

# COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB: A COMPLEXIDADE DOS SUJEITOS SOCIAIS

***Claudia S. Martiniano<sup>1</sup>, Teresa Cristina Péret<sup>2</sup>, Márcia S. Martiniano<sup>3</sup>,  
Jordeana Davi Pereira<sup>4</sup>***

1 - /UEPB/ Departamento de Enfermagem, [cmartiniano@ibest.com.br](mailto:cmartiniano@ibest.com.br)

2 - /UFCG/Serviço Social, [tcperet@uol.com.br](mailto:tcperet@uol.com.br)

3 - /UEPB/Departamento de Serviço Social, [msmartiniano@ibest.com.br](mailto:msmartiniano@ibest.com.br)

4 - /UEPB/Departamento de Serviço Social, [jordeana@iq.com.br](mailto:jordeana@iq.com.br)

**Resumo** – Com a criação dos Conselhos de Saúde, espaço da democracia participativa, passa a se exigir a presença de organizações de representações de interesses de diversos segmentos sociais na formulação da Política de Saúde e no redirecionamento dos investimentos públicos no setor. O objetivo deste artigo é analisar a complexidade dos sujeitos sociais presentes no Conselho Municipal de Campina Grande-PB. Optamos pela abordagem crítico-dialética, com metodologia do tipo qualitativa, através da realização de entrevistas e análise documental. Os resultados apontam que vários intervenientes estão postos na representação da Sociedade Civil e do Governo presentes no Conselho, se constituindo um grande desafio a formulação de uma agenda comum para a orientação da Política de Saúde no município.

**Palavras-chave:** Política de Saúde; Conselhos de Saúde; Representatividade.

**Área do Conhecimento:** 4. 06. 00. 00 - 9

## Introdução

Com a aprovação da nova Constituição Federal (1988), consagraram-se novos direitos sociais e princípios organizativos das Políticas Sociais. Neste sentido, além de reafirmar a legalidade das formas clássicas da democracia representativa (parlamento), a Constituição de 88 avança no sentido possibilitar o exercício da democracia participativa por meio da cidadania ativa (RAICHELIS, 1998).

No setor saúde, a Lei 8.142/90 define as instâncias de participação social: As Conferências e os Conselhos de Saúde. Os Conselhos de Saúde são compostos por representantes da sociedade civil e representantes do governo, que juntos devem participar do planejamento, das decisões, e do controle das políticas de saúde. Constituem-se, portanto, em espaços públicos de discussão e decisão, acompanhamento e fiscalização de ações, programas e alocação de recursos.

Registra-se neste espaço, a importância da democracia participativa, pois se percebe a inserção de sujeitos antes excluídos dos movimentos sociais nos processos organizativos da sociedade. E por mais que se imagine que essa presença possa parecer contraditória, é nesta arena em que parece possível superá-la. Raichelis (1998) ressalta as concepções dicotômicas entre Estado e sociedade civil, observando que na arena do setor saúde estão postas múltiplas relações de poder dentro do campo da sociedade civil, que desmistifica o discurso ingênuo de que a sociedade civil é o

esteio do bem e palco virtuoso incontestável, e que o Estado é demoníaco.

O Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande-PB (CMS-CG) foi criado em 1990, em atenção ao arcabouço jurídico-legal nacional, sendo sua instalação um ano mais tarde, com funcionamento precário nos primeiros anos. Compreendermos que não será somente a institucionalização da participação que fará com que ocorra a democratização das políticas públicas. Para Mota (2000), nesta arena de negociações, as relações ainda têm se dado de maneira desigual, já que é o poder público que estabelece as regras da participação social. É exatamente sobre esta heterogeneidade de sujeitos que centramos nossa análise, no sentido de investigar como este espaço vem sendo ocupado.

## Materiais e Métodos

Para apreensão da temática em questão recorreremos ao método crítico-dialético de abordagem, com ênfase nas metodologias qualitativas, possibilitando uma análise ampla da realidade social, na qual a problemática está inserida.

Como suporte de análise, investigamos o conjunto de documentos que constroem o marco legal da participação institucionalizada na política de saúde nacional e municipal. A esse respeito, convém esclarecer que apesar de nosso estudo situar-se, temporalmente, no período 2004-2005, recorreremos à análise documental que remonta a criação do Conselho até ao dias atuais.

Ainda como instrumentos de coleta de dados, realizamos a aplicação de um formulário fechado e entrevista semi-estruturada. Tais instrumentos foram aplicados aos conselheiros titulares do Conselho, sendo o primeiro com o objetivo de traçar o perfil desses sujeitos, e o segundo, para identificar suas concepções sobre composição e representatividade. Na interpretação dos dados, utilizamos o método de *Análise de Conteúdo*, enquanto método que permite descrever o conteúdo das mensagens, inferindo as condições de produção/recepção (Triviños, 1998).

O cenário empírico desta pesquisa foi o município de Campina Grande - PB, junto ao Conselho Municipal de Saúde do município, e sua realização deu-se após aprovação no Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba em agosto 2005, obedecendo a Resolução Nº. 190 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## Resultados

A primeira composição do CMS-CG (Decreto Nº. 1. 951/90) não previa a paridade definida na Lei Nº. 8.142/90, havendo prejuízo para o segmento dos usuários. Ainda o fato do decreto que criou o Conselho citar nominalmente as entidades, em detrimento de seu segmento, tendia a dificultar o processo de renovação do CMS-CG, não oportunizando a participação de outras entidades.

Nos anos que se seguiram, outras entidades solicitaram assento no CMS-CG, sendo estas solicitações submetidas à aprovação dos membros do Conselho. Neste sentido, registra-se me 1991, a solicitação de uma entidade representante dos usuários, cujo nome indicado era, paradoxalmente, um proprietário de hospital privado. Tal indicação foi questionada por um dos conselheiros pela compreensão que o mesmo deveria estar entre os prestadores de serviço privado. Apesar da discussão, foi aprovada a permanência da entidade e seu representante por vários anos.

Em 1992, o Conselho Nacional de Saúde aprova a resolução Nº. 33/92, reafirmando a composição paritária dos usuários, em relação aos outros segmentos representados.

Em 1994, é editada uma Lei municipal Nº. 2. 886, que dispõe sobre a modificação da composição do Conselho, eleva o número de 14 para 18 membros, trazendo, no entanto, avanços e retrocessos frente à estas questões.

O avanço parcial que registramos na edição desta lei deve-se ao fato de acatar a paridade, em relação aos usuários, exigida pela Resolução Nº. 33/92 do CNS. No entanto, ainda assim, prevalece no município desde 1994 até os dias atuais, um percentual diferenciado no segmento dos

prestadores de serviço e governo com prejuízo, desta vez, para o segmento dos trabalhadores da saúde, que deveriam ser contemplados com 25% dos assentos.

A lei considera igualmente a recomendação quanto ao número de conselheiros que não deve ser inferior a 10 nem superior a 20. A lei municipal, porém, apresenta equívoco trazendo para a composição do CMS-CG, a figura do poder Legislativo Municipal, não previsto nas recomendações da resolução nacional.

Neste sentido, não devem (ou não podem) participar do Conselho membros de outros poderes ou instituições Ministério Público. Isto se justifica tanto pela incompatibilidade funcional, quanto pelos usuais problemas provenientes da presença do Poder Legislativo, do Poder Judiciário ou do Ministério Público. Outro argumento importante para não participação deste poder é que ele já é representante da democracia representativa, outra instância de poder, e os Conselhos se constituem em espaço da democracia participativa. Outro aspecto a destacar em relação à participação do Poder Legislativo, pelo menos no município de Campina Grande, é que sempre os Vereadores são da bancada de apoio ao Prefeito Municipal, reforçando o segmento do governo no Conselho, onde têm assento.

A presença do Poder Legislativo, instituída no CMS-CG desde 1994, permanece até os dias atuais, a despeito de todo questionamento dos conselheiros entrevistados, que revelaram também freqüente ausência destes representantes nas reuniões, como se pode verificar também nas atas das reuniões. Quando se fazem presentes, a participação é avaliada por alguns conselheiros como caótica, débil e fraca.

Um outro dado observado na composição do CMS-CG, é a multiplicidade de entidades/segmentos com assentos no Conselho, que pode ser explicada pela ampliação dos direitos reconhecidos nas sociedades modernas, sobretudo no âmbito dos direitos sociais. Raichelis (1998) esclarece que ao lado da multiplicação dos direitos ocorre também o processo de especificação, exigindo formas de proteção social diversificadas mediante as diferenças de condições físicas, idade, sexo, entre outros, que reclamam para si, além dos direitos civis e políticos, a equidade na pauta de suas reivindicações. Assim é que se observamos em Campina Grande, seguindo o exemplo nacional, numerosos grupos de interesse que ganharam identidade e organicidade na sua interação com o Conselho, exemplos disto são as organizações de pacientes ou portadores de patologias, as associações de representantes da

terceira idade, que se organizam dentro e fora do Conselho.

No que diz respeito às recomposições do CMS-CG, desde sua instalação até os dias atuais, este estudo revela alguns problemas na efetivação da participação. O primeiro diz respeito ao índice de renovação dos membros representantes do Conselho. A renovação do CMS-CG é precária, se observarmos que há membros presentes na composição atual desde a primeira ou segunda recomposição. Entretanto nada justifica a permanência ininterrupta de membros representantes durante tantos anos, uma vez que o 1º Regimento Interno (1992) já estabelecia que a duração dos mandatos dos membros titulares e suplentes seria de dois anos consecutivos, sendo permitido a recondução por igual período.

Um segundo problema identificado em relação à composição é que as entidades escolhidas, entre tantas outras do mesmo segmento, permanecem imutáveis desde a primeira composição do CMS-CG, o que nos leva a refletir sobre a forma como está se dando a escolha destas, o que acreditamos caracterizar tanto monopólio de algumas entidades sobre as demais, quanto a pouca mobilização de outras, uma vez que nunca ocuparam assento no CMS-CG. Consideramos que um espaço democrático deve privilegiar a renovação das entidades envolvidas sempre quando for possível garantindo a permeabilidade e ampliação do debate com outras entidades.

O segmento dos Trabalhadores da Saúde é exemplo clássico desta realidade. As entidades representativas dos odontólogos, médicos e Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde (público e privado) monopolizam assento no Conselho desde sua primeira composição, cuja inserção se dá através de duas ou mais entidades. Embora o Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução Nº. 278/98, defina catorze carreiras como profissionais de saúde, além de odontólogos e médicos, somente representantes dos fisioterapeutas, farmacêuticos e Agentes Comunitários de Saúde conseguiram assento no Conselho.

Um outro problema identificado na composição do CMS-CG, é que no período analisado, três membros do Conselho (todos do segmento de Trabalhadores de Saúde) foram convidados pelo Gestor para compor a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, através de cargo comissionado. Embora a Resolução Nº. 333/2003 do CNS não recomende que a ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, não

houve qualquer objeção por parte dos conselheiros, nem do segmento que representavam quanto a esta indicação.

Ainda no que diz respeito à composição, especificamente sobre a presidência do CMS-CG, o primeiro Regimento Interno (1992) previa que este cargo deveria ser ocupado pelo representante da Secretaria de Saúde Municipal e na sua ausência pelo seu substituto, o que coloca o Secretário de Saúde na condição de presidente nato do Conselho.

A Resolução Nº. 33/92 recomenda que o Presidente do Conselho, deve ser eleito entre os membros do Conselho, no plenário das reuniões. O segundo Regimento Interno (1995) do CMS-CG contempla tal recomendação. Entretanto, ao longo dos anos, a presidência do CMS-CG vem sendo ocupado, na maioria das vezes, 71,4% pelos Gestores de Saúde, ainda que a legislação em vigor recomende que o Presidente seja eleito entre os membros.

Embora nada impeça que o Secretário de Saúde ocupe o cargo de Presidente do Conselho, Oliveira (2001) aponta alguns possíveis problemas decorrentes disto, tais como: controle de pauta (pela adequação à necessidade da gestão), concentração de poder nas mãos do executivo e até sonegação de informações. A ocupação simultânea dos dois espaços de decisão, tem comumente levado gestores a impor suas propostas, manipular reuniões ou desacatar as decisões deliberadas no colegiado.

A esse respeito, Conh (1998) argumenta que neste caso, além de acumular a titularidade da pasta da Saúde e a presidência do Conselho, o Gestor da Saúde detém para si a nomeação dos conselheiros representantes do poder público e a direção e controle do Fundo Municipal de Saúde, conferindo concentração de poder e risco para políticas corporativistas.

## Discussão

A análise da composição do CMS-CG revela a correlação de forças presente tanto no interior do Conselho, quanto no município como um todo. Embora defendamos a adequação urgente do CMS-CG à Resolução Nº. 333/2003 do CNS, acerca da paridade, compreendemos que tal princípio, ainda que garanta a pluralidade de composição, não tem dado conta da participação equilibrada dos conselheiros.

Percebemos que o fato de permanecerem os mesmos sujeitos sociais na composição do CMS-CG indica que não há pressão por parte dos movimentos sociais representados no Conselho, no sentido de alterar

a correlação de forças presente neste, nem o Conselho recorre aos movimentos buscando novas alianças.

No caso dos trabalhadores da saúde, observamos que não há registros de reivindicação de alteração das entidades que monopolizam assento no Conselho, o que revela ainda haver uma compreensão restrita da promoção da saúde. Mesmo para aquelas que não conquistam este espaço, não se justifica a ausência, já que as reuniões são abertas ao público e com direito à voz. O distanciamento das entidades representantes dos demais trabalhadores da saúde deste fórum de discussão, revela certa incipiência do exercício do controle social na área da saúde de forma mais ampla, ficando restrita a categorias hegemônicas, o que nos conduz a um questionamento: Em que medida as outras categorias profissionais reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde estão reivindicando assento no Conselho de Saúde?

Sabemos que eleger um Presidente que não seja o Secretário de Saúde, em si mesmo não garante avanços, contudo pode tornar o Conselho mais combativo e autônomo na defesa dos interesses comunitários. No caso específico em estudo, este processo de participação avançou em 1997 quando elegeu um representante de usuário como Presidente, passo importante no processo de democratização da participação, especialmente num estado regulado por relações populistas e clientelistas entre Estado e Sociedade Civil. Além do que a experiência do CMS-CG revela que em gestões de presidentes não gestores da saúde, o Conselho adquiriu maior visibilidade, houve maior aproximação com os instrumentos de prestação de contas da saúde, iniciando um processo de questionamentos sobre os recursos desta pasta.

## Conclusão

A complexidade de sujeitos sociais e as interveniências que vem sendo postas na discussão da política de saúde no município de Campina Grande-PB permitem inferir a partir dos dados analisados, algumas dificuldades presentes nos representantes da Sociedade Civil e representantes governamentais. No que diz respeito à Sociedade Civil, a heterogeneidade dos sujeitos e suas concepções, práticas e experiências acumuladas orientam diferentes demandas, nem sempre convergentes, constituindo assim um grande desafio a formulação de uma agenda comum para orientação das decisões coletivas.

No campo do governo, fatores já elencados como: assento do legislativo; acúmulo do cargo de gestor da saúde com a presidência do Conselho em várias gestões; indicação dos membros representantes do governo; presença de representantes de trabalhadores com cargos comissionados, reforçando o discurso da gestão; apontam para uma resistência de penetração da Sociedade Civil nas definições das políticas de saúde.

## Referências

- Brasil. **Lei 8.142 de 28 de dez. de 1990** – Dispõe sobre as condições de participação da comunidade no sistema de saúde – SUS. Brasília, 28 de dez. 1991.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº. 33, de 23 de dez. de 1992** – Aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. Brasília, 1992.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº. 333, de 04 de nov. de 2003** – aprova as “Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde”. Brasília, 2003.
- CAMPINA GRANDE. **Decreto nº. 1. 951, de 25 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº. 2. 886, de 05 de maio de 1994**. Altera a composição do Conselho Municipal de Saúde, criado pelo Decreto 1.951 de 25 de setembro de 1990 e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento Interno**. Campina Grande, 16 de fevereiro de 1995.
- \_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento Interno**. Campina Grande, 29 de março de 1999.
- CONH, A. As políticas Sociais no governo FHC. **Revista Tempo Social**. São Paulo: USP, fev. 1998.
- MOTA, A. E. **Cultura de Crise: um estudo sobre as tendências da Previdência e da Assistência Social Brasileira nos anos 80 e 90**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- OLIVEIRA, I. M. Gestão e Controle Social na Seguridade Pública: Refletindo possibilidades e estratégias. **Revista Tempo Presente**. CRESS 14ª Região. n. 01, mai. 2001. Natal. RN
- RAICHELIS, R. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social – caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1998.