes de usuários do SUS, quer dizer, trata-se de um interessante caso de clientelismo *aggiornado*, ou seja, na sua versão empresarial moderna. O clientelismo como traço cultural deletério tem sido permanentemente salientado na literatura, em entrevistas e nos diagnósticos dos CS porquanto entorpece o funcionamento democrático dos CS, tanto internamente quanto nas suas relações com o entorno, daí a importância de um exame mais detido de como funciona na prática.

O Conselho Estadual de Saúde⁴

Criado em 1991 e efetivado em 1993, o CES entrou em funcionamento regular apenas em 2003, passando nesses anos por infinidade de conflitos até chegar à situação atual de desempenho continuado e boas condições materiais e humanas para levar adiante suas atividades.

Com efeito, muito devagar e sofrendo pressões de parte dos governadores ou dos secretários de saúde, levou uma década para se estabilizar e assumir um papel mais ativo, tanto internamente quanto em relação à assistência que devia dar aos CMS. Isso porque faltou tudo – desde apoio político e instalações até conhecimento sobre a forma de proceder. Em verdade, o CES passou por momentos muito críticos, como o enfrentamento com o governador Marcelo Alencar (1996-1998), ao ponto de levá-lo até à Justiça por causa do descaso em relação ao colegiado e dos rumos equivocados que pretendia imprimir à política de saúde. Conforme depoimento registrado em Silva e Labra, o governador Alencar, “partindo de uma proposta neoliberal, não tinha como prioridade uma política de promoção da saúde; uma de suas estratégias para modernizar o setor era investir na terceirização da gestão e dos profissionais dos serviços públicos de saúde, igualando-os a uma mercadoria, o que resultou no caos atual” (Silva & Labra, 2001: 167 – Entrevista 9).

As dificuldades aos poucos foram sendo vencidas, em particular quando um novo secretário estadual de Saúde assume em 1999 e toma medidas relativas à administração do CES que incluíram o convite de uma profissional experiente para a Secretaria Executiva e a contratação de uma equipe para organizar a parte administrativa e documental e dar início ao auxílio aos CMS na elaboração do Regimento Interno, e à adequação do funcionamento às resoluções do CNS e outros requisitos.

Quanto aos programas de capacitação de conselheiros, foram instalados polos na região Metropolitana que não têm funcionado como esperado. Em todo caso, o incentivo financeiro do Ministério da Saúde estabelecido em 2007 para esse fim está contribuindo para desenvolver programas de capacitação de forma continuada, sendo retomados com a qualificação dos conselheiros do CES.⁵

⁴ Para um estudo dos CES do país, ver Escorel e Delgado (2008).

⁵ A capacitação é realizada conforme a portaria n. 3600, de 28 de novembro de 2007, do Ministério da Saúde, que regulamenta a aplicação do incentivo financeiro para a implementação do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS. Disponível em: <www.conselhodesaude.rj.gov.br/noticias>. Acesso: 28 de janeiro de 2010.

Outra importante iniciativa do CES é a adesão ao Programa de Inclusão Digital (PID) desenvolvido pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, visando, sobretudo, a aparelhar os CMS para que seus membros tenham acesso a equipamentos de informática, apropriem-se de informações e adquiram habilidades para a comunicação digital. O CES está atualmente iniciando a entrega de computadores e outros aparelhos contemplados no PID.

Cabe salientar que o CES é muito ativo e desempenha inúmeras tarefas, a começar pela preparação e realização das reuniões mensais e extraordinárias do plenário e das comissões temáticas, cujas pautas estão sempre sobrecarregadas com múltiplos assuntos, como o atendimento de pleitos dos CMS e outros. Por exemplo, quando há denúncias iniciadas por um CS ou contra este começa um demorado e trabalhoso processo de encaminhamento ao Ministério Público e a outras instâncias incumbidas de velar pelo cumprimento das leis. A morosidade no desfecho dos processos legais pode ser ilustrada com a Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin), movida em 2003 pela então governadora do Rio de Janeiro, Rosinha Matheus, contra a resolução n. 322, de 2003, do CNS, que define o que são ações e gastos em serviço de saúde. Apesar da pressão nacional junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), apenas no mês de abril de 2008 o STF deu parecer favorável ao CES, mas a decisão final depende ainda de outros protocolos.

Nessa linha de dificuldades, se há de acrescentar que as múltiplas deficiências que assolam os serviços públicos de saúde do estado têm provocado numerosos processos judiciais contra os gestores, bem como intervenções federais. Desde a vigência do SUS, por exemplo, a primeira decretação de calamidade pública ocorreu em 1992-1993 e a mais recente teve lugar em 2005-2006, quando houve intervenção nos falidos hospitais federais do Rio de Janeiro, além da epidemia de dengue que tem agravado mais ainda a situação médico-sanitária. Esses problemas, que tanto afetam os usuários dos serviços, adicionam ao CES preocupações constantes a respeito das quais pouco ou nada se pode fazer na prática.

Quanto ao corpo dirigente do CES, com as últimas eleições estaduais, em 2006, o novo secretário estadual de Saúde assumiu a presidência do CES e empossou para o cargo de secretário executivo um reconhecido dirigente comunitário da Baixada Fluminense, eleito pela plenária e membro do segmento dos usuários no CES, sendo introduzida dessa forma uma importante inovação em termos desse ritual.

O CES conta com 18 Comissões Técnicas das quais participam seus 55 membros. Em 2008 a composição do colegiado por segmento era a seguinte (Quadro 1):

Quadro 1 – Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

	INSTITUIÇÃO	NÚMERO DE REPRESENTANTES TITULARES
GESTORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS (14)	Secretaria Estadual de Saúde	4
	UFF (Universidade Federal Fluminense)	1
	Uni-Rio (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)	1
PROFISSIONAIS DE SAÚDE (14)	Conselho Regional de Farmácia (CEF)	1
	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj)	1
	Conselho Regional de Fitoterapia e Terapia Ocupacional (Crefito)	1
	Conselho Regional de Fonoaudiologia	1
	Conselho Regional de Psicologia	1
	Conselho Regional de Nutricionistas	1
	Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (Sinmed)	1
	Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro	1
	Sindicato dos Nutricionistas do Rio de Janeiro (Sinerj)	1
	Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	1
	Sindicato dos Fonoaudiólogos do Rio de Janeiro (Sinferj)	1
	Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde, Trabalho e Previdência (Sindisprev)	1
Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro	1	
USUÁRIOS (27)	Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj)	4
	Sociedade de Amigos da Vila Kennedy	1
	ONG Ser Mulher	1
	Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro	5
	Federação dos Trabalhadores na Agricultura (Fetag)	2
	Central Única dos Trabalhadores (CUT)	4
	Federação das Associações dos Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio de Janeiro (Faaperj)	2
	Associação de Renais Crônicos do Rio de Janeiro	1
	Associação dos Falcêmicos e Talassêmicos do Rio de Janeiro	1
	União dos Cegos do Brasil	1
TOTAL		55

Fonte: Conselho Estadual de Saúde. Disponível em: <www.conselhosaude.rj.org.br>. Acesso em: 26 jun. 2008.

As composições acompanham aproximadamente a tendência nacional nesse nível de governo no sentido de que apenas têm assento no colegiado os representantes de entidades cuja agregação é estadual. Quanto à composição, das dez entidades representadas no segmento dos usuários, observa-se, primeiro, que o requisito da paridade em relação ao

resto dos membros não estaria sendo cumprido; segundo, figuram somente duas entidades representando associações de moradores ou comunitárias, o que significa que estão sub-representadas, tanto dentro do CES quanto em relação ao universo dessas associações no estado, devido notadamente à ausência da Faferj. Esse déficit é digno de nota porquanto as associações de vizinhança são as únicas entidades a vocalizar as demandas das comunidades. A respeito dos portadores de deficiências ou incapacidades, contam com ativas associações e estão presentes em todos os CS, ainda que se voltem preferencialmente à defesa de seus interesses específicos (Labra, 2005).

A respeito das Conferências Estaduais de Saúde, igualmente foi muito difícil institucionalizá-las, mas hoje estão sendo realizadas aproximadamente dentro dos cronogramas. Há de destacar-se que sempre contam com ampla e comprometida presença dos delegados dos colegiados municipais, cujas opiniões, demandas e resoluções são registradas no correspondente relatório e incorporadas às temáticas das Conferências Nacionais. Contudo, deve ser reiterado que a preparação desses eventos periódicos e outros, como as Plenárias de Saúde e os Encontros de Conselheiros, assim como a escolha de delegados, consomem grande quantidade de tempo e de esforço, ao ponto de os conselheiros passarem a maior parte do ano nesses preparativos.

Os Conselhos Municipais de Saúde

A maioria dos 92 CMS do estado tem igualmente avançado com grandes dificuldades. Tal como foi observado durante diversas assessorias e capacitações realizadas pelo CES, foram encontradas diversas anomalias difíceis de superar, a maior parte delas também detectadas nos CS do resto do país. No estado do Rio de Janeiro igualmente têm sido constatadas, por exemplo, condutas impróprias dos secretários de saúde em relação ao CMS, como: falta de compromisso com as decisões deliberadas; manipulação da agenda e dos debates das reuniões; desconfiança em relação à capacitação; indicação arbitrária de conselheiros, desrespeito ao critério da paridade; falta de condições materiais para o bom funcionamento; fragilidade das entidades representadas pelo segmento usuários no conselho etc (Labra, 2005).

A seguir, serão analisadas características e prováveis condicionantes do desempenho dos CMS do estado.

Desenvolvimento Municipal e Desempenho

Segundo dados do *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde* (ParticipaNetSUS, 2007), o desempenho dos CS seria bastante razoável. O desenho metodológico dessa avaliação baseou-se em quatro dimensões e respectivos indicadores que, por sua vez, compõem cinco índices destinados a aferir autonomia, democratização, gestão, estrutura física e equipamentos e adequação à resolução n. 333, e um sexto, que sintetiza os demais (Moreira & Escorel, 2007). Trata-se do Índice de Pleno Funcionamento (IPF), que visa a examinar a capacidade de funcionamento dos CS, de modo que possam exercer plenamente suas competências e gerar condições para o desenvolvimento da participação popular e do controle

social. Os resultados desse estudo (Tabela 1), referentes aos 89 CMS que responderam ao questionário, são os seguintes:

Tabela 1 – Índice de Pleno Funcionamento (IPF) dos CMS. Rio de Janeiro – 2007

CLASSIFICAÇÃO	INCIPIENTE	COM DIFICULDADE	BOM	ÓTIMO	TOTAL
NÚMERO	2	21	52	14	89
%	0,02	23,59	58,42	15,73	100,00

Fonte: ParticipaNetSUS (2007).

A Tabela 1 mostra que 66 CMS (74,15%) responderam que seu funcionamento é bom ou ótimo. Os resultados seriam excelentes e estariam acima da média nacional, que alcança a 58,4%.

Para entender se há alguma relação entre esse desempenho e indicadores relativos à situação socioeconômica, na Tabela 2 se comparam os municípios situados nos dez primeiros lugares, segundo o Índice de Qualidade Municipal (IQM),⁶ com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), o PIB *per capita* e o IPF dos CMS.

Tabela 2 – Comparação dos dez primeiros municípios do estado do Rio de Janeiro segundo IQM, IDH-M, PIB *per capita* e IPF

MUNICÍPIO	IQM 2005		IDH-M 2000		PIB <i>PER CAPITA</i> 2004	IPF 2006		
	CLASSE	VALOR	CLASSE	VALOR	VALOR (R\$)	ÓTIMO	BOM	INCIPIENTE
Rio de Janeiro	1	1,0000	6	0.842	20.851	x		
Niterói	2	0,8129	7	0.886	15.651		x	
Macaé	3	0,8129	3	0.790	40.281	x		
Volta Redonda	4	0,8129		0.815	23.269	x		
Resende	5	0,5464	5	0.809	26.137	x		
Rio das Ostras	6	0,5189	33	0.775	17.5329		x	
Porto Real	7	0,4664	60	0.743	119.800			x
Casimiro de Abreu	8	0,4518	24	0.781	53.731		x	
Campos	9	0,4585	57	0.752	53.797		x	
Duque de Caxias	10	0,4528	51	0.753	26.392		x	

Fontes: Fundação Cide (2010); Pnud (2010); IBGE (2010) e ParticipaNetSUS (2007).

⁶ O IQM, desenvolvido pelo Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro (Fundação Cide), compreende sete grupos de indicadores, cada qual abordando um aspecto das condições básicas necessárias para o desenvolvimento municipal: dinamismo; centralidade e vantagem locacional; riqueza e potencial de consumo; qualificação da mão de obra; facilidades para os negócios; infraestrutura para grandes empreendimentos; e cidadania.. Disponível em: <www.cide.rj.gov.rj.br>.

Da tabela, pode-se deduzir que não há correspondência entre os indicadores socioeconômicos dos municípios entre si nem com o IPF dos CMS. De um lado, Rio de Janeiro ocupa o primeiro lugar no IQM, o sexto lugar no IDH-M, o PIB é de R\$ 20.20.851 e o IPF é Ótimo. De outro lado, Porto Real se encontra no sétimo lugar em IQM e no sexagésimo no IDH-M e tem o mais alto PIB *per capita* do grupo (e do estado), mas seu IPF é incipiente. Cabe registrar que tampouco foi encontrada qualquer associação entre o IDH-M, o PIB *per capita* e o Índice de Teledensidade, que expressa o número de acessos telefônicos instalados em área urbana e rural por 100 habitantes (Silva, 2005: 111).

Ainda em relação ao desempenho dos CS em geral, um aspecto central no diagnóstico apresentado anteriormente está relacionado ao acatamento das deliberações por parte do secretário de saúde. A fim de saber a situação dos CMS do estado nesse quesito, foi analisada a base de dados do *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde: construa o controle social em rede* (ParticipaNetSUS, 2007), tendo-se constatado que somente sete dos 63 CMS que responderam à questão manifestaram que as deliberações eram cumpridas. E mesmo nestes casos excepcionais restam dúvidas quanto à matéria deliberada, dado que essas resoluções podem estar relacionadas a assuntos internos, como a homologação dos novos membros do CMS após uma eleição de conselheiros. Em resumo, esse resultado apenas corrobora as discussões anteriores sobre esse mesmo ponto.

Publicidade e Inclusão Digital

A necessidade de os CS contarem com meios modernos de comunicação foi uma questão debatida na 12ª Conferência Nacional de Saúde, de 2003, sendo resolvido então

Implementar uma política de informação e comunicação sob a responsabilidade dos conselhos e dos gestores de saúde das três esferas de governo, com garantia de dotação orçamentária, usando diversos meios de comunicação, para informar a população sobre o papel dos Conselhos de Saúde e a sua importância na legitimação das políticas de saúde e do SUS, sua composição e cronograma de reuniões, divulgando informações sobre as realizações, deliberações, e sobre os princípios e diretrizes do SUS. (Brasil/MS/CNS, 2004: 104)

Em decorrência dessa reivindicação, a Secretaria de Gestão Participativa, do Ministério da Saúde, desenvolveu o já mencionado PID, baseado em levantamento junto aos CS para conhecer as necessidades nesse campo e posteriormente distribuir equipamentos a fim de implantar a comunicação virtual entre os colegiados do país e realizar capacitações para o uso da tecnologia.

Com o objetivo de conhecer os avanços ocorridos no estado nessa área, Silva (2005) pesquisou as páginas *web* das prefeituras, das secretarias de saúde e dos CMS, constatando que a situação era muito deficiente. Nova revisão desses achados, em 2008, mostrou que não tinha havido mudanças (Silva & Labra, 2007).

Os resultados do referido estudo de Silva (2005) revelaram que:

- Dos 92 municípios, 35 (38%) prefeituras não tinham sequer um sítio que apresentasse os diversos serviços de utilidade pública que lhes cabe prestar; quer dizer, são invisíveis na malha 'internáutica'. E quando existe página *web*, a ênfase é nas atrações turísticas locais.
- No estado há 73 municípios (79%) com duzentos mil habitantes ou mais e todos eles já utilizam a rede. Porém, só vinte prefeituras (21%) abrigam referências à respectiva secretaria de saúde.
- Dos 92 CMS, apenas cinco (5,4%) constavam do sítio da Prefeitura e da Secretaria de Saúde e tinham página própria (Rio de Janeiro, Itaperuna, Nova Friburgo, Resende e Paraíba do Sul). Todavia, nestes casos foram observados variados problemas que impedem o acesso dos interessados a informações sobre os CS (página estática e/ou desatualizada e/o com conteúdo irrelevante etc.) No caso do CMS do município do Rio de Janeiro, por exemplo, o acesso é indireto porque primeiro é preciso abrir um *link* denominado "Servidores", ou seja, é de fato inacessível para os cidadãos comuns. E mesmo para quem consegue entrar, apenas há acesso às pautas e atas das reuniões, mas não a documentos úteis para conhecer as atividades que o CMS desenvolve.
- Paraíba do Sul é exceção. Apesar de ser um município com baixa teledensidade e de pequeno porte (39 mil habitantes), apresenta um sítio *web* atualizado e dinâmico. O CMS oferece boas informações sobre normas, funcionamento e atividades e inclui variados *links*.

A inexistência do uso de tecnologias de comunicação e informação no âmbito dos CMS explica a ausência de contato virtual institucionalizado entre eles, predominando as interações de tipo presencial (fóruns de conselheiros, conferências de saúde e outros) e sobretudo documental, além do contato pessoal, este sim realizado com frequência por meio da Internet, como mostrou pesquisa realizada em 2002 junto aos Conselhos Distritais de Saúde do município do Rio de Janeiro (Labra, 2005).

Em suma, a fim de alcançar os propósitos para os quais foram criados os CS, é imprescindível que os colegiados mantenham assíduo contato entre si e possam dispor, de forma rápida e oportuna, de informações, documentos e outros instrumentos de gestão para atuarem com fundamento. Todavia, os dados mostram que a comunicação virtual ainda não chegou nem às prefeituras, de modo que a visibilidade dos CMS na malha *web* é praticamente nula. Esse fator, aliado à ausência de divulgação de informações sobre a existência dos CS nos meios usuais de comunicação, nos estabelecimentos de saúde, nas comunidades e entidades que as representam e/ou nos sítios *web* das associações de profissionais e de sindicatos com assento nos conselhos, tornam a publicidade uma questão premente cuja solução é esperada à medida que se expande a implantação do PID no estado.

Composição e Representação

No que diz respeito à composição e à representação dos CMS, as irregularidades são recorrentes e praticamente impossíveis de resolver. Com frequência, constata-se que a composição não é paritária; os critérios de escolha do representante são mal conhecidos; um mesmo conselheiro representa segmentos com interesses opostos (por exemplo, usuários e prestadores) ou é um político em cargo eletivo (em geral, vereador); o conselheiro é indicado pelo prefeito, ou o gestor, ou por entidades alheias ao CS (Câmara Municipal, OAB, Rotary, Lions, ONG, etc.), ou mesmo por agremiações desconhecidas da comunidade. Além disso, os prestadores privados não participam porque resolvem seus pleitos diretamente com o gestor (Labra, 2005).

Para os propósitos desta análise, será examinada somente a composição do segmento dos usuários, tendo em vista que representa 50% dos conselheiros e tem configuração mais problemática. Esse segmento constitui um microcosmo que reflete a heterogênea, porém frágil, dinâmica associativa da sociedade brasileira, compelida a se organizar devido à obrigação das secretarias de saúde de ter CS em funcionamento para receberem recursos federais destinados aos programas de saúde locais, condição, aliás, também válida atualmente para os conselhos de outras políticas públicas.

Como já referido, as resoluções do CNS estipularam uma extensa gama de representações passíveis de terem assento nos CS, o que torna muito impreciso o elenco de potenciais candidatos a conselheiros. Este ponto remete à representação/representatividade, questão muito complicada em relação às organizações da sociedade civil, devido principalmente à sua fragilidade e baixa densidade em termos de membros afiliados, bem como à indeterminação do contingente 'usuários' dos SUS, que, no país, não conta com organizações próprias.

Sobre esse mesmo ponto ainda há outros problemas a mencionar. Pesquisa realizada com conselheiros do segmento usuários dos Conselhos Distritais de Saúde (COD) do município do Rio de Janeiro e dirigentes das associações de moradores com representantes nesses colegiados constatou problemas ou anomalias como as seguintes: a taxa de afiliação às associações não ultrapassa os 12% da população; as assembleias são abertas somente aos afiliados em dia com a mensalidade; as reuniões da associação com a comunidade acontecem três ou quatro vezes ao ano apenas; os dirigentes se mantêm no cargo durante décadas; são esses dirigentes os indicados para representar a associação nos COD, nos quais permanecem por um período superior a cinco anos. Ademais, tornou-se evidente a ausência de comunicação entre o conselheiro e as bases que o elegeram; quer dizer, o conselheiro não dá retorno nem traz insumos às reuniões da associação e os dirigentes não cobram de seu representante os resultados da missão levada a cabo (Labra, 2005, 2008, 2009). Pode-se concluir, em síntese, que as associações replicam no seu interior os mesmos traços excludentes e hierarquizados já constatados na sociedade brasileira como um todo, ou seja, são pouco democráticas.

Muitos dos problemas mencionados também são comuns nos demais segmentos dos CS, especialmente a débil relação existente entre os representantes e as organizações repre-

sentadas (sindicatos, associações profissionais etc.). Isso significa que os debates, acordos e demais assuntos de interesse das bases discutidos nos colegiados não são posteriormente debatidos junto a essas organizações, perdendo-se assim uma oportunidade ímpar de dar a conhecer o CS e incentivar a participação.

Quanto à composição dos CMS, foram utilizados novamente dados do *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde: construa o controle social em rede* (ParticipaNetSUS, 2007), os quais foram tratados apenas quantitativamente a fim de obter uma classificação aproximada das entidades representadas no segmento usuários. Essa alternativa analítica foi escolhida em função dos seguintes fatores: vários CMS não forneceram informações; naqueles que há, a denominação das entidades em geral é vaga ou encontra-se sob a forma de siglas impossíveis de decifrar; muitas respostas foram prejudicadas pela aparente confusão dos respondentes quanto à composição de cada segmento. Dessa maneira, os números apresentados a seguir pretendem (Tabela 3) somente ilustrar a configuração desse universo, mediante a contagem da frequência com que aparecem as diferentes denominações.

Tabela 3 - Entidades representadas nos CMS do estado. Rio de Janeiro - 2006

DENOMINAÇÃO	NÚMERO
Associações de moradores (bairro e favela)	163
Associações de portadores de deficiências (excepcionais, disléxicos, saúde mental, renais, transplantados, auditivos, osteomizados)	40
Outras associações/grupos (mulheres, crianças, jovens, gays, negros, atletas, meio ambiente, ecológicos, dependentes químicos, terapia holística)	21
Outros conselhos (tutelar, entorpecentes, saúde, defesa da cidadania)	6
Sindicatos/Associações profissionais (CUT, Sindisprev, estabelecimentos de saúde, rodoviários, construção civil, siderúrgicos, metalúrgicos, alfaiates e costureiras, taxistas, vigilantes, bancários, hotéis, bares e restaurantes, gráficos, domésticos etc.)	50
Cooperativas de trabalhadores (pescadores, rurais, transporte, apicultores)	8
Associações de produtores, patronais e empregadores (agricultura, pecuária, indústria, comércio)	5
Igreja Católica	38
Outras religiões/cultos (metodista, luterana, assembleia de deus, universal, pentecostal, evangélica, batista, espírita, congregacional, quadrangular, budista, umbanda, terreiro, loja maçônica)	43
Clubes de serviço (Lions, Rotary)	26
Centros assistenciais/beneficentes	23
ONG (Habitat, Viva Rio, Sublime, outras)	6
Câmara municipal	2
Partidos políticos (PT, PV, outros)	3
Faculdades/Escolas/Fundações de ensino (públicas e privadas)	7
Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)	5
Sociedade Pestalozzi	2

Tabela 3 – Entidades representadas nos CMS do estado. Rio de Janeiro – 2006 (Cont.)

DENOMINAÇÃO	NÚMERO
Rádio FM	1
Banda Municipal	1
Blocos de Samba	1
Sociedade Protetora de Animais	1

Fonte: ParticipaNetSUS (2007).

Desses dados, pode-se observar a presença maciça das associações de vizinhança nos CMS, o que referenda sua importância como veículo de representação dos usuários do SUS. É importante ressaltar a presença da Igreja Católica, que atua frequentemente por meio das pastorais. Todavia, um número maior ainda de outras igrejas e cultos tem representação nos CMS, fato condizente com sua extensa penetração nas classes populares. Mediante diversas estratégias publicitárias (imprensa, rádio, televisão, Internet etc.) e de assistência social, os cultos pentecostais têm se engajado com sucesso na política partidária (Werneck Vianna, 2001; Mariano, 2004).

Como é sabido, para uma organização poder indicar um conselheiro, deve ter estatuto em ordem e estar registrada no CNS.⁷ Contudo, cabem dúvidas quanto ao devido cumprimento dessa exigência. De fato, a Tabela 3 mostra uma enorme diversidade de denominações e peculiaridades entre as representações (rádios, bandas, blocos de samba, diversos cultos etc.). Assim mesmo, figuram representantes não relacionados com o segmento usuários, como associações patronais, OAB, faculdades privadas, Câmara Municipal, partidos políticos e outros, o que põe em xeque a lisura das eleições para conselheiros, bem como a representatividade destes. A mesma reflexão pode ser feita a respeito dos centros assistenciais, cabendo indagar até que ponto constituem, na verdade, máquinas ‘políticas de políticos’, profissionais e de igrejas financiadas de modo frequente pelos cofres municipais. Para ilustrar esse ponto, no tópico seguinte se analisa o CMS de Campos dos Goytacazes.

Clientelismo *aggiornado*: o caso do CMS de Campos dos Goytacazes

Campos dos Goytacazes, município-polo da região norte fluminense, tem 432 mil habitantes, número que aumenta para 700 mil quando considerada a Grande Campos, que começa em Macaé e termina na divisa com o Espírito Santo. É o município do país que recebe o maior volume de *royalties* derivados da exploração de petróleo e gás em sua bacia sedimentar (Terra, Oliveira & Givisiez, 2006). Com efeito, a receita por habitante de que dispõe a Prefeitura supera a de São Paulo, ao passo que a de Belém, com uma população bem maior, alcança a um terço da receita campista (Souza, 2004). Todavia, o acelerado enriquecimento de Campos não tem redundado em investimentos sociais, nem

⁷ A relação das entidades habilitadas a se fazer representar nos CS pode ser encontrada no portal do CNS. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br>.

em melhoria da qualidade de vida de seus habitantes (Terra, Oliveira & Givisiez, 2006), nem seu CMS apresenta um desempenho diferenciado, a não ser pelas práticas clientelistas ostensivas. Sobre o fenômeno do clientelismo, cabe salientar que vem recebendo crescente atenção devido à sua persistência no país apesar do retorno à democracia, da intensificação da competição eleitoral, da universalização dos direitos cidadãos e do progresso humano e material.

A realidade atual é paradoxal porque, como assinala Souza (2004), evidencia-se a penetração de valores democráticos e universalistas na sociedade e, simultaneamente, a permanência de práticas clientelistas no âmbito dos representantes eleitos pela vontade popular. Isso quer dizer que o clientelismo se adaptou à modernização capitalista pela qual passou o país no século XX e se transformou em um dos instrumentos que permitiram essa modernização. Mais ainda, a ampliação do poder local promovida pela descentralização reforçou as práticas de uso privado do poder público (Souza, 2004).

O que define uma relação clientelista não é a origem dos recursos, e sim sua natureza, que estabelece intercâmbios entre indivíduos que estão em posições assimétricas. Todavia, o fenômeno do clientelismo mudou: a tradicional figura do coronel foi substituída por políticos profissionais, e no lugar do curral eleitoral surgiram máquinas políticas muito bem organizadas e poderosas que atuam distribuindo serviços e benesses em troca do voto.

Com base em pesquisa sobre práticas clientelistas no nordeste do Piauí, Farias (2000) contribui para essa discussão formulando o conceito de “clientelismo estatal”, segundo o qual os políticos profissionais distribuem recursos públicos e favores ligados às instituições em troca de sustento eleitoral. O novo nessa acepção é que os cabos eleitorais tendem a dirigir-se a comunidades inteiras e menos a indivíduos, ou seja, o clientelismo passa a ter um caráter grupal e impessoal, o qual implica um mínimo de racionalidade administrativa (Farias, 2000). Além do mais, o clientelismo assumiu uma forma mais sofisticada por meio do associativismo:

A tendência é a de haver uma Associação em toda localidade rural ou em bairros do núcleo urbano, normalmente criada com o apoio da Prefeitura. A maioria dos líderes comunitários dá vida ao cabo eleitoral estatal, especializado não mais em prestar pequenos serviços individuais, mas sim em intermediar benefícios governamentais de consumo coletivo, sob a forma de programas assistenciais. (Farias, 2000: 53)

Farias argumenta que a proliferação de lideranças clientelistas e o incentivo ao associativismo derivam da metodologia estatal de gestão participativa, segundo a qual as prefeituras só podem firmar algum convênio se a ‘população-alvo’ estiver engajada em associações locais. Isso induz a uma verdadeira explosão de associações criadas a partir do Estado. Para o autor, “a estrutura organizacional das Associações – o legalismo, o burocratismo – contribui para a continuidade do vínculo das lideranças ao Estado”. Por isso mesmo, os limites da participação comunitária estão dados pelo fato de que “ela pode ser apropriada, com relativa facilidade, pelos esquemas políticos dominantes, transformando-se em um mecanismo de conquistas eleitoreiras” (Farias 2000: 53).

Na mesma linha de Souza (2004), Farias conclui que o clientelismo estatal não é incompatível com a democracia capitalista. Esta não se restringe ao padrão ideológico do universalismo de procedimento senão que engloba também a alternativa clientelista, considerada não uma disfunção, mas fato ‘normal’, funcional a essa democracia. Farias acrescenta que tampouco pode ser evocada a “falta de consciência” dos valores básicos da cidadania política como causa da força do clientelismo, posto que entre os trabalhadores entrevistados havia um claro discernimento sobre os elementos da cidadania política, como liberdade e universalidade, além do pleno conhecimento a respeito dos mecanismos de manipulação do voto. Porém, a fragilidade das organizações populares e a implantação “*acelerada*” do capitalismo no campo criam obstáculos à cristalização da solidariedade de classe, desempenhando um papel estratégico na explicação da prevalência clientelista (Farias, 2000: 63 – grifos do autor).

Por sua parte, Souza (2004), em seu estudo do comportamento dos vereadores de Campos dos Goytacazes, chega igualmente a relevantes conclusões. Conforme a análise desse autor, o mandato é visto como um patrimônio pessoal do vereador. Este tem como sua principal atividade o atendimento de demandas individuais de seus eleitores e não o compromisso com sua função constitucional de fiscalização do Executivo e a formulação de leis. Dessa forma, os parlamentares e lideranças locais se transformam em agentes do favor que oferecem seus serviços de forma individualizada e pleiteiam, em troca, o voto.

A Câmara Municipal é uma instituição marcada pelo silêncio homologador das decisões do Executivo, fato que favorece um ambiente propício para que a população encare os líderes políticos e, por extensão, o Estado como uma entidade paternalista. E como foi nesse ambiente que se formaram os vereadores, eles não conhecem outra forma de fazer política. Nas negociações de cada parlamentar com o Executivo, impera a negociação individual, “reforçando os acordos que levam à secundarização da atividade legislativa em troca do repasse de recursos” (Souza, 2004: 108-109). O prefeito, por sua vez, tem papel decisivo na definição da forma de relacionamento com os parlamentares porque controla os recursos e pode dar prioridade a barganhas fisiológicas em vez de adotar políticas universalistas.

Outro ponto salientado por Souza (2004) se relaciona à participação. Para os vereadores de Campos, a participação da população, por meio de Conselhos Municipais, não reduz o poder do Legislativo. Embora muitos parlamentares acreditem ser positiva a participação popular, poucos concordam que entidades da sociedade utilizem a Câmara Municipal durante as votações. Souza conclui que, “embora os vereadores tenham incorporado em seus discursos argumentos favoráveis à ampliação dos espaços democráticos, não estão dispostos a ampliar espaços de participação nos interstícios eleitorais”. Essa posição se coaduna com a generalizada opinião dos parlamentares de que “com o voto, a população passa todas as decisões políticas para os candidatos eleitos, ou seja, o mandato é um patrimônio pessoal que deve ser exercido de modo exclusivo pelo parlamentar” (Souza, 2004: 37-38).

Outro fenômeno inerente ao clientelismo ‘modernizado’ consiste no florescimento do assistencialismo, materializado em numerosos centros que, embora não fazendo parte das máquinas políticas, funcionam como tais e são do próprio vereador, que as leva consigo

se muda de partido. Para Souza, o assistencialismo é “uma forma de institucionalizar o clientelismo, garantindo perenidade no fornecimento de serviços e bens (...) financiados com dinheiro da prefeitura e representa uma forma de uso privado de recursos públicos” (Souza, 2004: 91).

Na exaustiva relação do autor sobre os centros assistenciais de Campos figuram igrejas, como a Universal do Reino de Deus que mantém pelo menos um centro assistencial para cada parlamentar eleito, bem como organizações dirigidas por vereadores (escolas, postos médicos, creches, cursos profissionalizantes etc.). O estatuto jurídico dessas organizações é variado: há ONGs, associações, escolas, fundações e outras, como postos de atendimento da prefeitura que são assumidos por vereadores.

Os centros assistenciais são organizações prestadoras de serviços à população, que atendem em geral às camadas com baixo poder aquisitivo; eles têm estrutura física montada nos bairros mais carentes de equipamentos sociais; contam com um corpo de funcionários profissionais permanente submetido a uma rígida hierarquia e dependente do chefe da máquina (o vereador). Os serviços prestados são contínuos, isto é, não estão restritos aos períodos eleitorais. Os centros também são utilizados como base das articulações políticas dos vereadores, e neles se realizam reuniões e encontros com eleitores e aliados. A prestação dos serviços tem como objetivo a obtenção de votos e para isso os centros mantêm cadastrados os indivíduos atendidos, que são visitados em períodos eleitorais. Além disso, são completamente identificados com os vereadores que os administram (por exemplo, ‘posto médico do vereador beltrano’) ou mesmo levam o nome do vereador (Souza, 2004).

O exame do clientelismo mostra as mutações que esse fenômeno tem experimentado, bem como as novas denominações a ele adjudicadas: institucionalizado, estatal, comunitário, associativo, profissional ou maquinário. Ademais, aponta que sua versão modernizada está amplamente difundida nas regiões brasileiras, tanto na área urbana quanto a rural. As práticas clientelistas são da maior importância para os CS, posto que inevitavelmente vão afetar a conduta dos conselheiros, tanto quanto o associativismo de fachada e os centros assistenciais de políticos e igrejas podem deturpar seriamente a composição e a representatividade dos segmentos com assento no colegiado e a própria legitimidade deste.

Com sua investigação sobre as máquinas políticas em Campos, Souza contribui decisivamente para avançar no estudo do clientelismo no âmbito dos CMS, tanto quanto os dados do *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde: construa o controle social em rede* (ParticipaNet-SUS, 2007), que permitem identificar claramente uma representação que coincide com a descrição desse autor, conforme será explicitado a seguir. No ano de 2005, a composição do segmento usuários do CMS de Campos era a seguinte:⁸

- Associação de Moradores de Ibitioca
- Associação Amigos Parque São Benedito

⁸ Ressalve-se que a composição do CMS de Campos já mudou; porém, como as páginas *web* da Secretaria Municipal de Saúde não contêm qualquer informação sobre o colegiado, não foi possível atualizar os dados.

- Associação de Moradores e Amigos de Campos
- Associação de Moradores de Nova Brasília
- Associação de Moradores de Campos Limpo
- Associação de Moradores Santos Dumont
- Associação de Moradores de Ponta da Lama
- Associação de Moradores de Guarus
- Associação de Moradores do Parque Prezares
- Associação de Renais Crônicos e Transplantados
- Grupo Terceira Idade Vida Nova
- Associação Comunitária Mulheres de Campos
- Sindicato dos Empregados de Estabelecimentos de Saúde
- Associação Campista de Aposentados e Pensionistas
- Cooperativa dos Trabalhadores do Transportes
- Pastoral da Criança
- Igreja Evangelho Quadrangular
- Paróquia Santa Terezinha
- Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde
- Faculdades de Medicina, Odontologia e Serviço Social de Campos
- Faculdade de Psicologia e Enfermagem Estácio de Sá
- Projeto Pillar

O CMS de Campos mostra uma composição do segmento dos usuários muito heterogênea, sendo difícil justificar a presença de um número tão grande de associações de moradores, de entidades privadas formadoras de recursos humanos e de centros assistenciais, como o Projeto Pillar, ao qual se fará referência logo adiante.

A partir das contribuições de Souza (2004), pode-se inferir que a expressiva presença de associações de moradores poderia ser atribuída ao fato de sua jurisdição corresponder a zonas eleitorais de vereadores, os quais pressionariam para representantes daquelas terem presença nos CMS.

O Projeto Pillar, segundo critérios e informações recolhidos por Souza (2004), seria em verdade uma máquina política cuja representação no CMS é claramente ilegítima. Trata-se de uma associação filantrópica denominada Fundação Pillar que pertence ao vereador Rodrigo Viana, sobrinho do ex-prefeito. Oferece serviços gratuitos de atenção à saúde, contando com quatro médicos especialistas, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social. Também entrega próteses e cadeiras de rodas e distribui cestas básicas. Possui um outro centro assistencial para crianças e portadores de necessidades especiais. Realiza cerca de 2.500 atendimentos mensais e tem mais ou menos cem empregados contratados pela Prefeitura por prestação de serviços, ou seja, não são funcionários públicos. De acordo com

Souza (2004), é uma máquina política cuja função é maximizar o desempenho eleitoral do vereador, cujas ações são vistas pela população como resultado de sua benevolência, como um favor e não como um direito. E como tudo isso é feito à custa da verba da Prefeitura, o uso privado de bens públicos (patrimonialismo) fica claramente identificado.

Tendo em vista o expressivo número de centros e cultos que prestam assistência social com assento nos CMS, o vulto dos fenômenos do clientelismo e do patrimonialismo não pode ser desconsiderado. Ao contrário, o tema merece um estudo cuidadoso a fim de identificar as formas mediante as quais essas práticas deletérias afetam todas as facetas do funcionamento dos CS, tolhendo diretamente a legitimidade, a representatividade e o exercício do controle social e, bem mais do que isso, o próprio exercício de democracia.

CONCLUSÕES

É inquestionável o avanço da democracia participativa no Brasil. E para tanto a instauração dos CS foi decisiva. Essa caminhada ganha maior relevância quando se consideram os tantos obstáculos que se interpõem para a efetiva consecução do controle social. Avaliar essas experiências de forma compreensiva e inteligível é, contudo, uma tarefa difícil. Isso porque cada CS constitui tanto um microcosmo que contém e reflete os valores predominantes na sociedade geral e local sobre a democracia e suas instituições quanto um espelho das contradições inerentes ao subdesenvolvimento econômico e à exclusão social. Há ainda que ressaltar os problemas derivados do próprio formato idealizado para os colegiados, cujas consequências não previstas ou indesejadas são objeto de permanente inquietação e debate.

O fenômeno participativo envolve extraordinária complexidade cuja cabal compreensão exigiria uma abordagem teórico-metodológica capaz de identificar e contemplar as múltiplas variáveis de diferente ordem que o determinam, e de inferir relações causais entre o modelo preconizado e a realidade observada, de modo a apontar novos rumos para o avanço do controle social.

Para encerrar, é cabível indagar se vale a pena lutar pelo aprimoramento da gigantesca rede participativa construída no setor saúde; se, nas condições examinadas, o controle social é viável ou é apenas uma quimera inatingível; se, enfim, teria chegado o momento de avaliar o 'sistema nacional participativo' como um todo a fim de corrigir as imperfeições que entorpecem seu desempenho. Certamente, essa é uma tarefa a ser prontamente empreendida.

De todo modo, é preciso reafirmar a luta pela participação e pelo controle social. E isso porque nenhuma sociedade teve primeiro que estar pronta para depois começar suas lutas. A democracia brasileira é muito nova, até mesmo incipiente se olhada na perspectiva das 'velhas' democracias. Por isso mesmo, é na sua construção que se cultivam valores cívicos, se mudam as regras do jogo que lhe são adversas e se introjetam direitos. Em síntese, não há requisitos *a priori* para construir uma genuína democracia participativa, deliberativa. Ela se molda numa caminhada demorada e conflituosa, iterativamente: aprendendo, errando, acertando. E o estado do Rio Janeiro é o melhor exemplo.

REFERÊNCIAS

- BRAGA, R. S. Entrevista concedida a Antonio Agenor de Melo Barbosa. *Vitruvius*, Ano 6: 6, jun. 2005. Disponível em: <www.vitruvius.com.br/entrevistas/read/entrevista/06.021/3319?page=6>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 33, de 23 dez. 1992. Aprova o documento “Diretrizes para a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 jan. 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 333, de 4 nov. 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 4 dez. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Rumo à 13ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório da Oficina Permanente*. Brasília: Ministério da Saúde, 18-19 maio 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Luta pela Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro*. Brasília: Ministério de Saúde, 2006. (Série D: Reuniões e Conferências)
- CENTRO DE INFORMAÇÕES E DADOS DO RIO DE JANEIRO (FUNDAÇÃO CIDE). Banco de Dados Municipais. Disponível em: <www.faperj.br/boletim_interna.phtml?obj_id=2805>. Acesso em: 14 jul. 2010.
- CÔRTEZ, S. (Org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- DELGADO, M. M. & ESCOREL, S. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. *Divulgação em Saúde para Debate*, (43): 79-95, 2008.
- ESCOREL, S. & DELGADO, M. M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. *Divulgação em Saúde para Debate*, (43): 62-78, 2008.
- FARIAS, F. Clientelismo e democracia capitalista. Elementos para uma abordagem alternativa. *Revista de Sociologia e Política*, (15): 49-65, 2000.
- FLEURY, S. & LOBATO, L. V. (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- GUIMARÃES, I. Entrevista. *Democracia Viva*, 36: 20-31, 2007. Disponível em: <www.ibase.br/userimages/DV_36_entrevista1.pdf>. Acesso em: 24 set. 2009.
- GOULART, F. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 34(84): 18-30, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Produto Interno Bruto dos Municípios, 2003-2007* (Tabela 1). Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2003_2007/tab01.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.
- LABRA, M. E. Análise de políticas públicas, modos de *Policy Making* e intermediação de interesses. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 9(2): 131-166, 1999.
- LABRA, M. E. *Política, Processo Decisório e Informação*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2002. (Texto Didático: Curso a Distância Gestão da Informação e Tecnologias em Saúde.)

- LABRA, M. E. 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, 2005.
- LABRA, M. E. Lecciones de la experiencia participativa en salud en Barcelona y Río de Janeiro. *Saúde em Debate*, 30(73/74): 287-300, 2006.
- LABRA, M. E. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? *Saúde em Debate*, (43): 106-117, 2008.
- LABRA, M. E. Política nacional de participação em saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S. & LOBATO, L. V. (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- MARIANO, R. Expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal. *Estudos Avançados*, 18(52): 121-138, 2004.
- MOREIRA, M. R. & ESCOREL, S. (Coords.). Monitoramento e apoio à gestão participativa do SUS. In: PARTICIPANETSUS. Estrutura virtual de trabalho e pesquisa desenvolvida no âmbito da pesquisa. Brasília, 2007. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>.
- PAIM, J. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(2): 167-183, 1986.
- PARTICIPANETSUS: *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde: construa o controle social em rede*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, 2007. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Atlas do Desenvolvimento Humano – Brasil, 2009*. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 1991 e 2000. Disponível em: <[www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-%2091%2000%Ranking%20decrecente%20\(pelos%dados%20de%202000\).html](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-%2091%2000%Ranking%20decrecente%20(pelos%dados%20de%202000).html)>. Acesso: 15 jul. 2010.
- SANTOS JR., O.; RIBEIRO, L. C. & AZEVEDO, S. Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: SANTOS JR., O.; RIBEIRO, L. C. & AZEVEDO, S. (Orgs.). *Governança Democrática e Poder Local*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.
- SILVA, A. B. *Multimídia e Conectividade entre os Conselhos de Saúde: a plenária virtual permanente*, 2005. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SILVA, A. B. & LABRA, M. E. Plenária virtual permanente: em busca da interlocução entre os conselhos de saúde. *Ciência da Informação*, 36(2): 106-177, 2007.
- SILVA, I. & LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1): 161-170, 2001.
- SOUZA, R. B. *Clientelismo e Voto em Campos dos Goytacazes*, 2004. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado: Universidade Estadual do Norte Fluminense.
- TANAKA, O. Y. et al. Gerenciamento do setor saúde na década de 80 no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 26(3): 85-194, 1992.
- TERRA, D.; OLIVEIRA, E. L. & GIVISIEZ, G. H. Os municípios “novos ricos” do petróleo são mais solidários com sua população? In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE O PODER LOCAL, X, 11-13 dez., 2006, Salvador. *Anais...* Salvador, 2006.
- WERNECK VIANNA, L. A política e a religião pelo método confuso. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 19 ago. 2001, p. 10.
- XAVIER, L. N. Inovações e (des)continuidades na política educacional fluminense (1975-95). In: FREIRE, A.; SARMIENTO, C. E. & MOTTA, M. S. (Orgs.). *Um Estado em Questão: os 25 anos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.