

## **INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE: ANÁLISE DO ESPAÇO DELIBERATIVO E DE SUA OCUPAÇÃO**

### *INSTITUTIONALIZATION OF PARTICIPATION IN HEALTH COUNCILS: ANALYSIS OF THE DELIBERATIVE SPACE AND ITS OCCUPATION*

***Bruno de Jesus Lopes\****

***Edson Arlindo Silva\*\****

***Marco Aurélio Marques Ferreira\*\*\****

***Magnus Luiz Emmendoerfer\*\*\*\****

---

#### **RESUMO**

Novas configurações institucionais têm se formado no Brasil com o propósito de integrar a sociedade ao Estado na formulação de políticas públicas. É o caso do setor de saúde, que, por intermédio de um histórico de lutas por melhores condições sanitárias e de saúde, institucionalizaram em 1990 os Conselhos Gestores de Saúde (CGS). Os conselhos são caracterizados por serem um espaço de deliberação e fiscalização de políticas públicas, formados por membros da sociedade civil e do governo. Seguindo essa perspectiva, será que os conselhos gestores de saúde estão institucionalizados no cenário democrático brasileiro? Para responder a esta questão central deste estudo, o objetivo deste trabalho foi verificar o nível de institucionalização dos CGS tanto de uma visão macro, observando o espaço democrático dos conselhos, quanto de uma visão micro, analisando a organização dos conselhos. Em termos metodológicos, foi feita uma pesquisa bibliográfica a partir de artigos publicados em eventos da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração (Anpad) e da Plataforma Spell. Dentre os principais resultados, destaca-se o fato de que o espaço deliberativo do CGS está semi-institucionalizado, o que sugere reflexões sobre a apropriação do paradigma gerencialista por um modelo de governança pública compartilhada. Em nível micro, foi observado que os conselhos também não se institucionalizaram completamente, sendo necessária a manutenção de alguns pontos, como: capacitação dos conselheiros, aceitação do Estado em relação às atividades do CGS e consciência coletiva de atuação dos membros dos conselhos.

---

Manuscript first received /Recebido em: 18/09/2014    Manuscript accepted/Aprovado em: 10/11/2014

\*    Doutorando em Extensão Rural pela Universidade Federal de Viçosa, UFV. Mestre em Administração pela Universidade Federal de Viçosa, UFV. Bacharel em Administração pela Faculdade de Viçosa, FDV. [bruno.jesus@ufv.br](mailto:bruno.jesus@ufv.br)

\*\*    Doutor em Administração pela Universidade de Lavras, UFLA. Mestre em Extensão Rural pela Universidade Federal de Viçosa, UFV. Especialista em Filosofia pela Universidade Federal de Ouro Preto, UFOP. Bacharel em Administração pela Universidade Federal de Viçosa. [edsonsilva@ufv.br](mailto:edsonsilva@ufv.br)

\*\*\*    Pós-Doutorado em Administração Pública por Rutgers University - The State University of New Jersey USA. Doutor em Economia pela Universidade Federal de Viçosa, UFV. Mestre em Economia Aplicada pela Universidade Federal de Viçosa, UFV. Bacharel em Administração pela Universidade Federal de Viçosa, UFV. [marcoaurelio@ufv.br](mailto:marcoaurelio@ufv.br)

\*\*\*\*    Doutor em Ciências Humanas: Sociologia e Política pela Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. Mestre em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Bacharel em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. [magnus@ufv.br](mailto:magnus@ufv.br)

**Palavras-chave:** Conselhos Gestores de Saúde. Democracia Deliberativa. Participação Cívica.

## **ABSTRACT**

*New institutional configurations have been formed in Brazil with the purpose of integrating the State Society in policymaking. This is the case of the health sector, through a history of struggles for better sanitation and health, institutionalized in 1990 the Health Management Councils (CGS). The boards are characterized by being a space for deliberation and monitoring of public policies, formed by members of civil society and government. Following this perspective, are health management boards institutionalized in the democratic scenario in Brazil? This study aimed to determine the level of institutionalization of CGS, both in a macro view, watching the democratic space of the councils as in a micro view, analyzing their organization. In methodological terms, a literature research was made from articles published in ANPAD events and the platform SPELL. Amongst the main results is the fact that the deliberative space of the CGS is semi-institutionalized, suggesting some reflections on the appropriation of the managerialist paradigm by a model of public governance. At a micro level, it was observed that the council is not fully institutionalized either, which makes it necessary to maintain some points as counselor training, acceptance of the State about the activities of the CGS and the collective consciousness of action from board members.*

**Keywords:** Health Management Councils. Deliberative Democracy. Civic Participatio

## **1 INTRODUÇÃO**

Com o fim do período autoritário imposto pelo regime militar, e com a promulgação de uma nova Carta Magna, novas configurações institucionais se formaram embasadas nos princípios normativos-legais prescritos na Constituição Federal de 1988, em que a sociedade civil teria um maior espaço na participação política junto ao Estado. Dentre essas novas configurações, os conselhos gestores de políticas públicas se institucionalizaram como mecanismos para inserção da sociedade nas decisões do Estado e para o Controle Social nas diversas esferas de ação do Poder Central.

Presente nas três dimensões da federação (Federal, Estadual/Distrital e Municipal), os conselhos de políticas públicas respondem como uma das maiores redes de interação sociopolítica-econômica em andamento no Brasil, sendo que as ações por eles promovidas visam ao bem comum da sociedade (OLIVEIRA, 2009). Estas ações, mediadas por normas de conduta, apresentam desdobramentos sociais, políticos, econômicos e administrativos.

Seguindo estes pressupostos, seus processos apontam para a abertura de espaços democráticos, em diferentes graus, entre a Sociedade Civil e o Estado. Em consonância com o “ideal participativo”, encontra-se a necessidade de nivelamento das relações entre cidadãos e governos, o que implica a promoção de espaços deliberativos e participativos. De acordo com Pereira, Lima e Martins (2013), os conselhos podem ser definidos como espaços de participação política, deliberação e controle social, possibilitando a representação de interesses diversos na arena política e na definição da agenda pública.

Além da criação deste espaço, o funcionamento efetivo dos conselhos gestores (PIRES, 2011) depende de ações que estão explícitas e regulamentadas. No caso dos conselhos de saúde, pela Resolução 333 de 2003, que estabelece suas diretrizes dos conselhos e por um regimento interno que

aponta princípios, como simetria de informações, equilíbrio entre os poderes da sociedade civil, dos trabalhadores e do Estado, do direito de se expressar e dar voz às ideias. Depende também de ações implícitas que tem como base o senso comum, como o conhecimento dos conselheiros em relação às suas competências, o comprometimento com o conselho, o pensamento em ações coletivas frente aos interesses individuais. Estas condições, quando positivas no conselho, faz com que estes espaços de participação social sejam órgãos democráticos, efetivos e legítimos diante o Estado e a sociedade.

Vale ressaltar que uma Nova Resolução, em substituição a 333 de 2003, foi aprovada - a 456 de 2012. No entanto, para efetivação desta nos conselhos, novos regimentos internos devem ser estabelecidos em favor desta resolução, o que ainda não existia na época do levantamento dos dados deste estudo.

A escolha do conselho de saúde como objeto deste estudo se deu por fatores que contribuíram para a estruturalização deste espaço, como: o conturbado contexto histórico do setor no Brasil, onde, até a promulgação da Constituição Federal de 1988, era marcada por uma má organização do sistema; oferta de serviços fragilizada e movimentos populares que buscavam a construção de um sistema equitativo de saúde. Outro motivo, ligado à disseminação do conhecimento científico, está relacionado ao fato da literatura de estudos que envolvam os conselhos gestores de saúde na área da administração pública ainda serem incipientes em relação à produção científica deste assunto.

A relevância deste estudo se dá pelo seu principal objetivo: apresentá-lo à comunidade científica e aos envolvidos com este espaço o grau de institucionalização dos conselhos de saúde frente seus processos democráticos. Afinal, a total institucionalização destes espaços torna possível garantir que as diretrizes de descentralização e participação social firmada pela Constituição Federal de 1988 se efetivem. Logo, entender a necessidade de um conselho gestor sedimentado contribuirá na construção de arenas deliberativas que realmente atendam aos princípios para os quais foram criados.

Com o intuito de melhor compreender a situação do Conselho de Saúde no Brasil, este estudo usa como principal fonte teórica a abordagem institucional sociológica, em especial, o processo de institucionalização de Tolbert e Zucker (2006).

A abordagem institucional possui vertentes contemporâneas denominadas de “novo institucionalismo”, que possibilitam estudos organizacionais a partir de uma racionalidade imbuída de subjetivismo e de valores, incluindo a análise do grau de legitimidade de uma organização perante a sociedade e a outras instituições na construção do ambiente organizacional.

No Brasil, a pesquisa utilizando a Abordagem Institucional tem se expandido desde 1980<sup>1</sup>. No entanto, estudos realizados não têm procurado compreender o contexto de conselhos de políticas públicas, apesar de Caldas e Fachin (2007) sinalizarem que esta abordagem apresenta múltiplas possibilidades de análise e de aplicações, que se acredita ser observáveis nesse contexto no setor da saúde.

## 2 PERSPECTIVAS DA ABORDAGEM INSTITUCIONAL

O desenvolvimento da Teoria Institucional pode ser dividida em duas fases: a primeira, remonta ao século XIX, sendo conhecida como velho ou antigo institucionalismo; a segunda fase tem origem na década de 1980 e é denominado de novo ou neo-institucionalismo.

Os primeiros estudos realizados sobre a teoria institucional eram caracterizados por uma abordagem das bases institucionais locais, construídas por atores individuais e organizacionais na interação imediata com seu ambiente, sobre o qual detinham algum controle. Por meio da racionalidade instrumental e objetiva, estes estudos organizacionais, em especial os elaborados por Everett Hughes

e Philip Selznick, adotam, como conceito de instituição, um modo prescritivo, orientado nas formas como uma organização pode se tornar uma instituição, que significa ganhar legitimidade perante a sociedade e tornar-se permanente, sobrevivendo ao ambiente de negócios (PECI, 2006).

Em meados da década de 1980, autores como Meyer e Rowan, DiMaggio e Powell, Tolbert e Zucker retomam os estudos sobre a Teoria Institucional, dando origem ao Novo Institucionalismo. Diferente do modelo antigo, esta abordagem dá aos estudos uma visão mais ampla ao ambiente no processo de construção e legitimação da instituição. Além disso, desconsidera-se a racionalidade instrumentalista e objetiva, aderindo, em sua teoria, conceitos subjetivos, como cultura, sistema de valores e recursos simbólicos, reconhecimento social, legitimação; conceitos estes que estão também ligados à institucionalização de espaços deliberativos, como os conselhos de políticas públicas.

Hall e Taylor (2003) identificam três vertentes de análise diferentes no neo-institucionalismo: o institucionalismo histórico; da escolha racional e o sociológico. Mesmo sendo o objetivo deste ensaio o processo de institucionalização aprofundado na vertente sociológica, é importante destacar, mesmo de forma resumida, estes três modelos:

- Institucionalismo Histórico: tem como objetivo compreender o funcionamento das instituições por meio de modelos históricos. Neste modelo, as instituições são configuradas por legados de forças políticas e sociais históricas;
- Institucionalismo da Escolha Racional: neste modelo, os indivíduos moldam as instituições, influenciam sua criação e função e desenvolvem um comportamento estratégico em um contexto de normas e regras;
- Institucionalismo Sociológico: baseando-se na sociologia das organizações, enfatiza principalmente a lógica da reprodução institucional a partir da constituição de regras, normas, valores e rituais (EMMENDOERFER, 2006).

Dentro do Institucionalismo Sociológico, pode-se destacar os autores DiMaggio e Powell (2007), que teorizam os estudos institucionais através de uma abordagem macro por meio dos campos organizacionais, sendo este um setor que inclui todas as organizações de uma sociedade que oferecem um determinado tipo de produto ou serviço de forma sistêmica, ou seja, junto com fornecedores, financiadores, reguladores e assim por diante (PECI, 2006).

Segundo DiMaggio e Powell (2007), o campo organizacional existe apenas na medida em que é definido institucionalmente, “o processo de definição ou ‘estruturação’, institucional consiste de quatro elementos” (DIMAGGIO e POWELL, 2007, p. 119): a) aumento na amplitude de interação entre as organizações presentes no campo; b) a emergência de estruturas de dominação e padrões de coalizão interorganizacional, claramente definidos; c) aumento no volume de informação com o qual as organizações de um campo têm que lidar; d) o desenvolvimento de uma consciência mútua, entre os participantes de um grupo de organizações, de que eles estão envolvidos em um empreendimento comum.

Estes autores argumentam ainda que os campos organizacionais altamente estruturados proporcionam um contexto em que os esforços individuais, para lidar racionalmente com incertezas ambientais, muitas vezes levam o conjunto a se homogeneizar em estrutura, cultura e resultado. Para explicar este processo de homogeneização, utilizam como argumento três mecanismos de mudança isomórfica institucional: o isomorfismo coercivo, mimético e normativo. Caldas e Fachin (2007) argumentam que o isomorfismo é provavelmente o maior alicerce da teoria neo-institucional.

Rosa e Coser (2004) definem isomorfismo como sendo o processo que constrange e força a homogeneização das unidades que compartilham das mesmas condições ambientais. Este conceito

abrange também questões relacionadas à “competição por poder político, legitimidade institucional e conveniência social” (p. 5).

DiMaggio e Powell (2007) definem os três mecanismos de isomorfismo como:

- **Isomorfismo Coercivo:** Resulta das pressões, ao mesmo tempo, formais e informais, exercidas sobre as organizações por outras organizações das quais dependem e por expectativas culturais da sociedade em que as organizações atuam. Essas pressões podem ser interpretadas como força, persuasão ou como convite para se associar em conluio, conspiração;
- **Isomorfismo Mimético:** Resulta de respostas padrão à incerteza. As novas organizações seguem o modelo das organizações mais antigas, em toda economia, e os administradores procuram ativamente modelos como bases de construção. As organizações tendem a se espelhar em outras organizações de seu campo, que elas percebem como mais legítimas ou bem-sucedidas.
- **Isomorfismo Normativo:** Provém, principalmente, da profissionalização. Pode ser resultante da educação formal ou da formação e manutenção das redes de trabalho.

Diferente de DiMaggio e Powell (2007), Tolbert e Zucker (2006) tomam como orientação em seus estudos os processos de institucionalização de organizações formais, sendo este “processo central na criação e perpetuação de grupos sociais duradouros” (p. 202), possibilitando, assim, por meio desta abordagem, avançar em termos teóricos no nível de institucionalização dos conselhos de saúde.

Segundo as autoras mencionadas, o processo de institucionalização começa por meio de uma inovação, pela criação de uma nova estrutura em resposta a alguma contingência ambiental; ligado à inovação está a Habitualização. A etapa seguinte é a denominada de Objetivação, que consiste no desenvolvimento de significados gerais socialmente compartilhados ligados a esses comportamentos, um desenvolvimento necessário para a transposição de ações para contextos além do seu ponto de origem. A última etapa é a Sedimentação, que se refere ao grau em que as tipificações são vivenciadas como possuindo uma realidade própria, uma realidade que confronta o indivíduo como um fato externo e coercivo.

Via de regra, o processo de habitualização envolve a construção de novos arranjos estruturais em resposta a contingências ambientais específicas, como também a formalização de tais arranjos em políticas e procedimentos de uma dada organização, ou um conjunto de organizações que encontrem problemas iguais ou semelhantes. Esses processos resultam em estruturas que podem ser classificadas como um estágio de pré-institucionalização (TOLBERT e ZUCKER 2006).

A objetivação é o movimento em direção a um status mais permanente e disseminado, que acompanha a difusão da estrutura. Envolve, também, o desenvolvimento de um certo grau de consenso social entre os tomadores de decisão da organização a respeito do valor da estrutura e a crescente adoção pelas organizações com base nesse consenso. Estruturas que se objetificaram e foram amplamente disseminadas podem ser descritas como estando no estágio de semi-institucionalização. Nesse ponto, a difusão deixa de ser uma simples imitação para se basear em conceitos mais normativos, refletindo a teorização implícita ou explícita das estruturas.

A última etapa, a de Sedimentação, envolve a institucionalização total, um processo que fundamentalmente se apoia na continuidade histórica da estrutura e, especialmente, em sua sobrevivência pelas várias gerações de membros da organização. Neste ponto, a instituição se encontra mais forte contra pressões coercivas de outras organizações e mais resistentes a mudança.

A partir do processo de institucionalização apresentado neste tópico e fundamentando-se em Tolbert e Zucker (2006), no quinto item deste estudo, será construído um paralelo deste processo com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos conselhos de saúde. O capítulo quatro, objetiva demonstrar os procedimentos metodológicos utilizados na construção deste artigo.

### 3 CONSTRUÇÃO DO SUS E DO CONSELHO DE SAÚDE

Ao considerar o histórico brasileiro relacionado às políticas públicas de saúde, observa-se um maior movimento em direção às melhores condições sanitárias para a população apenas no início da Era Vargas, em 1930. Até então, poucas ações aleatórias buscavam a qualidade de vida para a população, como o caso da Revolta da Vacina ou as lutas pelo controle das epidemias principalmente nas regiões portuárias que afetavam diretamente a economia brasileira.

Assim, pode-se afirmar que a construção do Sistema Único de Saúde brasileiro foi um processo que se iniciou com as primeiras políticas de saúde em meados de 1930; no entanto, não apenas de ações do Estado, já que a sociedade buscou, durante os anos que precederam à Construção do SUS, por melhores condições de Saúde e por participação nas decisões políticas.

Nesse intervalo de tempo (1930 a 1991, quando o SUS foi institucionalizado), a sociedade brasileira passou por experiências democráticas e regimes autoritários até chegar a um Estado Democrático. A este fato, confirma-se a situação da saúde pública brasileira no referido período, já que podia ser considerada desigual e cercado por interesses das elites (KLEBA 2005; LIMA et al 2005; FALEIROS et al 2006; MACHADO, LEANDRO e MICHALISZYN 2006). Esta situação, pode ser um dos elementos motivadores dos movimentos populares que se formaram no interior do país na busca pelos direitos da população em relação ao setor de saúde e pela reforma sanitária. Devido a estes movimentos, os processos participativos começaram a sobressair na sociedade brasileira.

Dentre as mobilizações populares, até os anos 1940, período em que as relações entre o Estado e a sociedade no Brasil era marcada especialmente pelo clientelismo, tutela e troca de valores (CARVALHO, 1988), os movimentos sociais que mais se destacaram foram os dos trabalhadores e empregadores brasileiros que exigiam uma maior cobertura do sistema de saúde, até porque, nesta época, segundo Kleba (2005), o sistema de saúde era organizado de três formas: 1) pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que financiava, a prestação de serviços de instituições conveniadas, exclusivamente, aos trabalhadores contribuintes; 2) outra parcela da população tinha acesso à assistência por intermédio de Centros de Saúde e outras instituições sociais, que visavam atender as parcelas menos favorecidas da população; e, por último, 3) pela iniciativa privada, que prestava atendimentos através da cobrança de honorários, assegurando, assim, as altas classes econômicas do Brasil. Em 1945, devido às pressões exercidas pelos trabalhadores, os benefícios de alguns institutos foram ampliados, passando a atender, também, os familiares do segurados e os aposentados.

No período que antecedeu o regime militar, o Brasil vivenciou uma curta experiência democrática, que foi de 1945 a 1964. Nesse intervalo de tempo, existiu, no cenário nacional, a possibilidade de um aprofundamento na busca pela descentralização das políticas de saúde, gerando discussões em direção do que seria algo semelhante ao SUS. No entanto, as características autoritárias do governo ditatorial, que se instaurou por base de intervenção militar, encerrou com tais ações antes mesmo de começarem a funcionar.

Maior representatividade da população pode ser observada a partir da década 70. Devido às práticas ditatoriais do governo militar, o Estado passou a ser encarado como opositor e classicista por parte da sociedade civil organizada, gerando, assim, uma participação popular mais estruturada, que, além de exigir os direitos de assistência à saúde, buscava políticas sociais mais públicas e também, demandavam acesso ao poder através de espaços nas decisões políticas referentes à saúde (FALEIROS et al, 2006).

Outro ponto motivador dos crescentes movimentos sociais na cultura brasileira foi o aumento das desigualdades econômicas e sociais no período do milagre econômico, em meados da década de 1970. Consequente a isso, a participação da sociedade civil nas decisões passou a ser cada dia mais valorizada

“como forma de garantir o redimensionamento das políticas e práticas para o atendimento da necessidade do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde” (CARVALHO 1995 apud FALEIROS et al, 2006, p. 39). No entanto, o Estado burocrático-autoritário estipulado pelo governo militar fez com que essas práticas participativas recuassem. Como exemplo, até mesmo as Conferências Nacionais de Saúde, caracterizadas por ser um espaço aberto para participação, durante este governo, foram transformadas quase que em um encontro técnico para decisões políticas de saúde (LIMA et al, 2005).

Com a decadência do regime militar no final da década de setenta e início de oitenta, em 1979, a Câmara dos Deputados realizou o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na qual os pensadores críticos oposicionista-reformistas (formado pela sociedade civil) apontaram a crise do sistema de saúde do país, bem como a necessidade de democratização da sociedade. Foram apresentadas, neste evento, as primeiras diretrizes idealizadas para a formulação de um sistema de saúde unificado.

Em 1985, a ditadura foi deposta do cenário político brasileiro, e, em janeiro do ano seguinte, Tancredo Neves se tornou o primeiro Presidente da República eleito após regime militar no país. No entanto, com sua morte, em abril do mesmo ano, quem assumiu o posto foi o seu vice-presidente, José Sarney. Ainda neste ano (1986), ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de 5.000 pessoas. Nesse evento, dentre as principais diretrizes decididas, podem ser citadas:

- A afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação de políticas e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;
- A Constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde, incluindo além da esfera governamental, movimentos populares, e;
- A formação de conselhos de saúde, municipais, regionais e estaduais (FALEIROS et al 2006).

As diretrizes firmadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceram um novo desenho institucional para a participação social na elaboração de políticas. No entanto, a legitimação de um sistema descentralizado de saúde iniciou-se apenas em 1988, junto à universalização dos direitos aos serviços de saúde, com a Carta Magna deste ano. Na Constituição Federal em tela, a confirmação da participação popular se encontra nas seguintes cláusulas do artigo 198, da Seção II:

Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Em outras palavras, a Constituição Federal se orienta pelas seguintes diretrizes:

Da universalidade e integralidade da cobertura, do reconhecimento dos direitos sociais de cidadania, da afirmação do dever do Estado, da subordinação das práticas privadas à regulação tendo em vista a relevância pública das ações e serviços sociais, de um arranjo organizacional descentralizado caracterizado pelo federalismo cooperativo e de uma perspectiva participativa de gestão Estado/sociedade (FLEURY et. al. 2010, p. 446).

As Conferências Nacionais de Saúde merecem ser destacadas. Como foi observado, foi a partir da Oitava Conferência que os Conselhos de Saúde começaram a se originar. No entanto, as discussões institucionalizadas de saúde já haviam começado em 1941, com a I Conferência de Saúde.

Mesmo sem possuir as características deliberativas, o Governo Federal já sentia a necessidade de estabelecer formas de discussão para conhecer as principais ações tomadas e as necessidades sanitárias existentes. No entanto, em 1964, com o regime militar, as conferências deixaram de ter cunho participativo para se tornar algo estritamente técnico.

Retornando aos Conselhos de Saúde, após a Constituição de 1988, instaurou-se, no Brasil, um governo de base neoliberal, reduzindo, assim, de certo modo, as pressões populares de demandas participativas, contudo, durante o governo Collor, algumas leis em favor da saúde e da participação social foram aprovadas, dentre elas a lei criadora do SUS, a 8.080 de 1990.

A lei regularizadora dos conselhos gestores de saúde foi aprovada dois anos mais tarde, em 1990. A lei 8.142 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde enfatizou a democratização e o fortalecimento dos conselhos, sendo aprovada também a Resolução número 33-92, com as Recomendações para constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e principais competências (LIMA et al 2008; FALEIROS et al 2006). Esta resolução definiu o Conselho Gestor de Saúde como

o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixada em lei. O Conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do Sistema de Saúde, propiciando o controle social desse sistema (BAHIA, 1992, p. 1).

Com o caráter deliberativo, o poder dos conselhos vai além das discussões consultivas e de opinião em relação à gestão de saúde, existindo, assim, a possibilidade de intervenção no setor. Os conselhos devem efetivamente atuar na formulação de estratégias e no controle das políticas públicas de saúde (SACARDO e CASTRO, 2002). De acordo com Fleury et. al. (2010), este novo modelo de gestão de saúde é constituído por um conjunto de atores sociais, instituições e instâncias que compõem os processos deliberativos, de responsabilização e prestação de contas, além da capacidade de formular e executar políticas municipais de saúde.

Em 2003, com o acúmulo de experiência do “Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos conselhos de Saúde” (BRASIL, 2003, p. 3), foram aprovadas novas diretrizes para o funcionamento dos conselhos frente às principais contingências já vivenciadas e com um desenho institucional melhor estruturado, sendo criada, então, a Resolução 333 de 2003.

#### 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este é um estudo teórico, cuja realização foi feita com base em bibliografias que foram acessadas principalmente a partir de plataformas eletrônicas de artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais, como o *Scientific Periodicals Electronic Library - Spell* e em eventos da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração – Anpad. Ambas as plataformas são da Anpad.

A escolha dessas plataformas se justifica por sua importância acadêmica nacional e internacional na área da administração. Ressalta-se, ainda, que essas plataformas de dados da Anpad foram escolhidas porque esta instituição tem demonstrado, por meio de seus associados e pesquisadores na área, um árduo trabalho na promoção do ensino, pesquisa e na produção do conhecimento dentro

do campo das ciências administrativas, contábeis e afins por meio de eventos e publicações. Com 37 (trinta e sete) anos de fundação, a Anpad é o principal órgão de interação entre os programas de mestrado e de doutorado associados, grupos de pesquisa e a comunidade internacional.

Toda a bibliografia selecionada no Spell, pertinente ao tema de pesquisa, foi sistematizada em forma de texto e foi empregada na fundamentação teórica deste trabalho, bem como distribuída nas próximas seções do estudo, tanto nos resultados, quanto nas referências teóricas, assim como os trabalhos encontrados nos eventos da Anpad.

Para a construção da pesquisa e alcance do objetivo, a escolha dos artigos científicos estudados ocorreu da seguinte forma:

1º) Foram realizadas buscas avançadas no site da Anpad na página referente aos eventos citados e na Biblioteca eletrônica Spell de artigos publicados dos anos 2000 em diante. As palavras-chave utilizadas como referência de consulta foram: Conselhos Gestores de Saúde, Conselho e Saúde.

2º) Os artigos encontrados foram apreciados, sendo selecionados apenas aqueles que tomavam como objeto de estudo algum conselho gestor de Saúde em nível municipal. A partir das filtragens, foram encontrados sete artigos nos eventos da Anpad e quatro no Spell, os quais estão listados na tabela 1.

**Tabela 1 – Artigos selecionados para análise**

<b>EVENTOS ANPAD</b>			
<b>Evento</b>	<b>Ano</b>	<b>Primeiro Autor</b>	<b>Conselho Municipal de Saúde</b>
EnANPAD	2004	Lilia Asuca Sumiya	Santo André – SP
EnANPAD	2006	Andrea de Oliveira Gonçalves	Porto Alegre – RS
EnAPG	2006	Sergio B. de Arruda Sampaio	São Paulo – SP
EnANPAD	2008	Emanoel Carlos Celestino	Distrito Federal – DF
EnAPG	2010	Felipe Barbosa Zani	Rio de Janeiro – RJ
EnANPAD	2011	Antônio Ed. Souza Santana	Presidente Tancredo Neves – BA
<b>BIBLIOTECA ELETRÔNICA SPELL</b>			
<b>Ano da Publicação</b>	<b>Primeiro Autor</b>		<b>Conselho Municipal de Saúde</b>
2007	Sérgio Luis Boeira		Florianópolis – SC
2007	Sérgio Luis Boeira		São José – SC
2008	Andrea Cornwall		Cabo de Santo Agostinho - PE
2010	Antonio Sergio Araújo Fernandes		Porto Alegre - RS
2010	Antonio Sergio Araújo Fernandes		Salvador – BA
2014	Thiago Souza Silveira		Imperatriz – MA

Fonte: Elaboração Própria. Dados da Pesquisa, 2014.

Este estudo teve como abordagem metodológica a revisão da bibliografia encontrada nas referidas plataformas. Oliveira (2007) argumenta que a principal finalidade da pesquisa bibliográfica é proporcionar aos pesquisadores o contato direto com obras, artigos científicos ou documentos que tratem do tema em estudo. Gil (1991) define a Pesquisa Bibliográfica como aquela que é elaborada a partir de material já publicado, constituído, principalmente, de livros, artigos de periódicos e arquivos acadêmico-científicos disponibilizados na Internet.

Nesta análise, foram observados termos que permitem indicar o grau de institucionalização dos conselhos municipais de saúde de acordo com o processo de Tolbert e Zucker (2006), sendo, portanto, procurado termos que tratassem, por exemplo, sobre

- Idade do Conselho;
- Existência de Regimentos internos;
- Conhecimento do Regimento por parte dos Membros;
- Participação dos membros no processo deliberativo.

Como pode se observar, estes termos refletem nos meios que possibilitam a sobrevivência do conselho como espaço deliberativo, o que condiz com a sedimentação do conselho.

A partir dos artigos pesquisados, foram encontradas novas fontes de conhecimento que também competem com a institucionalização do conselho, como os seguintes termos:

- Reconhecimento do conselho diante o Estado: mesmo sendo criados por lei municipal, os conselhos, em certos casos, tendem a ser ignorados pelo Poder Executivo, sendo que o ideal é a interligação entre eles. Tal fato impede a institucionalização do conselho.
- Capacitação dos conselheiros: conhecimento de suas atribuições e formas de trabalhar, além do regimento do conselho;
- Simetria de informação dentre os membros: Informações tramitam de forma semelhante todos os tipos de participantes, sejam do Governo, prestadores, trabalhadores ou usuários;
- Motivação para participação: os interesses que levam o conselheiro a atuar neste espaço democrático.

A partir do que foi apresentado neste estudo, torna-se possível tecer um paralelo da abordagem institucional com a criação e permanência do Conselho de Saúde no processo decisório das políticas de saúde.

## **5 DISCUSSÕES E RESULTADOS**

As seções seguintes, que discutem os resultados encontrados, possuem como objetivo fazer uma análise embasada na teoria da institucionalização com o intuito de apresentar uma descrição Macro e Micro da formação dos conselhos. Macro, ao construir uma análise do surgimento e estruturação do espaço democrático; e Micro, ao estudar conselhos de saúde pontuais a partir de um mapeamento com base nas produções bibliográficas que tiverem como objeto de estudo um conselho de saúde municipal.

### **5.1 Institucionalização dos Conselhos de Saúde**

A partir de uma análise embasada pelo contexto histórico das mobilizações sociais no país, que partiu de movimentos aleatórios de trabalhadores chegando à participação social institucionalmente normatizada dos conselhos de políticas públicas, torna-se possível a construção de uma comparação do processo que levou a criação dos conselhos com o processo de institucionalização estruturado por Tolbert e Zucker (2006).

A estruturação de um desenho institucional adaptado à participação social em conjunto com o Estado para a deliberação de políticas públicas condiz com o processo de Habitualização, que pode ser considerado a pré-institucionalização do espaço.

Como se sabe, a habitualização reflete a criação de uma estrutura ou processo em reflexo as contingências existentes. Nas décadas anteriores, a criação do conselho foram marcadas pela mazela da organização do sistema de saúde e pela fragilidade política vivenciadas nesses períodos. Desse modo, os conselhos surgiram em resposta a esses problemas, como um novo modelo de gestão que possibilite a inserção da população na administração pública.

Com a lei 8.142, os conselhos de saúde foram definitivamente inseridos na formulação de políticas. No entanto, nenhuma diretriz ainda havia sido definida com as competências e deveres dos conselhos. Sendo assim, essa fase do processo pode ser considerada como a de Objetivação.

Vale destacar a dinâmica do governo logo após a Constituição. Nesse período, o Brasil teve

como representante no poder central um partido de características liberais, o que emperrou, por um tempo, os avanços em relação à participação da sociedade nas políticas públicas, até porque a forte característica gerencialista de gestão fragilizava a possibilidade de desenvolvimento do conselho. Mesmo assim, a criação da resolução 33-92 fez com que a fase de objetivação dos conselhos começasse a avançar em direção à sedimentação, dando um passo maior neste caminho com a resolução 333 de 2003, que reafirma, no cenário democrático brasileiro, os conselhos de saúde, como órgãos paritários: formuladores, fiscalizadores e avaliadores de políticas públicas e de mecanismos de gestão do SUS, no entanto, sem alcançar a total institucionalização.

As novas características de governo no início do século corrente, com a liderança de um partido de caráter popular, tem sido favorável à institucionalização do conselho que ganhou força como espaço de discussão das políticas setoriais. No entanto, mesmo possuindo, em suas competências, o poder para formular e fiscalizar políticas de saúde, a total institucionalização do Conselho, de acordo com o processo de Tolbert e Zucker (2005), depende de mudanças no modelo administrativo nacional, que é, por excelência, marcado por características gerencialistas.

O processo de sedimentação, de acordo com Tolbert e Zucker (2005), condiz com o estado permanente da estrutura, com a sobrevivência da instituição mesmo após a passagem de diversas gerações de membros. No entanto, o modelo administrativo gerencialista não garante que as deliberações estabelecidas em plenárias se concretizem efetivamente, já que, segundo Secchi (2009), este modelo é caracterizado pela busca da eficiência da máquina pública ao fazer um governo para o povo. Desse modo, as decisões tomadas em favor do cidadão, que é tratado como cliente do Estado, têm como principal característica serem deliberadas pelo Poder Legislativo e Executivo sem a participação significativa da sociedade civil, que apenas escolhe seus representantes nas eleições.

A proposta da participação popular em políticas públicas se direciona para um novo modelo de administração, o qual é o denominado por Paula (2005) de Modelo Societal, e por Secchi (2009) de Governança Pública. Estas novas tendências, que já apresentam características dentro do gerencialismo, com os conselhos gestores, orçamentos participativos e outros foros que incluem dinâmicas de interação Sociedade-Estado, devem ser institucionalizados para sedimentar definitivamente os espaço deliberativo do Conselho de Saúde.

A institucionalização do Modelo Societal de administração pública, segundo Paula (2005), está inserido em um paradigma reformista, sendo necessária uma nova reforma de Estado que diminuísse em certo ponto, as práticas do gerencialismo, adotando a governança pública como modelo administrativo. No entanto, o modelo societal, para Paula (2005), inclui apenas a visão sociopolítica, deixando de lado, ainda, questões econômicas e administrativas. Sendo assim, esse novo paradigma de administração pública se mantém como uma extensão do modelo atual, e não como modelo definitivo.

Como exemplo, em uma análise com base nas políticas públicas, pode-se pensar da seguinte forma: o gerencialismo, em si, por adotar práticas do setor privado na tentativa de uma gestão pública eficiente, tem como características de decisões serem tomadas de cima para baixo, ou seja, do Governo para a sociedade. A governança pública se direciona em sentido contrário, com as deliberações ocorrendo inicialmente com a sociedade. Desse modo, o espaço criado para o conselho gestor de saúde, mesmo estando institucionalizado normativamente, ainda não está totalmente sedimentado como mecanismo democrático. Para isso, essa total institucionalização depende do abandono de um padrão gerencialista de administração pública para um do modelo societal.

Vale ressaltar, ainda, nesse aspecto, que o processo para criação dos conselhos municipais não parte inicialmente da sociedade; são estabelecidos por leis municipais para, por exemplo, recebimento de recursos. Desse modo, os conselhos se mantêm como política pública que parte do governo para a sociedade. Destaca-se, também, que, mesmo sendo normatizado por lei, o conselho pode surgir por demanda da sociedade em busca de seus direitos. Nesses casos, em tese, os conselhos começariam em um estágio avançado, já que o reconhecimento desse espaço democrático se daria antes mesmo do seu surgimento.

Para verificar esses elementos, o capítulo a seguir traz uma análise pontual dos conselhos municipais de saúde.

## 6 ANÁLISE MICRO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Como apresentado na seção anterior, os conselhos de políticas públicas, quando analisados via teoria institucionalista, não estão totalmente sedimentados. No entanto, caminham de forma positiva como espaços democráticos significativos para participação da sociedade nas políticas de saúde. Assim, em relação ao espaço interno, a institucionalização depende de determinados aspectos para que possa chegar à sedimentação. Desse modo, neste tópico, o objetivo será analisar o espaço interno do conselho a partir da ocupação dessa instituição.

Fleury et. al. (2010) afirma que “a concretização da participação da sociedade no processo de cogestão da política de saúde se deu com a institucionalização da participação de membros do governo e da sociedade nos conselhos de saúde” (FLEURY, et. al. 2010 p. 452). Desse modo, a legitimação da ocupação dos conselhos gestores de saúde depende da afirmação dos processos democráticos dentro deste espaço deliberativo. Alguns pontos, como os apresentados na construção das categorias listadas nos aspectos metodológicos são elementos que podem confirmar a institucionalização da ocupação dos conselhos segundo uma análise micro.

Outro ponto que afeta a legitimação dos conselhos é descrita por Bispo Júnior e Sampaio (2008), que afirmam que o clientelismo e o paternalismo continuam sendo características marcantes nas relações entre o governo e os demais grupos de interesse no Brasil. Características estas que se destacam nas cidades pequenas e nas áreas rurais menos industrializadas do país. Esses autores descrevem, ainda, que, mesmo que os conselhos de saúde contribuam para a consolidação de formas mais democráticas, o seu funcionamento é limitado e condicionado pela realidade dos envolvidos no processo e pela cultura política dos municípios brasileiros.

Assim, a fim de verificar a institucionalização da ocupação dos Conselhos Gestores de Saúde, optou-se por fazer uma análise dos estudos publicados nos eventos da Anpad, especificamente o Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração (EnAnpad) e Encontro de Administração Pública e Governança (EnAPG) e na Biblioteca Eletrônica Spell, que tomem como objeto de estudo algum conselho municipal de saúde. Vale ressaltar, ainda, que uma generalização acerca da institucionalização dos Conselhos no Brasil não pode ser feita. Afinal, os estágios do processo estruturado por Tolbert e Zucker (2006) podem variar de acordo com as especificidades de cada localidade. No entanto, permitirá conhecer a situação institucional dos conselhos e os motivos que podem estar os afetando

Dessa forma, as tabelas a seguir objetivam apresentar informações que possibilitem gerar suposições acerca da realidade vivenciada no cenário democrático e deliberativo dos Conselhos Gestores de Saúde e as causas referentes ao estágio institucional em que se encontram.

**Tabela 2 – Nível de Institucionalização dos Conselhos Gestores Estudados e Publicados nos Eventos da ANPAD<sup>1</sup>**

<b>Conselho</b>	<b>Estágio do Processo</b>	<b>Comentário</b>
C.M.S Presidente. Tancredo Neves	Habitualização	Este é um conselho novo. Pouco conhecimento das competências e das tarefas a serem exercidas. Pouca aptidão técnica para execução de tarefas. Reconhecido pela Sociedade e pelo Estado e por estar amadurecendo novos conceitos culturais entre os conselheiros.
C.M.S Distrito Federal	Objetivação	Este conselho está próximo à total institucionalização. O espaço foi institucionalizado junto com a regularização da lei 8.140. O que Distância este conselho de sua sedimentação é a falta de reconhecimento por parte da secretária de saúde local.
C.M.S Porto Alegre/RS	Sedimentação	Este conselho está totalmente institucionalizado. Mesmo apresentando algumas poucas fragilidades em relação à participação nos níveis inferiores do conselho, a estrutura formada conta com boa comunicação, liderança democrática, atenção às principais necessidades da população, capacitação dos conselheiros e forte contato com o governo local.
C.M.S de Santo André/São Paulo	Objetivação	Inexistência de normas detalhadas para a representação da sociedade civil entre os conselheiros. A função deliberativa não é totalmente exercida, já que estão limitadas a outras características institucionalizadas pelo poder executivo. Decisões que deveriam ser realizadas a <i>priori</i> pelo conselho são decididas em outras instâncias.
C.M.S São Paulo	Objetivação	Estrutura formal bem definida e regularizada, apresentando características de incentivo à participação social e de fácil acesso, caso algum cidadão deseje participar ativamente do conselho. Fragilidade política e técnica, decisões que deveriam ser tomadas no conselho sendo deliberadas em outros foros e poucas diretrizes políticas estabelecidas.
C.M.S Rio de Janeiro	Objetivação	Forte mobilização social e legitimidade dos conselheiros em relação ao papel do conselho. Tempo reduzido do conselheiros para se dedicarem ao conselho. Baixa capacitação dos conselheiros, que, devido a isso, abordam apenas temas superficiais como a qualidade do atendimento em hospitais. Estímulos para a participação no conselho, que, para alguns membros, está no ganho de visibilidade e a possibilidade de criação de contatos com usuários e órgãos governamentais.

Fonte: Elaboração Própria. Dados da Pesquisa, 2014.

A próxima tabela possui o mesmo objetivo da anterior: analisar os conselhos municipais de saúde com base nos artigos científicos publicados. No entanto, nesta, os artigos foram pesquisados na Biblioteca Digital Spell.

**Tabela 3 – Nível de Institucionalização dos Conselhos Gestores Estudados e Publicados na Plataforma SPELL<sup>2</sup>.**

<b>Conselho</b>	<b>Estágio do Processo</b>	<b>Comentário</b>
C.M.S de Florianópolis	Objetivação	Mesmo sendo um conselho implantado há anos e com fortes demandas da população, a publicidade desse espaço é baixa, o que afeta o reconhecimento do conselho como órgão legítimo para discussão da saúde municipal.
C.M.S de São José	Habitualização	Enfrenta problemas deste sua infraestrutura até a cultura política municipal, que é caracterizada pelo autor como autoritária.
C.M.S do Cabo de Santo Agostinho	Objetivação	Apesar de ter surgido quase imediatamente com a lei, o CMS foi praticamente fechado após as eleições de 1994, ficando ausente por quatro anos. Após este período e com a vitória de um partido populista no poder executivo, o conselho voltou a ser funcional. Mesmo se fortalecendo, o conselho está longe da sedimentação, já que suas características deliberativas não são acionadas e as principais políticas construídas pelo executivo não consultam o conselho.
C.M.S de Salvador	Objetivação	Possui um desenvolvimento lento, com pouca participação formal de conselheiros e poucas discussões que chegam à tomada de decisão. O regimento interno foi incorporado apenas em 2005 e após este evento, o número de reuniões anuais começou a cair. Pouca Credibilidade por parte do poder central. Considera-se objetivado pelo motivo de, mesmo fragilizado, sua estrutura já faz parte da administração municipal.
C.M.S de Porto Alegre	Sedimentação	O Conselho de Porto Alegre está sedimentado. Sua estrutura está formada, a participação da sociedade é rica, tanto em termos de presença como em discussão. Os temas chegam a debates e decisões e possui uma organização interna bem definida entre os conselheiros. O único problema visto é no tempo de mandato que é de 6 anos, o que dificulta a rotatividade entre os representantes da sociedade.

*continua...*

continuação Tabela 3

C.M.S de Imperatriz	Sedimentação	Este Conselho está totalmente institucionalizado no Município. Possui estrutura bem definida, participação plural na plenária, regimento interno bem delineado e ativo, simetria de informação entre as entidades envolvidas. O único aspecto negativo é a publicidade, ela existe mais ainda tem de ser melhorada.
---------------------	--------------	---

Fonte: Elaboração Própria. Dados da Pesquisa, 2014.

Como pode ser observado, três dos conselhos estudados se destacam, dois pela total institucionalização (Sedimentação) e o outro pela pré-institucionalização (Habitualização). Todos os demais estão no estágio de Objetivação (semi-institucionalizado). Pode ser observado, então, que, mesmo com abertura do espaço democrático, a sua ocupação ainda apresentam características que fragilizam a deliberação dentro dos conselhos. Desse modo, a primeira suposição traçada diz respeito ao estágio de institucionalização dos Conselhos Gestores de Saúde no Brasil.

**Suposição Geral:** Os Conselhos de Políticas Públicas presentes no cenário deliberativo brasileiro, construídos por meio das mobilizações populares, ainda não estão totalmente institucionalizados, existindo sempre eventos que colaboram ou impedem a sua legitimação.

Observando esta hipótese, as próximas a serem construídas dizem respeito às possíveis causas que impedem a conclusão do processo institucional dos Conselhos Gestores de Saúde no Brasil.

**Suposição 1:** *O Estado se recusa a compartilhar o poder das decisões com a Sociedade Civil e Exerce Controle sobre a Agenda Política.*

Observou-se, em grande parte dos conselhos, que os Poderes Executivos, ou não reconheciam as aptidões do CGS, ou exerciam influências prejudiciais à execução de suas atividades, como o caso do Conselho do Distrito Federal e do Conselho de Salvador, onde o Governo local propicia pouca credibilidade aos Conselhos, evitando, assim, a legitimação dos mesmos diante o Estado. Outro ponto importante na construção desta hipótese está presente nos Casos do Conselho de São Paulo e o de Santo André, que eram impedidos de exercerem efetivamente suas funções, já que parte das decisões que deveriam ser deliberadas pelos conselhos era realizada em outros foros formulados pelo poder executivo.

**Suposição 2:** *Quanto menos legitimado for o conselho, mais assimetria de informação existirá entre os órgãos.*

Esta hipótese é construída a partir da *Suposição 1*. Os Conselhos Gestores possuem, como principal característica, o poder deliberativo. Para tal, precisam de dados e informações fornecidas pelo Poder Executivo. Se o CGS não estiver legitimado diante o Estado em determinada região, este pode exercer coerção sobre o Conselho. Afinal, os membros governamentais têm fácil acesso às informações da gestão e, por consequente, maiores aptidões técnicas para interpretação.

**Suposição 3:** *Os Conselheiros membros da Sociedade Civil possuem baixa aptidão e comprometimento demais com outras causas.*

Em alguns casos apresentados, como do Presidente Tancredo Neves, observou-se pouco conhecimento técnico e das competências firmadas por intermédio de estatuto por parte dos conselheiros não governamentais, o que prejudica, além da deliberação, o Controle Social do Conselho. Do mesmo modo, foi observado em um dos casos, no Conselho Gestor de Saúde do Rio de Janeiro, que os conselheiros participavam também de outros foros participativos. Fato este que pode ser considerado

vantajoso, pelo vasto conhecimento adquirido em outras áreas, e desvantajoso, por tomar tempo dos conselheiros e fragilizar os debates.

***Suposição 4: Existência de Conselheiros com Interesse Individual ou da Minoria.***

Dois argumentos constroem esta hipótese: a) Os membros não governamentais que representam os prestadores de serviço se juntam ao Conselho atrás de promoção pessoal, à procura de contatos e maior transparência no setor. b) Ou então, por estarem envolvidos com alguma determinada área, procuram soluções para as patologias e problemas vivenciados por eles.

***Suposição 5: Decisões Superficiais e de Pouco Impacto para a Sociedade.***

Esta suposição se constrói sempre que alguma anterior esteja presente. Quando o Conselho de Políticas Públicas não se legitima diante a Sociedade, Estado ou em sua estrutura interna, as decisões deliberadas no Conselho serão superficiais e de pouco impacto para a sociedade como um todo.

Seja qual for o problema que corrobore para que o conselho não atinja a total institucionalização, as políticas a serem construídas nestes cenários democráticos não se aprofundaram em debates que realmente provoquem as desejadas mudanças na área da saúde de um determinado município. Exemplificando, debates como Unidades de Saúde fragilizadas, oferta de serviços, ou o controle social da gestão chegaram a decisões aquém das quais seriam possíveis.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da proposta metodológica deste estudo, observou-se, nas principais plataformas de propagação de trabalhos acadêmico-científicos, uma baixa frequência de artigos que tomem como base os conselhos municipais de saúde. Este resultado possibilita a inferência da necessidade de obras que tenham, como objeto de estudo, os conselhos propostos nesta pesquisa. Afinal, uma das principais formas de propagação do conhecimento é por estudos científicos acerca de um tema.

Além disso, os poucos trabalhos encontrados impossibilitam uma análise mais aprofundada sobre o tema a partir do objetivo traçado, tendo como principal fator negativo a questão temporal evidente nos estudos encontrados, já que a diferença de publicação de um para outro é grande.

Ainda assim, alguns dos pontos abordados neste estudo continuam em evidência em trabalhos publicados por outros autores, como o caso do Conselho de Saúde de Salvador, no qual são apontadas por Avritzer (2008) as fragilidades do conselho deste município, sendo uma das questões principais as características políticas encontradas principalmente nos municípios das regiões norte e nordeste, que são enraizadas, de formas gerais, no patrimonialismo.

Dado os fatos, o objetivo central estipulado neste estudo – conhecer o nível de institucionalização a partir da ocupação do conselho municipal por seus membros – fica comprometido. Mesmo assim, é possível conhecer os fenômenos que precedem à institucionalização e os que a permitem.

Quanto ao espaço democrático deliberativo do conselho, observou-se, por intermédio de fundamentação teórica em Tolbert & Zucker (2006), que o conselho de saúde está próximo à total institucionalização. No entanto, não será possível alcançar a sedimentação, ao menos que o modelo administrativo brasileiro adote, de forma definitiva, as práticas do modelo societal, possibilitando, assim, a participação efetiva da sociedade nas decisões sobre políticas públicas.

Por outro lado, quanto à ocupação do conselho, as constatações permitiram traçar suposições que nos levam a perceber os principais motivos que fazem com que o conselho não cumpra os objetivos para os quais foram criados.

Seguindo as perspectivas encontradas, foi possível concluir que ainda existe uma lacuna entre a existência do conselho e sua ocupação, já que, mesmo com a criação deste espaço, parâmetros que deveriam ser alcançados ainda não os são. Assim, com base neste trabalho, torna-se possível conhecer os principais setores dos conselhos que precisam de atenção, contribuindo, dessa forma, para a construção de estudos com maiores bases empíricas nessa área de conhecimento.

## REFERENCIAS

---

AVRITIZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, v. 14, n. 1, p.43-64, jun. 2008.

BAHIA. RESOLUÇÃO CNS No 33-92 – **Recomendações para Constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde**. Disponível em: [http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/control/resolucao\\_CNS\\_333.pdf](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/control/resolucao_CNS_333.pdf). Acesso em: 14 jun. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 23(6), p.403–9, 2008.

BRASIL. **Constituição Federal Brasileira de 1988**. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm). Acesso em: 14 jun.2012.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2012.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 333 de 2003**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf). Acesso em: 14 jun.2012.

CALDAS, M. P.; FACHIN R. Paradigma Funcionalista: desenvolvimento de teorias e institucionalismo nos anos 1980 e 1990. In: CALDAS, M. P; BERTERO, C. O. **Teoria das organizações**. São Paulo: Atlas, 2007.

CARVALHO, M. C. A. **Participação social no Brasil hoje**. São Paulo: Editora POLIS, 1998.

COSER, C.; ROSA, A. R. A abordagem institucional na administração: a produção científica brasileira entre 1993 e 2003. In: **Seminário de Gestão de Negócios.1.**, FAE Business School. Curitiba, 2004.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. Jaula de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. In: CALDAS, M. P; BERTERO, C. O. **Teoria das Organizações**. São Paulo: Atlas, 2007.

EMMENDOERFER, M. L. **Análise das instituições no contexto da modernidade**: reflexões e contribuições da ciência política sobre o neo-institucionalismo para os estudos organizacionais. EnEo, 2006.

FALEIROS, V. P.; SENNA DA SILVA, J. F.; VASCONCELLOS, L. C. F., SILVEIRA, R. M. G. **A construção do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. S. M.; KRONEMBERGER, T. S.; ZANI, F. B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 28(6) p.446–55, 2010.

HALL, P. A; TAYLOR, R. C. R. As Três Versões do Neo-Institucionalismo. **Revista Lua Nova**, 58, 2003.

KLEBA, M. E. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Editora Argos, 2005.

LIMA, N. T.; et al. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MARTINS, S.; CKAGNAZAROFF, I. B.; LAGE, M. L. D. **Análise dos Conselhos Gestores de Políticas à Luz dos Relatórios de Fiscalização da Controladoria Geral da União**. APGS, Viçosa, v. 4, n. 2, p. 221-245, abr./jun. 2012.

MACHADO, P. H. B.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. **Saúde coletiva**: um campo em construção. Curitiba: Editora Ibpx, 2006.

PAULA, Ana Paula Paes. **Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social**, v. 45, n.1, jan./mar. 2005.

PECI, A. A nova teoria institucional em estudos organizacionais: uma abordagem crítica. **Cadernos EBAPE.BR**, 4, p 1, 2006.

PEREIRA, N. R.; LIMA, A. A. T. D. F. D. C.; MARTINS, S. Contribuições de estudos brasileiros sobre os Conselhos de Políticas Públicas como instância legítima do processo decisório na administração. In: FERREIRA, M. A. M.; ABRANTES, L. A. **Políticas públicas, gestão e sociedade**. Viçosa: Triunfal Gráfica e Editora, 2013. p. 9-36.

PIRES, R. R. C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégia de avaliação. Brasília: IPEA, 2011.

SACARDO, G. A.; CASTRO, I. E. N. **Conselhos de saúde**. São Paulo: Instituto Pólis/PUC-SP, 2002.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v.43, mar./abr. 2009.

TOLBERT, P. S.; ZUCKER, L. G. A Institucionalização da teoria institucional. In: CLEGG, S. R; et al. **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2006. v. 7.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

---

1 SANTANA, A. E. S.; PINHO, J. A. G. Limites e Possibilidades do Exercício do Controle Social: o caso dos conselhos municipais do município de Presidente Tancredo Neves na Bahia – A contribuição do Programa Olho Vivo no Dinheiro Público e Controladoria, EnANPAD, 2011.

CELESTINO, E. C.; GONÇALVES, A. O. GONÇALVES, R. S. **Da Secretária de Saúde ao Conselho**: análise de relatórios de prestação de contas com base nas características qualitativas de informação contábil, EnANPAD, 2008.

GONÇALVES, A. O.; GONÇALVES R. S. **Determinantes qualitativas para gestão participativa em Conselho de Saúde**, EnANPAD, 2006.

SUMIYA, L. A.; CAMPOS, L. C. M. **Conselhos Gestores de Políticas Sociais**: desenho institucional e poderes do Executivo. EnANPAD, 2004.

SAMPAIO, S. B. A.; FARAH, M. F. S. **O olhar governamental sobre os Conselhos de Políticas Públicas**: o caso do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo no período de 2001 a 2004. EnAPG, 2006.

ZANI, F. B.; KRONEMBERGER, T. S. **Entre a autonomia e a institucionalização**: a participação dos movimentos sociais no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. EnAPG, 2010.

2 BOEIRA, S. L.; BUECKMANN, E. Z.; FERREIRA, E. Governança Local e Democrática em Dois Municípios da Grande Florianópolis: estudo sobre Conselhos Municipais e Políticas de Sustentabilidade. **Desenvolvimento em questão**. Editora Unijuí, ano 5, n. 10, jul./dez. 2007.

CORNWALL, A. O Desafio da Ocupação dos Novos Espaços Democráticos no Brasil: o caso do Conselho Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho. **Desenvolvimento em questão**. Editora Unijuí, ano 6, n.11, jan./jun. 2008.

FERNANDES, A. S. A. Conselhos Municipais: participação, efetividade e institucionalização – a influência do contexto político na dinâmica dos conselhos – os casos de Porto Alegre e Salvador. **Cadernos EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, art. 4, set. 2010.

SILVEIRA, T. S.; CANÇADO, A. C.; PINHEIRO, L. S. A Participação no Conselho Municipal de Saúde de Imperatriz-Ma na Perspectiva da Gestão Social e da Cidadania Deliberativa. **AOS - Amazônia, Organizações e Sustentabilidade**, Belém, v. 3 , n.1, p. 45-60, jan./jun. 2014. Disponível em: [www.unama.br/seer/index.php/aos](http://www.unama.br/seer/index.php/aos).