DESAFIOS ENFRENTADOS POR CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO ANCORADA NA BIBLIOTECA VIRTUAL SCIELO (2015-2020)

Challenges faced by brazilian Health Councils: a review anchored at SciELO electronic library (2015-2020)

Francisco Lucas de Lima Fontes[1], Monique Menezes[2], Maria Leopoldina de Lavor Delgado[3], Amanda Virgínia Lima do Nascimento[4], Gabriel de Almeida Oliveira[5]

[1]Enfermeiro, especialista em Saúde Pública, mestrando em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Piauí (PPGCP-UFPI). Teresina, Piauí, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1880-9329; E-mail: lucasfontesenf@ufpi.edu.br
[2]Doutora e mestra em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Atualmente é professora associada do bacharelado e do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Piauí (PPGCP-UFPI). ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8656-5066; E-mail: moniquemenezes@ufpi.edu.br
[3]Cientista social, mestranda em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Piauí (PPGCP-UFPI). Teresina, Piauí, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6638-0435; E-mail: dinalavor@ufpi.edu.br
[4]Cientista política, mestranda em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Piauí (PPGCP-UFPI). Teresina, Piauí, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7406-7254; E-mail: amandavldn@ufpi.edu.br
[5]Cientista político, mestrando em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Piauí (PPGCP-UFPI). Teresina, Piauí, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6982-2614; E-mail: gabriel.almeida@ufpi.edu.br

Resumo

O presente estudo possui o objetivo de identificar os desafios enfrentados por Conselhos de Saúde no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que teve como questão norteadora "Quais os conhecimentos científicos produzidos acerca dos desafios enfrentados por Conselhos de Saúde no Brasil nos últimos cinco anos?". A revisão foi construída por meio da biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando-se os descritores "Conselhos de Saúde", "controle social" e "políticas de saúde". Após finalização do percurso metodológico, foram selecionados 15 artigos para compor a discussão. Frente à investigação, passou-se aos pontos da discussão dos resultados encontrados, que contemplaram a análise do processo participativo, a representatividade, a dinâmica de funcionamento dos Conselhos, a prestação de contas, a importância de deliberações e reuniões e o perfil e papel dos conselheiros. De modo a expressar sua relevância, revela-se a necessidade de disseminação de práticas de sucesso dos Conselhos, solidificando a participação social como instrumento essencial ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Os Conselhos devem trabalhar fomentando o acesso à saúde pela população, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde de integralidade, equidade e universalidade da assistência. Sua atuação deve permitir, ainda, que atividades de fiscalização e controle cumpram preceitos de *accountability* e transparência sobre atos e decisões.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Controle Social. Participação Social. Políticas de Saúde.

Abstract
This study objective to identify the challenges faced by brazilian Health Councils. It is an integrative literature review that had as its guiding question "What scientific knowledge has been produced about the challenges faced by brazilian Health Councils in the last five years?". The review was constructed using the Scientific Electronic Library Online (SciELO), using the descriptors "Conselhos de Saúde", "controle social" and "políticas de saúde". After completing the methodological path, 15 articles were selected to compose the discussion. In the light of the investigation, the points of discussion of the results found were discussed, which included the analysis of the participatory process, the representativeness, the dynamics of the Councils' functioning, the rendering of accounts, the importance of deliberations and meetings and the profile and role of counselors. In order to express its relevance, the need to disseminate the Councils' successful practices is revealed, solidifying social participation as an essential tool for the development of public health policies. The Councils must work to promote access to health for the population, respecting the principles of the Sistema Único de Saúde of integrality, equity and universality of assistance. Its performance should also allow inspection and control activities to comply with the principles of accountability and transparency about acts and decisions.
Keywords: Health Councils. Social Control. Social Participation. Health Policies.

Introdução

O Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil surgiu durante o período de ditadura civil-militar, em uma etapa da história brasileira marcada por intensa repressão e censura. Como crítica e oposição às restrições impostas, despontaram nessa época intensas mobilizações e lutas sociais em defesa da efetivação da cidadania, que resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988 (LAVALLE, 2011; BRAVO; CORREIRA, 2012; FONTES *et al.*, 2020).

A participação social, antes proibida, passou a ser direito, criando-se instrumentos de controle social sobre as políticas públicas (BRAVO; CORREIRA, 2012). A proposta com a criação desses instrumentos foi a de que os cidadãos passassem a integrar a dinâmica da tomada de decisões na Administração Pública, de fiscalização e controle das ações e da avaliação dos resultados alcançados pela ação governamental (CGU, 2012).

Dois anos após a Constituição, surgiram duas leis fundamentais dentro da área da saúde: a Lei Nº 8.080 e a Lei Nº 8.142, ambas de 1990. A primeira regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece seus princípios: universalidade no acesso aos serviços, integralidade de assistência, equidade, descentralização, participação social, regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990a). A segunda institui o controle social na gestão do SUS, bem como também versa sobre as transferências dos recursos financeiros. Em seu Artigo 1º estabelece que todos os entes federativos devem contar com Conselhos de Saúde e Conferências como instâncias colegiadas (BRASIL, 1990b).

O Conselho de Saúde trata-se de uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS em cada esfera de governo, incorporado ao esqueleto organizacional do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais, do Distrito Federal e dos municípios. A dinâmica de descentralização favoreceu ainda o surgimento dos Conselhos regionais, locais e distritais. Dessa forma, os Conselhos são espaços dotados de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, inclusive nas questões econômicas e financeiras (BRASIL, 2013).

A Resolução N° 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi um dos mais relevantes documentos que regulamentou o exercício dos Conselhos de Saúde. À época aprovou as

diretrizes de criação, reformulação, estruturação e funcionamento destes. Estabeleceu competências importantes como a promoção e mobilização contínua em prol do controle social no SUS; discussão e elaboração de propostas para as Conferências de Saúde; participação na formulação e controle da execução da política de saúde; fiscalização, acompanhamento e avaliação das ações, propostas e serviços; promoção de ações de informação e comunicação sobre saúde e Conselhos (BRASIL, 2003). Esse documento foi revogado pela Resolução Nº 453, de 2012, do CNS, que solidificou a função do Conselho e instituiu novas diretrizes, abordando pontos referentes à organização, ao funcionamento e aos seus papeis (BRASIL, 2012a).

Embora não seja a única via de conferir a participação social na saúde, o Conselho exerce função relevante de controle social nessa área. Esse controle é um dos pilares do SUS, está garantido na Constituição de 1988 e é uma forma de potencializar a participação popular na gestão do sistema (BRASIL, 2015). No atual formato, os Conselhos de Saúde apresentam uma composição paritária em relação às entidades provenientes da sociedade civil. São 50% das cadeiras reservadas a representantes dos usuários, 25% das cadeiras dedicadas aos trabalhadores da saúde e os 25% restantes dos assentos reservados aos prestadores de bens e serviços (BRASIL, 2012a).

Apesar de relacionados, torna-se importante frisar as diferenças entre participação social e controle social. São instrumentos que se complementam, porém com funções distintas. Por meio da participação social nas políticas públicas, a sociedade é ouvida no processo de tomada de decisão dos governantes, de modo a garantir que essas políticas atendam ao interesse público. O controle social, por sua vez, oportuniza à sociedade fiscalizar as ações do Estado, estabelecendo a prestação de contas pelo governo sobre o uso dos recursos públicos. Dessa forma, a sociedade averigua se o Poder Público está respondendo as suas demandas (BRASIL, 2015). Cabe salientar que, ao menos em tese, os Conselhos de Saúde praticam as duas funções ao possibilitar a participação social na dinâmica de tomada de decisões e ao garantir fiscalização das ações tomadas pela Administração Pública.

De acordo com Martins *et al*. (2008) somente a existência formal desses espaços de controle social não garante a participação política da sociedade, tendo em vista que os Conselhos de Saúde esbarram em inúmeras dificuldades que repercutem em sua efetividade. Existem obstáculos de representação, com desrespeito ao princípio de paridade ou eleição de membros por vias obscuras, em que são percebidas ingerências políticas na escolha dos conselheiros, em especial aqueles que representam os interesses de usuários e, assim, estes acabam não representando os verdadeiros interesses dos cidadãos comuns. Pautam-se como desafios também a falta de divulgação das atividades e da tomada de decisões dos Conselhos para a sociedade. Esse cenário faz com que parcela da população desconheça os objetivos, as funções e a atuação dos Conselhos, o que sucede em baixa adesão popular nas dinâmicas decisórias locais.

A participação dos Conselhos nos processos de discussão, formulação e fiscalização das políticas de saúde é instrumento importante para o exercício de direitos e rompimento com tradicionais maneiras de gestão. O controle social assegura maior transparência e legitimidade às políticas de saúde, além de conferir envolvimento coletivo com a gestão do SUS (BRASIL, 2009). Apresentamos a seguinte pergunta de pesquisa: "*Quais os conhecimentos científicos produzidos acerca dos desafios enfrentados por Conselhos de Saúde no Brasil nos últimos cinco anos?*". Consideramos relevante apontar a produção científica produzida sobre os Conselhos de Saúde, tendo em vista a importância dessas instituições para a participação e o controle da sociedade civil sobre o SUS *vis-à-vis* os desafios apontados acima.

Objetivo

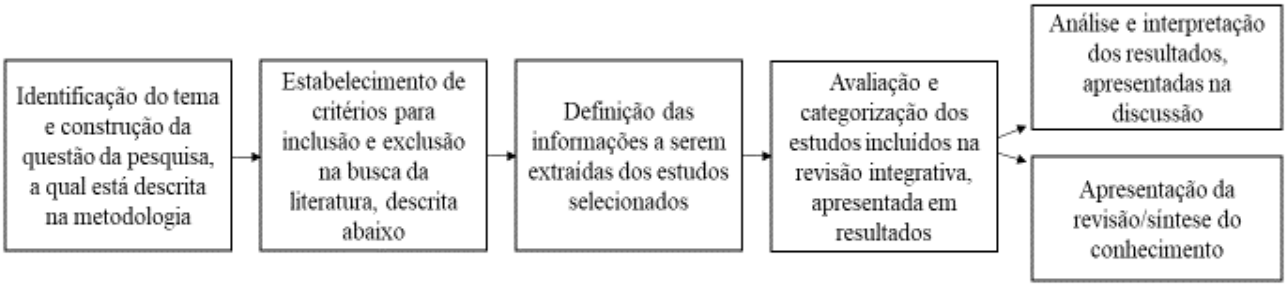
Identificar os desafios enfrentados por Conselhos de Saúde no Brasil.

Método

Para alcançar os objetivos propostos neste artigo, nos beneficiaremos de uma revisão integrativa de literatura que propôs-se reunir e sintetizar o conhecimento produzido sobre Conselhos de Saúde. A questão norteadora adotada foi a seguinte: "*Quais os conhecimentos científicos produzidos acerca dos desafios enfrentados por Conselhos de Saúde no Brasil nos últimos cinco anos?*". Esse tipo de revisão é útil, pois oferece amplas informações acerca de um tema/questionamento, concebendo, dessa forma, um corpo de conhecimento. Uma revisão integrativa pode ter diversos escopos, como definição de conceitos, revisão de teorias, análise metodológica de estudos inseridos de um tópico particular (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014) ou, no caso deste estudo, reunir uma síntese de conhecimentos sobre determinado assunto em um período preestabelecido.

A revisão integrativa é uma metodologia que se baseia em padrões definidos e sistemáticos, a fim de evitar viés e erros na análise dos dados coletados para a construção do estudo. O percurso para construção da revisão integrativa seguiu as etapas descritas na figura a seguir:

Figura 1. Percurso metodológico utilizado para elaboração da revisão integrativa.



Fonte: adaptado de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

A revisão foi construída por meio da biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A justificativa pela escolha de apenas uma fonte de dados deu-se porque a SciELO abrange um amplo número de periódicos e bases de dados nas mais diversas áreas do conhecimento, além de ter em seu catálogo revistas com alto fator de impacto e qualidade.

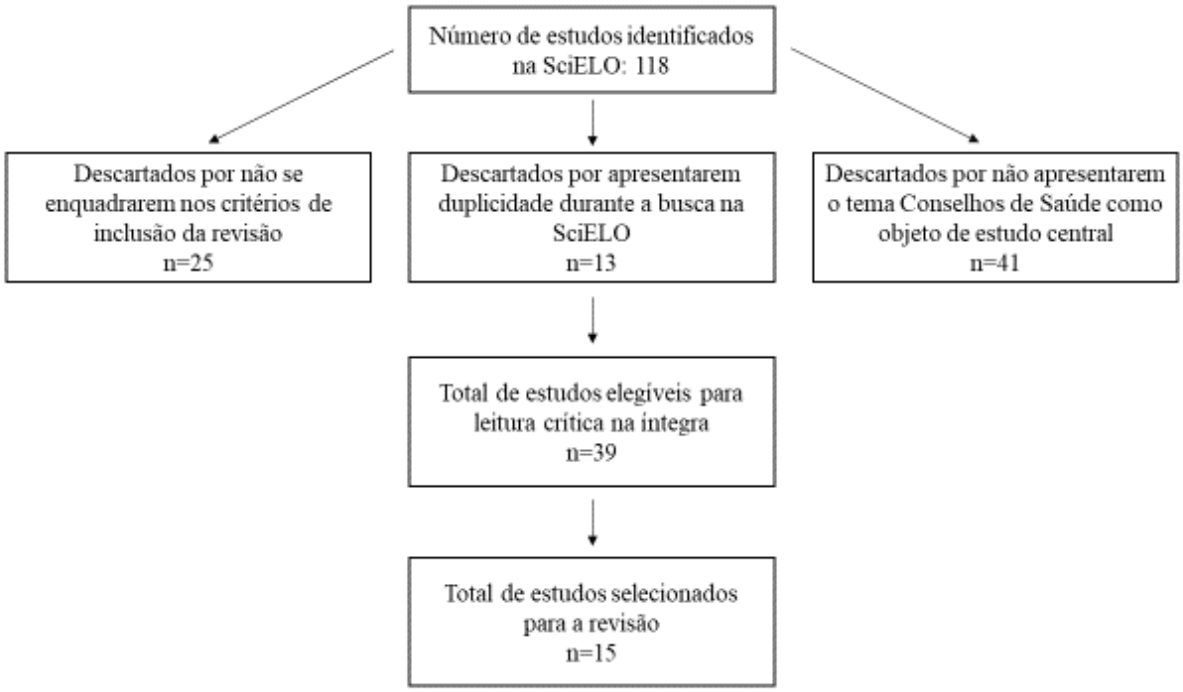
Durante a consulta na biblioteca, foram incluídos na pesquisa apenas artigos originais que tinham como objeto central de estudo os Conselhos de Saúde no Brasil, publicados no período de 2015 a 2020, disponíveis na íntegra, de maneira gratuita, em línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. O recorte temporal dos últimos cinco anos se justifica pela questão norteadora estabelecida (Quais os conhecimentos científicos produzidos nos últimos cinco anos?) e pela finalidade da obtenção de respostas ao problema definido (Quais os desafios enfrentados por Conselhos de Saúde no Brasil?) (SOARES *et al.*, 2014), com valorização e prioridade de pesquisas mais recentes da temática tratada. Ademais, também optou-se por incluir referências externas ao estabelecido nos critérios de inclusão, acrescentadas por serem consideradas importantes na discussão de Conselhos Gestores e de temas

associados a estes. Foram excluídas publicações que abordavam os Conselhos de Saúde de maneira secundária.

Utilizaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para busca dos estudos: "Conselhos de Saúde", "controle social" e "políticas de saúde". Com a finalidade de sistematizar e otimizar a busca, optou-se por utilizar o operador *booleano* "AND", cruzando o descritor "Conselhos de Saúde" com os demais.

A partir da utilização dos descritores acima citados, foi encontrado um total de 118 estudos (**Figura 2**). Em etapa inicial, a seleção dos estudos que cumpriam com os critérios de inclusão e comporiam essa revisão foi realizada por meio de leitura e análise crítica dos resumos. Nesta etapa foram descartados 79 estudos. Após a triagem inicial avançou-se à leitura integral dos estudos elegíveis, especialmente de seus resultados, etapa que possibilitou que outros 24 artigos também fossem excluídos por não atenderem à questão norteadora da revisão. Ao final do processo, 15 artigos correspondiam ao objetivo proposto para discussão.

Figura 2. Etapas de seleção dos estudos.



Fonte: elaboração dos próprios autores (2021).

Resultados

No intento de facilitar a visualização dos principais resultados dos estudos selecionados, buscou-se catalogar na **Tabela 1** as seguintes variáveis: natureza do estudo, local em que o estudo foi realizado (região), tipo de Conselho estudado, periódico e Qualis CAPES.

Quanto à natureza dos estudos selecionados para a discussão (n=15), houve predominância de estudos qualitativos (73,3%), ante 20% de estudos quantitativos. Um estudo (6,7%) adotou o método misto de abordagem. No que concerne ao local (região) em que o estudo foi realizado, o Sudeste

apresentou maior proporção de pesquisas (46,7%), seguido do Nordeste e Sul, ambas regiões com 20%. Centro-Oeste e Norte não figuraram qualquer estudo nesta revisão. Este resultado reflete a desigualdade mais ampla existente na academia brasileira, como uma concentração de recursos e, conseguintemente, de produção na região mais rica do país.

Tabela 1. Caracterização dos estudos selecionados para discussão (n=15) e periódicos de publicação (2015-2020).

Características	n	%
Natureza do estudo		
Qualitativo	11	73,3%
Quantitativo	03	20%
Misto	01	6,7%
TOTAL	15	100%
Local de estudo (região)		
Centro-Oeste	-	-
Nordeste	03	20%
Norte	-	-
Sudeste	07	46,7%
Sul	03	20%
Nacional	02	13,3%
TOTAL	15	100%
Tipo de Conselho estudado		
Federal	-	-
Estaduais	02	13,3%
Municipais	10	66,7%
Locais	03	20%
Distritais	-	-
TOTAL	15	100%
Periódicos		
Cadernos de Saúde Pública	01	6,7%
Cadernos Saúde Coletiva	01	6,7%
Ciência & Saúde Coletiva	01	6,7%
Clinics	01	6,7%
Interações	02	13,3%
Revista Brasileira de Enfermagem	01	6,7%
Revista Crítica de Ciências Sociais	01	6,7%
Revista Eletrônica de Administração	02	13,3%
Saúde e Sociedade	02	13,3%
Saúde em Debate	02	13,3%
Trabalho, Educação e Saúde	01	6,7%
TOTAL	15	100%
Qualis CAPES*		
A1	04	26,7%
A2	05	33,3%
B1	06	40%
TOTAL	15	100%

Fonte: elaboração dos autores (2021).

*Levou-se em consideração a área com estratificação mais elevada no sistema Qualis CAPES no quadriênio (2013-2016), o mais recente disponibilizado pela Plataforma Sucupira.

Referente aos periódicos em que foram publicados, verificou-se que 33,3% dos estudos estavam vinculados a revistas de saúde em geral (Saúde em Debate; Saúde e Sociedade; Trabalho, Educação e Saúde), 20% das pesquisas foram publicadas em periódicos especializados em Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva (Cadernos de Saúde Pública; Cadernos Saúde Coletiva; Ciência & Saúde Coletiva), 6,7% em revistas de Enfermagem (Revista Brasileira de Enfermagem), 13,3% em periódicos de Administração (Revista Eletrônica de Administração), 13,3% em periódicos com foco e escopo no Desenvolvimento Local (Interações), 6,7% em revista de Ciências Médicas e Biomédicas (Clinics) e 6,7% em periódico que contemplava às Ciências Sociais (Revista Crítica de Ciências Sociais). O predomínio de revistas voltadas à saúde ocorreu, indubitavelmente, pela escolha dos descritores para busca dos artigos.

A maioria dos periódicos, dentre os artigos selecionados para discussão, foi publicado em revistas que possuíam o Qualis CAPES estratificação B1 (40%) no quadriênio 2013-2016, sendo seguido pela classificação A2 (33,3%) e A1 (26,7%). Estratificações mais baixas não foram contempladas, fato que pode ser explicado devido à SciELO estar vinculada a periódicos com Qualis elevados. O Qualis CAPES verifica a qualidade dos artigos a partir da análise da qualidade dos periódicos científicos. A classificação até o quadriênio 2013-2016 se dava pela avaliação por áreas e tinha como estratos de qualidade o A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; e C - com peso zero. Diante disso, percebe-se que os periódicos em que os estudos desta revisão foram publicados detinham boa classificação pela CAPES, tendo em vista que o menor estrato identificado foi o B1.

O **Quadro 1** dá continuidade à apresentação dos estudos, expondo autores e ano juntamente com os principais resultados encontrados. Observou-se que o ano de 2016 foi o mais frequente dentro da amostra científica selecionada (26,7%). O ano de 2017 apresentou o menor número de estudos selecionados (6,7%). Mesmo com o 2020 ainda em andamento no período de busca e seleção dos estudos, 13,3% dos artigos selecionados para discussão englobavam este ano. Essa análise descritiva da amostra bibliográfica selecionada para discussão permite a interrelação e identificação dos temas abordados nos estudos.

Quadro 1. Distribuição das produções científicas segundo autores, ano e resultados apresentados.

Rocha, Moreira e Bispo Júnior (2020)	Demonstrou-se nível avançado de autonomia do conselho com condições estruturais adequadas, porém, com limitações na independência financeira. A representatividade foi a dimensão de pior desempenho, demostrado pela frágil relação dos representantes com as entidades
Silva, Novais e Zucchi (2020)	Apesar da Resolução 453/2012 estabelecer deliberação, elaboração, apoio e promoção da educação permanente para controle social como funções dos conselhos, aproximadamente 40% dos conselhos não realizam educação permanente
Magalhães e Xavier (2019)	Sinalizou-se que os temas debatidos no conselho são amplos e diversos, sendo destacada também, a forte participação dos usuários. Pontos críticos também foram encontrados, como tentativas de coerção, falta de debates profícuos, tempo escasso para discussões profundas e a existência de barreiras ao processo deliberativo e assimetrias discursivas
Pinto *et al*. (2019)	Constatou-se a fraca interação entre o Conselho Municipal de Saúde e o setor de auditoria do SUS nos municípios. Os conselheiros desconhecem suas competências e as funções do setor de auditoria municipal
Zermiani *et al*. (2019)	Constatou-se que os Conselhos participam parcialmente na discussão das metas, no conhecimento e acompanhamento, mas não se envolvem na negociação
Bispo Júnior (2018)	Ficou evidente o baixo poder de agenda dos representantes sociais e a frágil capacidade de influência do conselho na definição da política de saúde

Gomes *et al*. (2018)	Identificou-se a necessidade de ampliar a participação, considerando a presença dos conselheiros nas reuniões, a representação efetiva e a sua maior interação nas discussões e deliberações do conselho
Silva e Passador (2018)	A maioria dos conselhos estão instituídos legalmente, com previsão normativa quanto à pluralidade da composição, publicidade de suas reuniões e decisões, igualdade de oportunidade
Miwa, Serapioni e Ventura (2017)	A baixa divulgação das reuniões, funções e atividades dos conselhos locais de saúde colaboram para a produção de sua invisibilidade
Ouverney, Moreira e Ribeiro (2016)	Os processos de qualificação são fundamentais para que conselheiros compreendam melhor e aperfeiçoem o exercício de seu papel no processo decisório das políticas de saúde
Rezende e Moreira (2016)	Os representantes dos conselhos distritais atuam pautados pelo mandato de seus representados, pois firmam vínculos estreitos com tais instituições. Já os conselheiros das entidades municipais tendem a ter autonomia em sua representação, com relações mais tênues com suas entidades
Lisboa *et al.* (2016)	Os conselheiros enfrentam grandes dificuldades que acabam por desvirtuar os caminhos desejados da participação social no âmbito do Sistema Único de Saúde
Lopes, Silva e Martins (2016)	O Conselho Municipal de Saúde, embora institucionalizado na gestão há mais de duas décadas, ainda busca formas para legitimar suas atividades enquanto espaço democrático, no entanto o de Belo Horizonte segue adequadamente as regulamentações, reunindo-se com frequência, deliberando assuntos diversos sobre a saúde municipal e buscando, quando preciso, o apoio do Ministério Público
Kleba, Zampirom e Comerlatto (2015)	O pouco tempo disponível para o debate nas reuniões do Conselho resulta muitas vezes em decisões que desconsideram fatores importantes, como a capacidade instalada, recursos disponíveis e previsões para a manutenção das atividades incorporadas. O impacto da participação social sobre as políticas públicas na área da saúde requer qualificação do processo decisório, prevendo os múltiplos fatores, de caráter técnico e também político, envolvidos em sua implementação
Sipioni e Silva (2015)	Práticas de relação entre representantes e representados que ora reforçam um novo ideal representativo, ora o enfraquecem. Entende-se que muitos conselheiros e membros de entidades apresentam em seus discursos falas progressistas quanto ao modo de representar, mas, na prática, a relação, muitas vezes, vem acompanhada do tradicionalismo parlamentar

Fonte: elaboração dos autores (2021).

Frente à investigação, passou-se aos pontos da discussão dos resultados encontrados, que contemplaram a análise do processo participativo, a representatividade, a dinâmica de funcionamento dos Conselhos, a prestação de contas, a importância de deliberações e reuniões e o perfil e papel dos conselheiros. A discussão foi segmentada em duas categorias de análise que contemplaram os seguintes temas: "Conselhos Gestores de políticas públicas" e "Conselhos de Saúde no Brasil: desafios enfrentados ao seu funcionamento".

Discussão

Conselhos Gestores de políticas públicas

Os Conselhos Gestores podem ser brevemente definidos como instituições de participação permanente, concebidas por lei e estabelecidas por legislação e jurisprudência como componente importante do esqueleto estatal, com incumbência de operar sobre as políticas públicas e deliberar sobre temas que, por vezes, podem tomar forma de normas do Estado (TATAGIBA, 2007).

Essas instituições surgem como "arenas extraparlamentares", dando espaço a representantes da sociedade e do governo na formulação e fiscalização de políticas públicas, fragmentando o domínio do legislativo e o consequente controle estatal. O surgimento desses Conselhos e outros

órgãos de participação serviram como verdadeiros "espelhos", reproduzindo os aspectos contraditórios das experiências democráticas vivenciadas anteriormente (TATAGIBA, 2005; PEREZ, 2010).

Os Conselhos retratam uma política descentralizada que possibilita à sociedade civil e ao Estado articularem-se politicamente. São peças públicas importantes, em geral criadas por uma legislação específica, com regimento aprovado por seu plenário e adoção de compromissos consultivos, deliberativos e fiscalizadores que, teoricamente, consolidam o controle social. Essas instituições esbarram em um desafio quando estas não se encontram formalmente previstas na legislação, o que dá margem para que o Poder Público tenha um controle indireto sobre elas, levando em consideração sua composição.

No que diz respeito à composição, os Conselhos são caracterizados como "instituições híbridas", uma vez que garantem a participação tanto de atores sociais (representantes da sociedade civil) quanto de atores estatais (sobretudo do Poder Executivo) associados com a área em que atuam (saúde, assistência social, segurança, política urbana, criança e adolescente, entre outras) (AVRITZER, 2009). Relevante frisar que esse princípio de paridade entre os representantes surgiu ainda no período de ditadura civil-militar (1964-1985), resultado de intensas mobilizações, lutas e articulações da sociedade civil e perdurou durante a década de 1980, alcançando o momento da Constituinte (1987-1988) (LÜCHMANN, 2008). No caso dos Conselhos de Saúde o peso da representatividade é maior sobre o segmento dos usuários do sistema de saúde, que detêm 50% de suas cadeiras, circunstância respaldada mediante Lei Nº 8.142, de 1990.

Normativamente, o Conselho possui capacidade de promoção e aprofundamento democrático na gestão das políticas públicas, preservando a legitimidade dos representantes, a dinâmica deliberativa igualitária e a oferta de recursos capazes de impor sanções mediante decisões tomadas por esses órgãos (GOMES, 2015). Na prática, contudo, são vistas fragilidades quanto a esses aspectos. O debate junto à sociedade quanto ao papel dos Conselhos, a estrutura e a legítima função dos conselheiros traz à tona uma realidade que evidencia uma concretização parcial dos ideais expostos.

Importante discutir também o modo como ocorre a representação social dentro dos Conselhos. Não raramente a representação de entidades ou organizações sociais baseia-se em métodos de conhecimento e relação com o foco temático do Conselho. Isso acarreta um tipo de participação e representação que desrespeita o senso de universalidade na dinâmica de seleção dos representantes. Tal circunstância "facilita" que representantes sejam escolhidos por fóruns ou indicações de entidades ou organizações sociais, dessa forma não garantindo que o desenho institucional dos Conselhos seja aberto ao cidadão comum, excluindo este da dinâmica deliberativa.

Somado a isso, ao aprofundar o debate sobre os Conselhos Gestores de políticas públicas, Tatagiba (2005) explana o perfil dos conselheiros e revela uma tendência de elitização da participação, que põe em xeque o espaço democrático e a capacidade de conformação do aparato estatal. Essa elitização subordina as políticas públicas à priorização dos interesses individuais, sem espaço para verificação da situação ampla das necessidades locais.

Criados como espaços públicos para captação de demandas e pactuação de interesses singulares dos variados grupos sociais, os Conselhos se mostram úteis na ampliação da participação dos segmentos que sabidamente não tiveram acesso ao aparato do Estado sendo, portanto, esquecidos das dinâmicas de decisão política (LÜCHMANN, 2008). O intuito dessas instituições é a descentralização e a democratização das políticas (PONTUAL, 2008), favorecendo a universalidade de direitos sociais (LÜCHMANN, 2008).

Especificamente no que concerne aos Conselhos de Saúde, estes mobilizam-se e articulam-se com a sociedade de maneira permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS; discutem, elaboram e aprovam propostas operacionalizadas pelas diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde, instâncias estas também garantidoras de representação social; fiscalizam e controlam gastos e deliberam sobre critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o fundo de saúde e os recursos transferidos e próprios do município, estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina; fiscalizam e acompanham o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminham denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente; estimulam articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da saúde; entre outras atribuições (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, os Conselhos caracterizam uma outra forma de gestão, com estímulo a presença da população no processo decisório referente a temas que são importantes para o país. Ganharam destaque ao assegurar o diálogo entre governo e sociedade no período pós-redemocratização, de modo intenso e institucionalizado em ambientes públicos e plurais, objetivando um destino mais justo e eficiente dos recursos. Em suma, os Conselhos procuram uma comunicação conjunta para a conquista de um bem maior: o interesse público (TATAGIBA, 2005).

Teoricamente, os Conselhos de políticas públicas, em qualquer uma das esferas (Federal, estadual ou municipal), apresentam uma condição estruturada, sistêmica, coerente e plural na elaboração e deliberação das políticas públicas (LÜCHMANN, 2008). Por via de regra, dentro dos Conselhos de Saúde as deliberações comumente relacionam-se a aprovação de programas de saúde e projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo; a estrutura administrativa e o quadro de pessoal; a elaboração, apoio, decisão e promoção de educação permanente para o controle social; a definição de diretrizes para elaboração dos planos de saúde; a aprovação ou não do relatório de gestão anual; a avaliação de propostas e denúncias de indícios de irregularidades sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde; entre outras deliberações (BRASIL, 2012a).

Desde que essas instituições foram amparados legalmente, construíram um "exército" de conselheiros e estabeleceram outra maneira de representação da sociedade civil no campo institucional (LÜCHMANN, 2008), assegurando o que Tatagiba (2007) conceitua como "institucionalidade participativa".

O rompimento com os interesses sociais, contidos, em tese, dentro dos Conselhos, pode ser explicado pela redução ou ausência de transparência das informações sobre essas instituições. Por vezes, é relatado na literatura o desconhecimento do próprio regimento dos Conselhos pelos conselheiros, restando à sociedade civil a completa ignorância no que diz respeito a esses espaços de participação, quando não há divulgação das informações adequadamente (GURGEL; JUSTEN, 2013).

De modo a garantir o atendimento das diversas demandas da sociedade (associações de pessoas com patologias; associações de pessoas com deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares, organizados; organizações de moradores; comunidade científica; entidades de defesa do consumidor; entre outras), ao menos em tese, todos aqueles que forem afetados com mudanças oriundas da consolidação política, que almejarem participar, podem o fazer em espaços de deliberação pública, como os Conselhos Gestores (LOPES; SILVA; MARTINS, 2016).

Em municípios de grande porte, cuja estrutura é favorável à formação de grupos de pressão, é comum a influência sobre a composição dos Conselhos. Tal fato costuma ocorrer devido a pressão

exercida por movimentos organizados da sociedade civil e por partidos que voltam-se à inclusão social nas decisões sobre políticas públicas. Apesar isso, o cenário em municípios menores é oposto. Restrições à participação social em pequenos municípios são expostas pelas condições desfavoráveis às mobilizações significativas da sociedade e de seus movimentos organizados e pela existência do tradicionalismo político local, baseadas nas relações econômicas restritas de grupos explorados (RIBAS; DE MEZA, 2018).

Os Conselhos atuam como canais de representação extraparlamentar e deles se esperam pelo menos duas ordens de efeitos: racionalização das políticas e inclusão de grupos afetados pelas primeiras. Ambos os efeitos supõem uma relação favorável com a redução da desigualdade. A produção científica voltada para a aferição da efetividade das instituições participativas congrega com os trabalhos de ponta para lidar com as repercussões da racionalização. Mesmo se tratando de um campo de estudos recente, tem indicado a correlação entre a presença dessas instituições e melhores indicadores de desempenho nas políticas públicas, mediante gestão pública e gestão fiscal (racionalização e planejamento), formas de participação política (perfil participativo) e descentralização, distribuição, tipos e acesso às políticas públicas (PIRES *et al*., 2011).

Os Conselhos Gestores possuem a responsabilidade de equilibrar a questão social com a gestão estatal, de modo a desviar de divergências. A sociedade além de se manifestar, também tem o direito de ação conjunta com o Poder Público, evidenciando o ideal democrático e oportunizando o controle dos atos administrativos (TATAGIBA, 2005). Essas instituições constroem uma singular forma de vínculo entre o Estado e a sociedade civil, suplantando uma herança essencialmente elitista e autoritária, ancorada nos preceitos do clientelismo, que historicamente repercutiu na relação entre a sociedade e o Estado na criação e implementação das políticas no Brasil (PONTUAL, 2008).

Em estudo recente, Ribas e de Meza (2018) sintetizam funções e disfunções dos Conselhos Gestores, ancorados no modelo de partilha de poder entre representantes da sociedade civil e do Estado. São expostos fatos que distanciam os Conselhos do que os autores chamam de Administração Societal, configuração que seria possível mediante maior aprofundamento sobre busca de soluções para problemas públicos pelo engajamento social, conforme apresentação no quadro a seguir.

Quadro 2. Funções e disfunções dos Conselhos Gestores.

FUNÇÕES	DISFUNÇÕES
Descentralização do poder sobre decisões públicas	Subordinação ao Poder Executivo, que desenvolve as legislações pertinentes e detêm o status do sufrágio universal
Representação de interesses coletivos, pela busca de espaço de classes no cenário político	Detentores de cargos públicos ocupam vagas de representatividade da sociedade civil
Governança democrática de políticas públicas	Caráter deliberativo ausente ou delimitado, focando-se mais no processo de fiscalização de políticas públicas implementadas
Articulação entre a pluralidade social no direcionamento político ideológico do Estado	Elitização da participação e representatividade segmentada

Fonte: Ribas e de Meza (2018).

É de fundamental importância o estudo do percurso e da organização das políticas de saúde no Brasil, pautando-se os instrumentos de controle social mediante análise do recurso garantidor de participação social que emergiu a partir de 1990: os Conselhos de Saúde. Distante do esgotamento de

discussão sobre essas instituições, o número significativo de estudos sobre elas possibilita a criação de um conjunto de informações relevantes não somente para a academia científica, como também (e especialmente) para os próprios Conselhos e conselheiros, onde a contínua análise da atuação e do funcionamento destes colabora para a sua melhoria e efetividade de seu papel. Baseado nisso, o ponto de discussão a seguir abordará os desafios enfrentados ao funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil.

Conselhos de Saúde no Brasil: desafios enfrentados ao seu funcionamento

A literatura mais ampla de políticas públicas tem argumentado desde os anos de 1990 que há uma demanda por uma maior participação da sociedade, isso ocorreu em variadas áreas e em diferentes países (SOUZA, 2018; PETERS, 1998). Essa demanda aumentou a complexidade das fases de elaboração e implementação das políticas públicas, resultando na necessidade de uma maior coordenação entre os atores governamentais e não governamentais. É, neste contexto, que se inserem os Conselhos, especialmente, na área de saúde pública, na qual essa instituição social é um importante *player* nas diversas etapas do ciclo de políticas públicas. Além dessa maior participação, houve também um crescimento exponencial do número de Conselhos. Atualmente, segundo Silva, Novais e Zucchi (2020), o Brasil possui 4.587 Conselhos de Saúde, considerando-se apenas aqueles com cadastro completo e atualizado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde.

A efetiva participação da sociedade civil organizada nas decisões do sistema de saúde público brasileiro deu-se após longa jornada de amadurecimento, resultando em uma dinâmica de controle social mais qualificada, deliberativa, autônoma e representativa. No Brasil, legalmente, duas leis trouxeram pautas importantes a essa participação: a Lei Nº 8.080, de 1990, que regulamenta o SUS, e a Lei Nº 8.142, de 1990, que estabelece a participação social na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Somente após a redemocratização a atuação social no sistema foi expandida, democratizada, regulamentada e considerada um "controle social" no Brasil. No fortalecimento das políticas públicas, a sociedade, por meio dos Conselhos e das Conferências, efetiva o controle social, envolvendo-se no planejamento e na fiscalização das ações governamentais dentro da saúde. Ademais, estabelece relações que consideram os interesses representativos dos segmentos de usuários, gestores, prestadores de serviços e profissionais da saúde em todos os âmbitos de governo (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017).

Ao estudar os Conselhos, é necessário considerar a natureza multidimensional das instituições participativas. Leva-se em conta as dimensões sistêmicas (exógenas) como o processo associativo da cidade, o projeto político dos gestores eleitos, a capacidade administrativa e fiscal dos municípios, e os aspectos das políticas públicas de um determinado local. Deve-se atentar também às características intrassistêmicas (endógenas) como o desenho institucional, uma vez que regras e procedimentos são relevantes para a qualidade das práticas participativas e deliberativas internamente nas instituições (CUNHA *et al*., 2011).

Por via de regra, os Conselhos são instituições democráticas que propiciam a participação social na gestão do SUS, o que possibilita a identificação e priorização de demandas emergentes da sociedade com consequente efetivação de acesso aos serviços de maneira integral, universal e equânime. Há uma elevada presença de usuários do sistema nas reuniões, assim como boa vocalização proveniente deste segmento, o que reduz a preocupação quanto ao Conselho de Saúde ser utilizado como objeto de legitimação para discurso governamental (MAGALHÃES; XAVIER, 2019).

Nota-se, por vezes, que o segmento dos usuários dentro dos Conselhos toma para si a luta por um interesse geral, com ênfase no bem-estar social. Verifica-se que o intuito primordial de alguns conselheiros engloba a grande função de agente social promotor de igualdade, responsabilizando-se por um dever que, a princípio, deveria ser do Estado. O segmento representado pelo Estado tem obrigações com toda a sociedade e deve representar os interesses de todos (SIPIONI; SILVA, 2015).

O estudo de Rocha, Moreira e Bispo Júnior (2020) que buscou analisar os resultados de um modelo de avaliação de desempenho de Conselhos de Saúde mostrou que a representatividade foi a variável com pior avaliação no contexto geral. A precariedade nas relações com as entidades e nas formas de escolha dos representantes são aspectos que comprometem a representação.

No contexto do estudo de Rocha, Moreira e Bispo Júnior (2020), a representatividade associa-se a relação entre os representantes e os representados, com ênfase na interação e na assistência dada pelos representantes aos representados e as formas de interesses expressas pelos conselheiros. Essa variável no estudo atendia a indicadores como composição do plenário (paritário ou não), modo de escolha dos representantes pelas entidades (eleitoral ou não), ligação entre representantes e entidade/representados (forte ou frágil), além da forma de interesse representada (ampliada, corporativa ou individual).

A representação é debatida sob a lógica de que o mundo social é marcado por vínculos de dominação, nos quais se compreende a democracia como um horizonte normativo. Sob esse contexto são identificadas diversas dificuldades que acabam sendo comuns às organizações democráticas: relação entre interesses pessoais e de grupos e uma "vontade coletiva" hipotética; diferente potencial de determinação de suas preferências e interesses, por parte dos sujeitos; e facilidade de manipulação da "vontade coletiva" mediante suas próprias normas e procedimentos (MIGUEL, 2014).

De acordo com Almeida (2015), obstáculos são enfrentados quanto à legitimidade de representação exercida por organizações da sociedade civil dentro dos Conselhos. Tais desafios associam-se a dificuldades que originam uma representatividade que se estabelece e se desenvolve por um circuito fechado, fato ampliado por uma representação baseada pela *expertise*, que acaba por provocar uma baixa densidade associativa.

A representatividade na esfera dos Conselhos distingue significativamente do modelo representativo eleitoral clássico. É uma forma de representação que contribui para a democracia participativa, onde o exercício de representação se torna mais sólido quando aliado ao envolvimento dos representados. A participação nos Conselhos Gestores requer convergir fatores de representação institucional com recursos de mobilização social (ROCHA; MOREIRA; BISPO JÚNIOR, 2020). É vantajosa a elaboração de regras claras no delineamento de processos eleitorais democráticos dos conselheiros e práticas representativas de participação efetivas e transformadoras (REZENDE; MOREIRA, 2016).

Os Conselhos tropeçam em uma condição delicada na relação entre representantes e representados: a ausência de instrumentos formais de autorização e prestação de contas, os quais na representação eleitoral formal ocorrem por meio de eleições regulares. Essa ausência não obrigatoriamente deslegitima a representação praticada por organizações da sociedade civil, tendo em vista que a legitimidade desta relação encontra-se em outras condições. Entre essas condições destacam-se o compromisso estabelecido entre o representante e a sua causa, assim como a afinidade ou a conexão entre o representante e aqueles que diz representar (LAVALLE, 2015; BORBA; LÜCHMANN, 2010). Existem ainda reflexões que pontuam que, sem a obrigatoriedade de autorização e prestação de contas, o desempenho dos representantes dependeria unicamente da boa

vontade desses atores, ao passo em que os representados teriam pouco ou nenhum potencial de intervenção no processo (MIGUEL, 2011).

Essa instituição participativa enfrenta também obstáculos referentes à representatividade conselhista, que tem seu desenvolvimento por meio de um circuito fechado. A representação, dessa forma, se restringe a um quantitativo limitado de organizações da sociedade civil ou está restrita à "lógica dos mobilizados". Os processos decisórios nos Conselhos atingem públicos amplos, contudo, são as minorias que autorizam representantes presentes nessas instâncias. Ademais, requisitos e meios envolvidos na escolha dos conselheiros não são consensuais, o que dá brecha para que Conselhos funcionem em uma área política-institucional instável. A representatividade fica ainda mais restrita quando organizações possuem assentos fixos em regimentos, uma vez que nessas situações o Conselho se fecha a uma recomposição de forças (ALMEIDA, 2015; ALMEIDA, 2010).

O circuito fechado apresentado por Almeida (2015) pode ser flexível a depender do desenho institucional do Conselho e da intensidade de disputas que envolvem a determinação das suas cadeiras. Isso resulta em processos de *accountability* e responsividade restritos, comumente, àqueles que se encontram dentro do circuito, não englobando, portanto, sujeitos ou a população usuária das políticas públicas, os verdadeiros impactados pelas deliberações (PEREZ, 2010).

Ao se pautar *accountability* e sua relação com Conselhos, são identificadas dificuldades de compreensão de seu conceito, fato que vem sendo superado com debates e estudos sobre a temática e a correta aplicação do termo. Nessa ação de entendimento, são necessários meios para execução da estrutura analítica da *accountability*: *answerability* (capacidade de fornecer respostas) e *enforcement* (capacidade de impor sanções) (ROBL FILHO, 2012). Tais conceitos relacionam-se a quatro dimensões fundamentais para a existência da *accountability*: informação, explicação, justificação e punição.

Para análise das condições brasileiras, Tatagiba (2002) avalia a *accountability* societal ou social (uma das vertentes de *accountability*) sob a ótica dos Conselhos Gestores de políticas públicas, especialmente aqueles movidos às políticas sociais (Conselhos de Saúde, de assistência social, de defesa da criança e do adolescente, entre outros). De acordo com Peruzzotti e Smulovitz (2006) a *accountability* societal/social apresentam um conjunto de atores da sociedade civil com distintas iniciativas de supervisionar o comportamento dos funcionários públicos, as ações das instituições, a exposição de casos de corrupção, violação da lei, dentre outras. Nesta dimensão, considera-se que há uma efetiva participação dos cidadãos comuns.

Os Conselhos de Saúde são espaços abertos à comunicação dialógica, funcionam como instâncias deliberativas e, por isso, surgem como arranjos institucionais inéditos. Logo, não é difícil constatar que tais órgãos direcionam seu exercício ao cumprimento dos mecanismos de *accountability* societal.

Apesar da possibilidade de atuação como uma instituição de *accountability* societal, os Conselhos de Saúde enfrentam um grande desafio referente ao perfil dos conselheiros. Comumente, os meios que norteiam sua escolha estão associados à vinculação com a política e a atuação/formação profissional, isso sugere que os representantes são formados mediante uma competência, uma *expertise* (ALMEIDA, 2015). A representação acaba sendo, assim, uma diminuição do ideal democrático e uma ferramenta criadora de desigualdades. A representação reflete desigualdades sociais, com a existência de uma tendência de os representantes serem homens, brancos, com renda acima da média da população e com maior nível de escolaridade. Isso repercute também em uma

forma singular de desigualdade: aquela de quem possui e quem não possui acesso aos espaços de exercício de poder (MIGUEL, 2017a).

Esse perfil elitizado dos conselheiros é questionado: até que ponto esse caráter elitista estabelece bloqueios para o diálogo com setores populares habitualmente esquecidos ou insatisfatoriamente presentes nas instituições participativas? Por vezes, a concepção de que o conselheiro é um sujeito competente ao exercício de seu papel pode desviar preocupações com normas de responsabilidade e prestação de contas. Ainda, se a atuação como conselheiro reconduz as mesmas lideranças para assegurar eficácia nas dinâmicas decisórias, isso reduz as oportunidades de rodízio e a garantia de pluralidade de representação nos Conselhos (ALMEIDA, 2015).

Os instrumentos de autorização e *accountability*, frequentemente ineficazes, apontam para a ocorrência dessa desigualdade e os perigos a ela relacionados. É necessário que o adjetivo "democrática" esteja presente nessa relação de representação. Sem isso, o que se tem é uma mera renovação de patronato político, em que sujeitos com acesso a arenas decisórias "protegem" aqueles ou grupos que delas estão afastadas (MIGUEL, 2017b).

Soma-se a isto a baixa densidade associativa, comum na política de saúde (ALMEIDA, 2015; BASSI, 2012). Legalmente, os Conselhos de Saúde têm definida uma proporção de representação por segmentos: 50% dos assentos reservados a usuários do SUS; 25% das cadeiras destinadas a entidades dos trabalhadores da saúde; e 25% dos assentos designados a representantes do governo e de prestadores de serviços (BRASIL, 1990).

Essa disposição prevista na Lei Nº 8.142, de 1990, para assegurar uma representação proporcional dos distintos interesses nos Conselhos se diferencia da encontrada em alguns municípios, o que resulta, quase sempre, em predominância da representação governamental (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010). Outrossim, existem situações em que representantes dos usuários e trabalhadores são indicados pelo governo, estabelecendo o que Bassi (2012) chama de "imbróglio da representação conselhista". Essa situação ocorre quando as informações sobre quem o conselheiro diz representar e sobre quem o indicou ao ofício da representação não direcionam ao mesmo segmento, o que atrapalha uma política *accountable* e responsiva.

Casos como esses não possibilitam a estrutura associativa necessária à representação conselhista, desempenhada por organizações da sociedade civil. Por outra forma, a obrigação legal e formal de representação por parte da sociedade civil não é atendida em circunstância de baixa densidade associativa, o que repercute em desequilíbrios representativos dos interesses nos Conselhos, com prejuízos frequentemente aos usuários, que possuem maiores dificuldades para assistir às exigências de inserção associativa (ALMEIDA, 2015).

O estudo de Zermiani *et al*. (2019) mostrou que os Conselhos participam apenas parcialmente na discussão das proposições, no conhecimento e no acompanhamento das metas e que não se envolvem em negociações para a saúde. Isso fragiliza essa instituição no fortalecimento das políticas de saúde, tendo em vista que o controle social relaciona-se ao vínculo da sociedade com processos decisórios, criação e implementação das políticas públicas. A garantia e o estímulo à participação dos representantes do Conselho nas pactuações devem ser viabilizadas, ao passo em que consolidam as políticas.

O fato de os Conselhos não participarem integralmente de negociações para a saúde também deve ser visualizado sob a lógica do poder de agenda de políticas públicas do governo eleito por maioria absoluta, portanto, legitimado pelo povo. O governo precisa oferecer suporte administrativo

ao funcionamento do Conselho, mas também deve ser levado em consideração o plano de governo para a saúde que, por vezes, pode diferir do que o Conselho deseja implementar.

A pesquisa de Lopes, Silva e Martins (2016), que buscou entender o funcionamento e as contribuições do Conselho Municipal de Saúde para a inserção da sociedade nos processos políticos, destacou a importância da dinâmica de deliberação, contudo foi exposta também a baixa capacidade propositiva do Conselho. Depreendeu-se a existência de uma inclinação a pautas oriundas de meios externos, secretarias de saúde ou outras fontes como condutas das ações do Conselho. Isso fragmenta a atuação dessa instituição, considerando que na dinâmica de deliberação a formulação da agenda se compromete, impossibilitando o Conselho de discutir pautas mais complexas nas plenárias e tomar decisões (LOPES; SILVA; MARTINS, 2016).

Sob a ótica da efetividade, a tomada de decisões (*outputs*) pelos Conselhos confere uma condição essencial para a ocorrência de efeitos (*outcomes*), de modo que *outputs* evidenciam particularidades consistentes com os diversos tipos de Conselhos. Empenhos para sistematizar aspectos que conduzem perfis, quantidades e repercussões de resoluções tomadas por Conselhos ajudam a contribuir na investigação das condições de efetividade dessas instâncias (LAVALLE, 2011).

A tomada de decisões pelos Conselhos também é fruto de estudo na academia. É necessária cautela acerca da generalização das repercussões que estas decisões trazem na correlação entre a existência de Conselhos numa determinada localização e o desempenho de políticas, sem considerar a variação dos padrões decisórios. Nesse sentido, há extensa variabilidade, não somente no quantitativo de decisões tomadas por diferentes Conselhos, como também naqueles aspectos que essas instituições participativas decidem (LAVALLE; VOIGT; SERAFIM, 2016).

Referente às decisões, os Conselhos de Saúde, por exemplo, em dado momento podem ter em suas atividades o foco na fiscalização sobre a prestação de contas no uso de recursos públicos por parte do Executivo local, em outro momento suas ações voltam-se a posicionamentos políticos, a recomendações e a notas de repúdio (GONÇALVES *et al*., 2013). Recentemente, Lavalle, Voigt e Serafim (2016) apresentaram uma tipologia dos Conselhos associando-os à concentração da capacidade de decisões, com características expostas no quadro a seguir.

Quadro 3. Tipologia dos Conselhos Gestores.

TIPOLOGIA	CARACTERÍSTICAS
Conselhos C1	• Tendência à universalização e à estabilização • Alta indução federal • Inserção em área de atuação melhor estruturada
Conselhos C2	• Expansão territorial média • Indução federal moderada • Menor grau de estruturação • Inserção em área de atuação moderada
Conselhos C3	• Pouco difundidos • Objeto de indução federal fraca • Frequentemente criados por interesses municipais e conforme as prioridades políticas da situação ou da oposição locais • Funções facultativas • Níveis de integração à operação da administração tendencialmente modestos

Fonte: Lavalle, Voigt e Serafim (2016).

A alta, moderada ou fraca indução federal vista como característica dos Conselhos no **Quadro 3** relaciona-se ao fato de a União não poder criar diretamente órgãos administrativos em seus entes federativos, embora possa recorrer a instrumentos previstos em leis ou atos normativos para induzir a sua criação. Dessa forma, ao determinar em uma lei federal a exigência de criação de Conselhos para exercer alguma função na gestão das políticas públicas, a União induz estados e municípios a concebê-los para que possam acessar determinado sistema ou programa de política pública que tenha dimensão nacional (LAVALLE; BARONE, 2015).

Os Conselhos de Saúde enquadram-se como C1 nessa tipologia, juntamente com os de educação e de direitos da criança e do adolescente. São Conselhos com tendência à universalização, tradicionais, munidos de recursos setoriais e correspondentes às áreas consideradas estratégicas pela Constituição de 1988, nas quais mandatou participação. O ponto em comum nesses Conselhos é a sua função essencial na gestão de recursos financeiros associados às respectivas políticas públicas, garantida legalmente (LAVALLE; BARONE, 2015).

A capacidade dessas instituições de participação em tomar decisões sobre a política pública depende de maturidade institucional, o que só é possível com um período ininterrupto do seu funcionamento, dessa maneira elevando-se com o passar do tempo. Ao estudar os Conselhos de Saúde de 980 municípios, Avelino, Barberia e Biderman (2014) revelam a existência de uma relação considerável entre a idade dos Conselhos e o nível de corrupção dos municípios, mensurado pelo quantitativo de irregularidades identificadas em auditorias da Controladoria Geral da União. Conforme projeção dos autores, a existência de um Conselho de Saúde em um município pelo período de dez anos, considerando um impacto linear, seria responsável pela diminuição nos índices de corrupção em cerca de 20%. Esse resultado está associado a um instrumento de aprendizado baseado nas práticas de ações de controle e *accountability* por parte dos conselheiros (aprender fazendo).

Os padrões decisórios dos Conselhos se modificam durante seu ciclo de vida. Até aqueles fortemente universalizados e amplamente institucionalizados demorariam de oito a dez anos para maturar. No decorrer desse tempo, migrariam de um padrão decisório quantitativamente reduzido e guiado à autorregulação, para outro mais diversificado e numeroso, com inclusão de variados tipos de decisões dirigidas à incidência sobre a política pública e sobre parte da própria estrutura de participação municipal. Independentemente do tipo de Conselho, espera-se um espaço de tempo significativo até que ele tenha condições de incidir sobre a política, uma vez que empenham-se anos na regulação de atividades internas até o estabelecimento de padrões claros de funcionamento (LAVALLE; VOIGT; SERAFIM, 2016).

Frequentemente, o Conselho centraliza suas ações na discussão e aprovação de demandas pontuais e fragmentadas, contrariamente deixando de lado a promoção de debates, com deliberações como acompanhamento, avaliação e implementação de planejamentos de saúde, no intuito de promover mudanças sobre aspectos abrangentes que impactem de maneira positiva nas condições de saúde e qualidade de vida da população (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

O estudo de Lisboa *et al*. (2016) também expõe a discussão de pautas com teor majoritariamente técnico e normatizador, sem espaço para demandas singulares. Existem críticas quanto ao fato de que, comumente, a participação social nas reuniões dos Conselhos se limita somente à aprovação de programas ou pacotes de financiamento ministerial para a saúde, distanciando-se de reivindicações relevantes levantadas por aqueles que se mobilizam em prol do direito à saúde.

Os Conselhos de Saúde concentram ampla possibilidade de contestação pública e inclusão. A inclusão é determinada pela introdução dos segmentos populares, como dos usuários e também dos

prestadores de serviços e profissionais. A contestação pública é alcançada quando o Conselho propõe e decide por políticas de saúde que podem não necessariamente estarem ajustadas aos interesses de gestores do sistema de saúde. Também favorecem a dinâmica de contestação as competências de controle e fiscalização sobre a gestão, incluindo os aspectos econômicos e financeiros (BISPO JÚNIOR, 2018).

Após analisarem a relação existente entre os Conselhos Municipais de Saúde e o serviço de auditoria do SUS nas secretarias municipais, Pinto *et al*. (2019) expuseram o desconhecimento de conselheiros sobre o processo de prestação de contas. Os autores explanam a importância de conselheiros participarem desse controle a fim de fortalecer a iniciativa participativa e o controle social, uma vez que uma das funções do Conselho é fiscalizar e monitorar as aplicações dos fundos repassados às secretarias de saúde, bem como a verificação de desempenho da gestão de políticas públicas.

A auditoria do SUS desempenha papel importante na detecção de falhas e irregularidades na gestão do sistema e verifica os processos de trabalho, a governança e o controle social, na tentativa de adaptar o modelo de atenção à saúde à legislação vigente em dado território. São exemplos de órgãos públicos que demandam auditorias: órgãos do próprio Ministério da Saúde, Advocacia-Geral da União, Departamento de Polícia Federal, Justiça Federal e entidades de classe. Também se destacam como demandantes de auditorias no SUS órgãos de controle, como a Controladoria Geral da União, Tribunais de Contas dos Estados e da União e Ministérios Públicos estaduais e Federal (BRASIL, 2017).

Essa auditoria no sistema de saúde é recurso especialmente necessário em sistemas públicos e universais, com vistas à melhoria de acesso aos serviços e redução de custos. Os Conselhos devem atuar no planejamento e no controle de ações governamentais, sendo essencial que a Administração Pública seja responsável pelos seus atos. Nesse contexto, a *accountability* deve destacar o desempenho do governo e seus resultados para que possam ser avaliados e controlados (PINTO *et al*., 2019).

O emprego da *accountability* no controle social da saúde está presente na Resolução Nº 453, de 2012, em artigos que versam sobre a prestação de contas. Os principais aspectos abordados na Resolução associam-se ao andamento da agenda de saúde pactuada; relatório de gestão; montante, fonte e maneira de aplicação dos recursos; auditorias iniciadas e concluídas no período; e fornecimento e produção de serviços da rede assistencial de saúde (BRASIL, 2012a). Os Conselhos de Saúde, baseados em justificativa, poderão buscar auditorias externas e independentes acerca das contas e atividades do gestor do SUS, recorrendo ao Ministério Público, por exemplo (BRASIL, 2013).

A Lei Complementar Nº 141, de 2012, determina que os Conselhos de Saúde devem avaliar a gestão do sistema quadrimestralmente e emitir parecer conclusivo acerca da execução dos dispositivos sobre os gastos anuais encaminhados pelo respectivo gestor federal, estadual, municipal ou distrital. Assim, fica evidente a importância do Conselho de Saúde como mecanismo de controle social, com garantia de direitos ao acesso e solicitação de quaisquer informações necessárias (BRASIL, 2012b).

Por incertezas acerca da resiliência dos Conselhos diante da mudança de contexto político, antes favorável à expansão e institucionalização, autores como Avritzer (2017) e Barbosa (2015) diagnosticam a falência das instituições de participação, especialmente dos Conselhos. Há certa insegurança quanto ao futuro dos Conselhos. Em uma perspectiva, as Jornadas de Junho de 2013

trouxeram para análise a incapacidade das instituições participativas em amparar a participação social e o descrédito de parcela da sociedade no que diz respeito a esses canais institucionalizados de participação.

Em meio a isso, existiram/existem aqueles que responsabilizam as instituições de participação por colaborarem para arruinar a legitimidade dos protestos de rua, relacionando as primeiras, ironicamente, à limitação do ideal democrático (TRINDADE, 2018). Em outra perspectiva, o Congresso Nacional que sustou o Decreto Nº 8.243, de 2014, que instituía a Política de Participação Social no decorrer do último ano do governo da Presidenta Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores, já dava indícios de um cenário desfavorável às instituições de participação (MOREIRA, 2016).

Não raramente, os Conselhos sofrem ataques e encaram desafios como a deslegitimação institucional por parte da sociedade, que pode diminuir sua importância no processo decisório, risco ampliado pela crise política, institucional e econômica que o país atravessa nos últimos anos. Essa crise despontou do movimento político da direita conservadora que tomou forma entre 2015 e 2016 ocasionando desestabilização do governo reeleito, com consequente *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff. Tal movimento, ao encabeçar a crítica ao Governo Federal aos Conselhos, tornou-se um considerável indicativo da crise de deslegitimação (MOREIRA, 2016).

Esse fato se confirmou com eleição, em 2018, de Jair Messias Bolsonaro para Presidente pelo Partido Social Liberal. Em seu primeiro ano de mandato adotou conduta intransigente relacionada às instituições de participação e de controle social. Por meio do Decreto Nº 9.759, de 2019, limitou e extinguiu diversos instrumentos que conferiam participação social, afastando a sociedade civil da dinâmica decisória e do monitoramento das políticas públicas (LIMA; FONTES; MOURA, 2020).

Por garantir a participação social e a deliberação como dinâmica organizada na busca pelo consenso ao tomar decisões e por obedecer a decisão consensual como eixo central da legitimação institucional, infere-se que a garantia à deliberação seja capaz de impulsionar os Conselhos no afastamento dos riscos de deslegitimação (MOREIRA, 2016).

De modo a verificar a vitalidade dessas instituições pode-se recorrer à análise da dinâmica de funcionamento e realização das reuniões. A Resolução Nº 453, do CNS, estabelece que elas deverão ocorrer mensalmente, e de modo extraordinário conforme o estabelecido em regimento interno, além de obrigatoriamente serem abertas ao público. A constância de reuniões possibilita a continuidade das deliberações acerca de pautas que estão sendo discutidas, além de indicarem diretamente o caráter ativo do Conselho (SILVA; PASSADOR, 2018).

A ocorrência de reuniões é de fundamental importância na garantia do controle social na gestão do SUS. O estudo de Gomes *et al*. (2018) apontou que a falta de uma quantidade mínima de conselheiros nas reuniões de um Conselho Municipal de Saúde era frequente. Das dezessete reuniões realizadas no período analisado pelo estudo, apenas cinco alcançaram quórum mínimo (sete conselheiros votantes), uma reunião obteve oito conselheiros e onze não tiveram quórum suficiente. Dessa forma, somente 35,3% das reuniões do Conselho conseguiram quórum para votações.

Uma explicação para a falta de interesse dos conselheiros pode ser a percepção de que não há benefícios individuais suficientes que superem o custo da participação. Como os resultados das deliberações do Conselho, em geral, são benefícios coletivos, a tendência é a existência de poucos incentivos para a cooperação de alguns conselheiros, que avaliam a relação custo-benefício em comparecer ou faltar as reuniões (OLSON, 2011; SANTOS 1993). Contudo, devemos reconhecer que esse argumento de incentivos seletivos e análise de custo-benefício para a participação, explica

apenas parte do problema, uma vez que não esclarece a participação efetiva de parte do Conselho que pode ser, tanto pela existência de benefícios individuais que superariam o custo da participação (prestígio social, político, etc), quanto ideais democráticos que estariam acima dessa racionalização de custo-benefício.

A ausência de quórum suficiente prejudica a atuação e o funcionamento do Conselho de Saúde e as tomadas de decisões. Tais decisões somente serão acolhidas atendendo a quórum mínimo de metade mais um de seus conselheiros, exceto em casos regimentais nos quais se exija quórum especial ou maioria qualificada de votos (BRASIL, 2013).

A pesquisa de Gomes *et al*. (2018) revela ainda que os conselheiros desconhecem seu papel e sentem a necessidade de compreensão mais clara de suas atribuições. Esse desconhecimento das funções a serem exercidas pode colaborar para o desinteresse na participação das reuniões. Apesar disso, pontuam que não existem instrumentos que proporcionem o debate durante as reuniões, enfatizando o insuficiente tempo disponível para os encontros, o que poderia explicar a falta de quórum frequente.

Os conselheiros, além de participarem ativamente das reuniões, devem procurar seus representados para discutir as pautas e fornecer resultados dos encontros que participaram no Conselho. Ademais, também se mostra útil a eles a busca por articulação com Conselhos de municípios próximos, incorporando a oportunidade de desenvolvimento da ação política desses atores, estratégia essencial para a melhoria institucional dos Conselhos de Saúde (OUVERNEY; MOREIRA; RIBEIRO, 2016).

Além da representatividade ativa e da articulação com outros Conselhos, mostra-se relevante a oferta de qualificação e aprimoramento aos conselheiros por meio de iniciativas contínuas que envolvam o compartilhamento de conhecimentos inerentes à prática do "ser conselheiro", como o comprometimento com reuniões e comitês, que podem promover uma perspectiva de aprendizado colaborativo por meio da troca de saberes entre pares (SILVA; NOVAIS; ZUCCHI, 2020).

O controle social pode assegurar maior transparência e legitimidade às políticas de saúde, além de conferir envolvimento coletivo com a gestão do SUS. Os Conselhos são, portanto, uma forma de conferir o compartilhamento de poder, dando espaço à sociedade na tomada de decisões a problemas que a atinge. Em tese, essas instituições trazem a possibilidade de revelar conflitos existentes na sociedade e, por meio deles, traçar objetivos que privilegiem a todos, efetivando a representação. Por meio da representatividade, as políticas públicas podem ser consolidadas ou elaboradas de modo que contemplem as demandas dos setores que representam. Desse modo, mostra-se essencialmente relevante compreender a relação existente entre as políticas públicas e o envolvimento dos Conselhos em sua formulação, implementação, fiscalização e impactos na sociedade.

Considerações finais

Durante a escolha de tema desta revisão, presumia-se encontrar extenso quantitativo de pesquisas em virtude da relevância de estudo sobre os Conselhos de Saúde no Brasil, fato que se comprovou. Ao regressar à questão norteadora da revisão sobre "*Quais os conhecimentos científicos produzidos acerca dos desafios enfrentados por Conselhos de Saúde no Brasil nos últimos cinco anos?*", verifica-se que os resultados das pesquisas que compuseram a discussão deste estudo abordaram aspectos importantes sobre o funcionamento dessas instituições, que foram desde a

participação social na gestão do sistema de saúde até aos obstáculos enfrentados pelos Conselhos para sua plena atividade.

Esta revisão evidencia um ponto importante: a escassa produção científica acerca da fiscalização pelos Conselhos de Saúde sobre a gestão do sistema. A fim de não deixar esquecido esse importante papel da instituição, buscou-se explanar os aparatos legais que normatizam essa função (Resolução Nº 453, de 2012, e Lei Complementar Nº 141, de 2012). As produções recentes denotam desafios encarados pelos Conselhos, como a precária representatividade dos segmentos existentes, a participação parcial nas deliberações e a baixa capacidade propositiva de pautas do Conselho, a priorização de pautas técnicas e normatizadoras que pouco contemplam a real condição de saúde da população, o distanciamento de conselheiros sobre a dinâmica de prestação de contas, as baixas participações nas plenárias, entre outros. Importante destacar também que, em tempos de crise política e sanitária, o descontentamento de partes da sociedade favorece o descrédito popular sobre essas instituições.

Desafios como os destacados conduzem ao desvio de percursos almejados para a participação e o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde, prejudicando significativamente a efetivação desses órgãos no Brasil. De modo a expressar sua relevância, revela-se a necessidade de disseminação de práticas de sucesso dos Conselhos, solidificando a participação social como instrumento essencial ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Os Conselhos devem trabalhar fomentando o acesso à saúde pela população, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde de integralidade, equidade e universalidade da assistência. Sua atuação deve permitir, ainda, que atividades de fiscalização e controle cumpram preceitos de *accountability* e transparência sobre atos e decisões.

Referências

ALMEIDA, C. Da participação à representação política: um balanço crítico dos estudos mais recentes sobre Conselhos Gestores. **INTERSEÇÕES**, v. 17, n. 1, p. 54-78, 2015.

ALMEIDA, D. R. **Representação política nos Conselhos de saúde do Brasil**. *In*: I Seminário Internacional e III Seminário Nacional: Movimentos Sociais, Participação e Democracia. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2010.

AVELINO, G.; BARBERIA, L. G.; BIDERMAN, C. Governance in managing public health resources in Brazilian municipalities. **Health Policy and Planning**, v. 29, n. 6, p. 694–702, 2014.

AVRITZER, L. **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009.

AVRITZER, L. Participation in democratic Brazil: from popular hegemony and innovation to middle-class protest. **Opinião Pública**, v. 23, n. 1, p. 43–59, 2017.

BASSI, L. **A representação política nos conselhos de saúde**: um estudo sobreprocessos de autorização, responsividade e "accountability". 2012. 123f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas), Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, 2012.

BISPO JÚNIOR, J. P. Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de saúde do Brasil. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 117, p. 99-122, 2018.

BORBA, J.; LÜCHMANN, L. H. H. A representação política nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 2, n. 2, p. 229-246, 2010.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. **Participação e controle social**. 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/participacao-e-controle-social>. Acesso em: 15 de abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 333, de 4 de novembro de 2003**. Aprova as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Auditoria do SUS. **Auditoria do SUS no contexto do SNA**: qualificação do relatório de auditoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**: Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Brasília, 2012b.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. 2ª ed. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, n. 109, p. 126-50, 2012.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO (CGU). **Controle Social**: Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social. Brasília: Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas, 2012.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p. 2437-2445, 2010.

CUNHA, E. S. M. *et al*. Uma estratégia multidimensional de avaliação dos conselhos de políticas: dinâmica deliberativa, desenho institucional e fatores exógenos. *In*: PIRES, R. R. C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-11, 2014.

FONTES, F. L. L. *et al*. Novas pautas de reivindicação do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. **International Journal of Health Management Review**, v. 6, n. 2, p. 1-17, 2020.

GOMES, A. M. *et al*. Reflexões e produção coletiva sobre o "ser" conselheiro municipal de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, v. S1, 538-546, 2018.

GOMES, E. G. M. Conselhos gestores de políticas públicas: aspectos teóricos sobre o potencial de controle social democrático e eficiente. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 13, n. 4, p. 894-909, 2015.

GONÇALVES, R. S. *et al*. Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde. **Saúde & Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1001-1013, 2013.

GURGEL, C.; JUSTEN, A. Controle social e políticas públicas: a experiência dos Conselhos Gestores. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 2, p. 357-378, 2013.

KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 556-567, 2015.

LAVALLE, A. G. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. *In*: PIRES, R. R. **Efetividade das Instituições Participativas no Brasil**: estratégias de Avaliação. Brasília: IPEA, 2011.

LAVALLE, A. G. Representatividade e representação democrática: falso problema ou dualidade constitutiva. *In*: LAVALLE, A. G.; VITA, A.; ARAÚJO, C. **O papel da teoria política contemporânea**: justiça, constituição, democracia e representação, São Paulo: Alameda, 2015.

LAVALLE, A. G.; BARONE, L. S. Conselhos, associações e desigualdades. *In*: ARRETCHE, M. **Trajetórias das desigualdades**: como Brasil mudou nos últimos cinquenta anos. 1ª ed. São Paulo: Editora UNESP; CEM, 2015.

LAVALLE, A. G.; VOIGT, J.; SERAFIM, L. O que fazem os Conselhos e quando o fazem? Padrões decisórios e o debate dos efeitos das instituições participativas. **DADOS**, v. 59, n. 3, p. 609-650, 2016.

LIMA, I. C.; FONTES, F. L. L.; MOURA, E. G. A. Processo de desdemocratização: análise da redução de participação social no Brasil de Bolsonaro. *In*: Vasconcelos, A. W. S. **Instituições da Democracia, da Cidadania e do Estado de Direito 2**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2020. https://doi.org/10.22533/at.ed.44020121112

LISBOA, E. A. *et al*. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 679-698, 2016.

LOPES, B. J.; SILVA, E. A.; MARTINS, S. Conselho Municipal de Saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. **Interações**, v. 17, n. 2, p. 163-172, 2016.

LÜCHMANN, L. H. H. Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. **Caderno CRH**, v. 21, n. 52, p. 87-97, 2008.

MAGALHÃES, F. G. G. P.; XAVIER, W. S. Processo participativo no controle social: um estudo de caso do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora (MG). **Revista Eletrônica de Administração**, v. 25, n. 1, p. 179-222, 2019.

MARTINS, P. C. *et al*. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MIGUEL, L. F. **Consenso e conflito na democracia contemporânea**. São Paulo: Editora UNESP, 2017a.

MIGUEL, L. F. **Democracia e representação**: territórios em disputa. São Paulo: Editora UNESP, 2014.

MIGUEL, L. F. Representação democrática: autonomia e interesse ou identidade e advocacy. **Lua Nova**, v. 84, p. 353-364, 2011.

MIGUEL, L. F. Resgatar a participação: democracia participativa e representação política no debate contemporâneo. **Lua Nova**, n. 100, p. 83-118, 2017b.

MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C. A. A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n.2, p.411-423, 2017.

MOREIRA, M. R. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. **Saúde em Debate**, v. 40, n. esp, p. 25-38, 2016.

OLSON, M. **A Lógica da ação coletiva**: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais. 1ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011.

OUVERNEY, A. M.; MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M. Democratização e educação permanente: percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, n. esp, p. 186-200, 2016.

PEREZ, O. C. **A representação em arenas extraparlamentares**: os conselhos gestores de políticas públicas. 2010. 174f. Tese (Doutorado em Ciência Política), Programa de Pós-Graduação do Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2010.

PERUZZOTTI, E.; SMULOVITZ, C. Social Accountability. *In*: PERUZZOTTI, E.; SMULOVITZ, C. **Enforcing the rule of law**: The politics of societal accountability in Latin America, Pittsburgh: Pittsburgh University Press, 2006.

PETERS, B. G. Managing horizontal government: the politics of coordination. **Public Administration**, v. 7, n. 2, p. 295-311, 1998.

PINTO, J. R. *et al*. (Dis) connections between health councils and audit: advancements and challenges in the democratization of public health management. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 39-44, 2019.

PIRES, R. R. C. *et al*. Em busca de uma síntese: ambições comuns e abordagens diversificadas na avaliação da efetividade das instituições participativas. *In*: PIRES, R. R. C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011.

PONTUAL, P. Desafios à construção da Democracia Participativa no Brasil: a prática dos conselhos de gestão das políticas públicas. **Cadernos da CIDADE**, v. 12, n. 14, p. 7-26, 2008.

REZENDE, R. B.; MOREIRA, M. R. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1409-1420, 2016.

ROBL FILHO, I. N. **Accountability e independência judiciais**: o desenho institucional do judiciário e do conselho nacional de justiça no Estado Democrático de Direito brasileiro. 259f. Tese (Doutorado em Direito), Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, 2012.

ROCHA, M. B.; MOREIRA, D. C.; BISPO JÚNIOR, J. P. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, e00241718, 2020.

RIBAS, J. A. N.; DE MEZA, M. L. F. G. Os Conselhos Gestores de políticas públicas: espaços de consolidação da administração pública societal? **Administração Pública e Gestão Social**, v. 10, n. 1, p. 45-54, 2018.

SANTOS, W. G. **Razões da desordem**. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1993.

SILVA, E. A.; PASSADOR, C. S. Gestão da saúde pública em Minas Gerais sob a ótica dos conselhos gestores municipais. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 24, n. 2, p. 50-82, 2018.

SILVA, R. C. C.; NOVAIS, M. A. P.; ZUCCHI, P. Permanent education as an inalienable responsibility of health councils: the current scenario in the Unified Health System. **Clinics**, v. 75, e1443, 2020.

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

SOARES, C. B. *et al*. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

SOUZA, C. **Coordenação de políticas públicas**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2018.

TATAGIBA, L. Conselhos Gestores de Políticas Públicas e Democracia Participativa: aprofundando o debate. **Revista Sociologia Política**, n. 25, p. 209-213, 2005.

TATAGIBA, L. O papel do COMAS na política de assistência social em São Paulo. *In*: ARREGUI, C. C. *et al*. **Assistência Social**: controle social e política pública. São Paulo: Instituto Pólis, 2007.

TATAGIBA, L. Os Conselhos de gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. *In*: DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TRINDADE, T. A. Os limites da democracia: a legitimidade do protesto no Brasil participativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 33, n. 97, e339712, 2018.

ZERMIANI, T. C. *et al*. A participação dos conselhos locais de saúde na contratualização de metas na atenção primária à saúde: a experiência de Curitiba, PR. **Interações**, v. 20, n. 4, p. 1115-1126, 2019.