

## Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil

Effectiveness of community participation in Municipal Health Councils in Santa Catarina State, Brazil

Mauro Vieira <sup>1</sup>

Maria Cristina Marino Calvo <sup>1</sup>

### Abstract

*This article presents a model for the evaluation of community participation in municipal (county) health systems. The theoretical basis for this evaluative study was the existing Brazilian legislation on community participation in drafting health strategies and overseeing health policy implementation. The indicators and measures were validated using the expert consensus technique. The proposed model has 26 indicators divided into five evaluative dimensions that reflect the legislation's adequacy for the structure, organization, representativeness, health planning participation, and autonomy of the Municipal Health Councils. Its applicability was tested in 24 municipalities in Santa Catarina State, Brazil. The data analysis indicated the best results for the dimension "planning system in the Unified National Health System" and the worst for "structure" and "autonomy". Only two municipalities showed good results for the final summary indicator. The study demonstrated the feasibility and adequacy of the proposed evaluation model.*

*Health Evaluation; Health Councils; Consumer Participation*

### Introdução

A participação da sociedade nas políticas públicas de saúde está prevista nos Art. nº. 194 e nº. 198 da *Constituição Federal* brasileira, onde a seguridade social é organizada com base no "caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa", e a saúde, segundo "diretrizes que incluem a participação da comunidade". A Constituição surgiu num contexto em que o movimento pela Reforma Sanitária lutava contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais, especialmente contra o projeto concebido e reforçado em 21 anos de ditadura, analisado e debatido na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

O movimento pela Reforma Sanitária supunha a Reforma do Estado na perspectiva de sua "publicização", a "retomada do desenvolvimento econômico compatível com a distribuição mais justa da renda nacional e a priorização dos investimentos sociais pelas políticas públicas" <sup>1</sup> (p. 31). Os ideários dessa reforma culminariam com a institucionalização da participação via constitucional, e a sua regulamentação por meio da *Lei nº. 8.080* <sup>2</sup> (Lei Orgânica da Saúde) e, particularmente, da *Lei nº. 8.142* <sup>3</sup>, que dispunha sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal participação ficou regulamentada por meio da criação de conselhos de saúde nas diferentes esferas de governo, sendo de sua competência atuar na "formulação de

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Trindade, Brasil.

#### Correspondência

M. C. M. Calvo  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva,  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
Campus Universitário  
Trindade, Trindade, SC  
88040-000, Brasil.  
mcmcalvo@ccs.ufsc.br

*estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros*”<sup>3</sup>.

O Ministério da Saúde regulamentou a participação do conselho de saúde no planejamento das políticas de saúde por meio das *Portarias* n.º 3.176<sup>4</sup>, de 24 de dezembro de 2008 e n.º 3.332<sup>5</sup>, de 28 de dezembro de 2006, referentes ao sistema de planejamento do SUS, em que são definidos como instrumentos básicos o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, que têm relação direta com os componentes orçamentários da saúde. Essa conexão é reforçada pela *Lei Complementar* n.º 101<sup>6</sup>, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade e a transparência na gestão fiscal, de maneira que há um arcabouço jurídico específico voltado para as atribuições previstas na *Lei* n.º 8.142<sup>3</sup>.

A participação da sociedade tem um efeito integrativo, ajuda o indivíduo a aceitar as decisões coletivas, assim como promove e desenvolve as próprias qualidades que lhes são necessárias<sup>7</sup>. A participação social na área da política compreende toda e qualquer forma, individual ou coletiva, de envolvimento do cidadão em atividades políticas, quais sejam: eleição de representantes; a militância em partido político; o exercício da função pública; o engajamento em associações de natureza política ou social; a manifestação pública de opinião; a ação organizada em grupos de pressão; a fiscalização dos serviços públicos; a realização de denúncias; o trabalho de conscientização política, entre outras<sup>8</sup>. Embora em uma sociedade muito ampla se faça necessário o governo representativo, a participação do indivíduo não deve se restringir à escolha de seus representantes e sim a conferir o máximo de oportunidade de debate nos níveis locais, desenvolvendo qualificações e habilidades que possibilitem uma aproximação às atividades desses representantes, podendo, assim, controlá-los<sup>9</sup>. Tal exercício da democracia participativa constitui a participação popular, conceituada como um processo político concreto que se produz na dinâmica da sociedade, mediante a intervenção cotidiana e consciente de cidadãos, individualmente considerados ou organizados em grupos e/ou associações, visando à elaboração e implementação ou à fiscalização das atividades do poder público<sup>10</sup>.

Por essa razão, o entendimento do que seja o “empoderamento” é uma questão chave para que os preceitos legais referentes às funções dos conselhos de saúde possam ser exercidos, notadamente quando os mesmos buscam como objetivo final o desenvolvimento da democracia e de um “projeto de saúde que tenha compromisso

com a transformação do status quo, a produção dos sujeitos e da saúde”<sup>11</sup> (p. 1089). Carvalho<sup>11</sup> interpreta o termo como um processo e um resultado de ações que afetam a distribuição do poder que levam a um acúmulo ou desacúmulo de poder no âmbito das esferas pessoais, inter-subjetivas e políticas.

É complexa a distribuição da participação e da influência política dentro dos conselhos gestores<sup>12,13,14</sup> e, por conseguinte, dos conselhos de saúde, o que pode ajudar a explicar a heterogeneidade existente no país e os limites de suas atuações. A participação assume sempre a forma de influência política, na qual a influência de cada ator, entendida como eficácia da ação em termos da consecução de seus objetivos políticos, está, em alguma medida, associada aos recursos de que ele dispõe<sup>13</sup>. Os recursos “convencionais” para os indivíduos seriam renda e escolaridade; para as organizações, seriam materiais e humanos. Os recursos “não convencionais” individuais seriam o engajamento político e as orientações subjetivas; e os coletivos, a rede de apoio político e padrões dominantes de ação política. Porém, as relações de poder existentes no interior dos conselhos devem levar em consideração não só as dimensões estruturais, mas a interação concreta entre elas, já que os constrangimentos socioeconômicos, simbólicos e políticos podem funcionar como poderoso obstáculo à participação, ou até mesmo, aprofundar a desigualdade política<sup>14</sup>.

Inúmeras situações têm dificultado ou comprometido a atuação frente às suas funções: clientelismo<sup>15</sup>, rompimento da autonomia<sup>16,17</sup>, condições inadequadas de funcionamento<sup>16</sup>, mínima existência de comissões<sup>17</sup>, elitização da representação<sup>18</sup>, legitimidade comprometida/representatividade desarticulada da base<sup>7</sup>, desequilíbrio entre estrutura e mobilização<sup>19</sup>, pouca decisão no encaminhamento das deliberações<sup>20</sup>, ingerência da gestão sobre a pauta<sup>21</sup>. São vários os problemas relacionados ao seu funcionamento, especialmente os referentes à legitimação e eficácia dessas arenas, pouca adesão dos governantes, e disseminação ainda capilar desses valores no seio da sociedade<sup>18</sup>. Por outro lado, é verdade que a simples existência de tais instituições, ela própria o resultado da luta política, permitiu a incorporação de determinados atores políticos no processo de tomada de decisão pública, antes monopolizado pela burocracia estatal. E essa incorporação pode produzir efeitos não antecipados por uma análise puramente estrutural<sup>14</sup>.

Há um arcabouço jurídico que especifica as responsabilidades dos conselhos de saúde na formulação de estratégias e controle da execução das políticas de saúde, e existem estudos que

diagnosticam a situação dos conselhos de saúde por meio de metodologias que envolvem inquéritos com identificação do perfil dos conselhos de saúde <sup>12,13,19</sup>, com sistematização de categorias de análise <sup>22</sup>, ou com identificação de desempenhos “piores” ou “melhores” de conselhos de saúde de acordo com o total de positividade de indicadores <sup>17</sup>.

Complementarmente a essas diversas abordagens, o presente estudo teve como objetivo propor, aplicar e analisar os resultados de um modelo de avaliação das condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde que permita emitir juízo de valor a respeito de algumas dimensões específicas – estrutura, representatividade, dinâmica organizacional, participação no planejamento da atenção à saúde e autonomia.

A proposta tem como referencial teórico os princípios que orientaram a inserção da participação da sociedade na gestão do SUS, brevemente apresentados nessa introdução. Entretanto, o referencial que orientou a proposta de avaliação é normativo, com base no preconizado na legislação, buscando proporcionar um instrumento que permita identificar os aspectos nos quais conselho e gestão municipal aperfeiçoem suas práticas para cumprir as orientações em vigor. A subdivisão em dimensões de análise busca identificar que aspectos têm sido priorizados na gestão municipal para garantir a participação da sociedade na decisão em saúde.

## Metodologia

O presente estudo é uma pesquisa avaliativa <sup>23</sup>, cujo produto final foi um modelo de avaliação das condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, com a finalidade de disponibilizar um instrumento de aprimoramento do controle social.

Para desenvolver o modelo de avaliação, o primeiro passo foi consolidar o referencial teórico que orienta a participação da sociedade no SUS, seguido da identificação da inserção dos conselhos de saúde na gestão em saúde. Essa construção lógica esteve fundamentada em resultados de pesquisas prévias e na experiência de gestores e avaliadores <sup>24</sup>. Tal processo permitiu construir a matriz avaliativa – um quadro explicativo com os critérios, indicadores e parâmetros que foram utilizados para formular o juízo de valor da avaliação em questão.

Os documentos que fundamentaram a construção teórica do modelo (Figura 1) foram a *Lei nº. 8.080* <sup>2</sup>, *Lei nº. 8.142* <sup>3</sup>, a *Resolução nº. 333* <sup>25</sup>, do Conselho Nacional de Saúde, as *Portarias Ministeriais nº. 3.176* <sup>4</sup> e *nº. 3.332* <sup>5</sup> e, e a *Lei Comple-*

*mentar nº. 101* <sup>6</sup>. A seleção de indicadores fez-se por meio dessas normatizações, de maneira que fosse possível identificar se a gestão municipal estava propiciando as condições mínimas preconizadas para garantir que o conselho desenvolva os seus trabalhos, atendendo ao que está estabelecido nos documentos que norteiam as ações do controle social em saúde.

A literatura de referência para os indicadores e as dimensões de análise dos conselhos de saúde foi selecionada nas bases de dados bibliográficos SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe das Ciências da Saúde) referentes a conselhos de saúde e mecanismos de controle público da execução dos serviços de saúde. A busca se deu pelo cruzamento dos descritores “participação da comunidade”, “conselho de saúde” e “participação da população” com os termos “atuação”, “efetividade”, “fiscalização” e “deliberação”.

Foram identificadas cinco dimensões: a dimensão “estrutura”, que avalia as condições de estrutura administrativa, secretaria executiva, dotação orçamentária e regimento interno que o conselho de saúde apresenta para o desenvolvimento de seus trabalhos; a dimensão “representatividade”, que avalia a paridade e indicação dos segmentos no conselho de saúde e na mesa diretora; a dimensão “dinâmica organizacional”, que avalia a dinâmica de funcionamento para as reuniões do conselho quanto à periodicidade das reuniões e rotinas de entrega prévia de pauta/material de apoio, de aprovação de atas/pautas, de divulgação de reuniões/deliberações do conselho e de convocação de conferência de saúde; a dimensão “sistema de planejamento do SUS”, que avalia o desenvolvimento da gestão participativa quanto à análise do Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Relatório de Gestão Anual e Lei de Diretrizes Orçamentárias; e a dimensão “autonomia”, que avalia o nível de independência do conselho de saúde em relação à Secretaria Municipal de Saúde, considerando o acesso à presidência do colegiado, a existência de comissões e pareceres, a mudança dos conselheiros na mudança de mandato executivo municipal, e a apreciação das deliberações do conselho.

A eleição e a identificação fundamentada em aspectos normativos e legais dos indicadores, medidas e parâmetros nortearam a composição da matriz de avaliação. Parâmetros estabelecidos para cada um dos indicadores permitiram a emissão de juízos de valor com as designações de “ruim” ou “bom”.

A validação dos indicadores, medidas e parâmetros deu-se por meio de técnica de consenso entre especialistas <sup>26</sup>. A matriz avaliativa foi

Figura 1

Apresentação do juízo de valor (1 = bom, 0 = ruim) segundo indicador e dimensões. Municípios das Associações de Municípios do Vale do Rio Itajaí, e Médio Vale do Rio Itajaí, Santa Catarina, Brasil, 2010.

n	Estrutura				Representatividade				Dinâmica organizacional									Sistema de planejamento do SUS				Autonomia					TB
	E1	E2	E3	E4	R1	R2	R3	R4	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	S1	S2	S3	S4	A1	A2	A3	A4	A5	
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	6	
2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	10	
3	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	11	
4	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	13	
5	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	12	
6	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	14	
7	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	8	
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	6	
9	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	8	
10	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	11	
11	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	10	
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	6	
13	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	
14	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	15
15	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	13	
16	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	10	
17	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	12
18	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17	
19	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	
20	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	13	
21	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	14	
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	
23	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	22	
24	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	18	
	4	3	5	14	9	17	9	11	14	2	14	11	23	12	15	2	22	20	18	22	11	17	7	8	7	5	301

TB: total de juízos de valor "bom". Estrutura: E1 – estrutura administrativa; E2 – secretaria executiva; E3 – orçamento próprio; E4 – regimento interno. Representatividade: R1 – composição percentual do conselho; R2 – representatividade dos usuários; R3 – representação das entidades; R4 – composição da mesa diretora. Dinâmica organizacional: D1 – plenária com reunião mensal; D2 – divulgação das reuniões; D3 – entrega prévia de pauta; D4 – entrega prévia de material de apoio; D5 – aprovação rotineira da ata da reunião anterior; D6 – aprovação de pauta de reunião pela plenária; D7 – existência de atos deliberativos; D8 – divulgação das deliberações; D9 – convocação da Conferência Municipal de Saúde. Sistema de planejamento do SUS: S1 – apreciação do Plano Municipal de Saúde; S2 – apreciação do Plano Plurianual; S3 – apreciação do Relatório Anual de Gestão; S4 – apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Autonomia: A1 – eleição para coordenação; A2 – independência do mandato com o Executivo; A3 – comissões internas formalmente constituídas; A4 – pareceres de comissões internas; A5 – apreciação pelo Executivo de atos deliberativos.

primeiramente aperfeiçoada em um grupo de estudos com professores e alunos de pós-graduação. Ao final de sua elaboração, foi enviada aos especialistas via correio eletrônico, sugerindo e analisando indicadores, medidas e parâmetros. As respostas foram consolidadas e as divergências de opiniões foram analisadas e discutidas com os especialistas – por correio eletrônico ou pessoalmente – para reduzir as discordâncias.

Participaram dessa fase, além de três professores integrantes do grupo de pesquisa do pesquisador, um consultor do Ministério da Saúde, um diretor de secretaria de estado, um professor com publicações na área e dois conselheiros de saúde, sendo um profissional de saúde e um usuário.

A matriz avaliativa proposta foi composta em cinco dimensões avaliativas e 26 indicadores, a saber:

A dimensão *Estrutura* refere-se às condições básicas de estrutura indicadas para o desenvolvimento dos trabalhos do Conselho Municipal de Saúde, traduzindo-se em quatro indicadores: (1) estrutura administrativa – existência de área física, computador e telefone próprios para uso do conselho no desempenho de suas atribuições; (2) secretaria executiva – existência de um funcionário, indicado pelo Executivo, especificamente para apoiar os trabalhos desenvolvidos pela plenária, pela mesa diretora, e pelas comissões técnicas, na perspectiva de agilizar as demandas das diferentes frentes; (3) orçamento próprio – alocação de recursos financeiros que permitem a instituição da estrutura administrativa e o desenvolvimento dos trabalhos da secretaria executiva; e (4) regimento interno – existência de regulamentação da competência, composição e mandato dos conselheiros, estrutura e funcionamento da plenária, normatização de suas reuniões e encaminhamentos de suas resoluções.

A dimensão *Representatividade* refere-se à paridade com o segmento dos usuários existente na distribuição dos segmentos no conselho de saúde como um todo e na mesa diretora, traduzindo-se em quatro indicadores: (1) composição percentual do conselho – a legislação estabelece que o conselho seja composto por 50% de representantes de entidades de usuários, 25% de representantes da gestão e prestadores de serviço, e 25% de representantes de entidades de profissionais de saúde; (2) representatividade dos usuários – garantia da paridade com inexistência na categoria dos usuários de representantes dos outros segmentos, o que potencializa a capacidade de influência política daquele segmento; (3) representação das entidades – a indicação por escrito busca qualificar a representação das entidades, garantindo que estejam de acordo com as deliberações dos fóruns independentes dos vários segmentos; e (4) composição da mesa diretora – paridade na composição da mesa diretora que permita influência no comando do conselho por parte do segmento dos usuários.

A dimensão *Dinâmica Organizacional* refere-se ao modo de funcionamento recomendado para as reuniões do conselho, traduzida em nove indicadores: (1) plenária com reunião mensal – permite a influência da periodicidade das reuniões na qualidade dos trabalhos desenvolvidos; (2) divulgação das reuniões – oferece acesso às reuniões e permite a transparência das atividades do conselho; (3) entrega prévia de pauta – o conhecimento antecipado dos temas permite a ampliação da capacidade de decisão; (4) entrega prévia de material de apoio – o estudo antecipado dos documentos para a reunião permite bus-

ca e apropriação das informações necessárias para a tomada de decisão; (5) aprovação rotineira de ata da reunião anterior – permite validar as decisões prévias da plenária, consubstanciando definitivamente as suas resoluções; (6) aprovação de pauta de reunião pela plenária – permite a inclusão prévia à reunião de temas de interesse da plenária; (7) divulgação das deliberações – potencializa a transparência das decisões tomadas; (8) existência de atos deliberativos – resoluções, recomendações, normatizações e moções marcam de maneira diferenciada as decisões do conselho; e (9) convocação da Conferência Municipal de Saúde – identifica a participação do conselho em evento de colegiado deliberativo de hierarquia superior, com fórum ampliado e participação dos segmentos da sociedade.

A dimensão *Sistema de Planejamento do SUS* refere-se ao desenvolvimento da gestão participativa por meio da análise periódica dos seus instrumentos básicos, traduzida em quatro indicadores: (1) apreciação do Plano Municipal de Saúde – permite a participação do conselho na aprovação do documento que define a programação das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS, por um período de quatro anos; (2) apreciação do Plano Plurianual (PPA) – permite a fiscalização da aplicação de recursos conforme a transparência determinada pela *Lei Complementar nº. 101* <sup>6</sup>; (3) apreciação do Relatório Anual de Gestão – permite o controle da prestação de contas referente às ações pactuadas desenvolvidas no ano anterior; e (4) apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias – permite o controle da programação orçamentária prevista para o período.

A dimensão *Autonomia* refere-se ao nível de independência do conselho de saúde em relação ao Executivo, traduzida em cinco indicadores: (1) eleição para coordenação – permite a democracia do exercício do controle pertinente à coordenação; (2) independência do mandato com o Executivo – identifica a minimização da influência da mudança de mandato do Executivo sobre a representação do conselho; (3) comissões internas formalmente constituídas – identifica a existência de um posicionamento prévio de grupos mais familiarizados, motivados e competentes para determinados grupos temáticos, estendendo a atuação dos conselheiros além da atuação da plenária; (4) pareceres de comissões internas – permite a identificação da existência de atuação de comissões; e (5) apreciação pelo Executivo de atos deliberativos – permite a identificação de instituição legal das deliberações do conselho.

Com a matriz avaliativa definitiva, foi construído o questionário para ser utilizado na pes-

quisa, que foi submetido a um pré-teste com integrantes de dois conselhos de saúde que não fizeram parte da aplicação final do modelo.

O modelo foi aplicado em 24 municípios de Santa Catarina, selecionados pela diversidade de porte populacional e facilidade de acesso. Os gestores municipais e os coordenadores dos conselhos foram contatados por telefone e correio eletrônico, com a explicação prévia da pesquisa. Após consentimento, o questionário foi enviado por correio eletrônico aos coordenadores dos conselhos e recolhidos pessoalmente pelo pesquisador, entre uma e oito semanas depois, com o objetivo de esclarecimento de dúvidas.

Os municípios foram analisados em cada uma das medidas, nas dimensões e no indicador sintético final. Os resultados foram apresentados em escores e em frequências absolutas e relativas, com a seguinte estratificação populacional: porte 1 – até 10.000 habitantes; porte 2 – 10.001 a 20.000 habitantes; porte 3 – 20.001 a 50.000 habitantes; porte 4 – acima 50.000 habitantes.

Cada medida foi transformada em valor “1” se o indicador atendessem ao parâmetro utilizado, sendo julgado como “bom”, e “0”, se não atendessem ao parâmetro utilizado, sendo julgado como “ruim”.

Na proposta de emissão de juízo de valor sobre as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, entendida como a capacidade de gestão municipal e sociedade corresponderem ao preconizado pela legislação existente sobre o tema, todos os 26 indicadores foram considerados com o mesmo grau de importância. A identificação de deficiências em determinado grupo de indicadores pode ser realizada na análise de cada dimensão.

Na avaliação das dimensões, adotou-se a soma dos escores de seus indicadores da seguinte maneira: juízo de valor “bom” (dimensão com 75% ou mais de seus indicadores com juízo de valor “bom”, recebendo a dimensão o escore valor “5”); juízo de valor “ruim” (dimensão com 50% ou mais de seus indicadores com juízo de valor “ruim”; recebendo a dimensão o escore valor “0”) e; juízo de valor “regular” (nos demais casos, recebendo a dimensão o escore valor “3”).

Na avaliação sintética final, adotou-se a soma de escores das dimensões da seguinte maneira: juízo de valor “bom” (mais que 50% das dimensões com “bom” e nenhuma dimensão “ruim” – soma de escores das dimensões entre 21 e 25); juízo de valor “ruim” (mais que 50% das dimensões com “ruim” e menos que 40% de “bom” – soma de escores das dimensões entre 0 e 8); juízo de valor “regular” (nos demais casos – soma de escores das dimensões entre 9 e 20).

Os dados utilizados no estudo são de domínio público, não tendo sido necessária autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

## Resultados da aplicação

Na aplicação do modelo, houve resposta por parte de 100% dos 24 municípios pertencentes às associações de municípios que fizeram parte do estudo, fruto da sensibilização e do esclarecimento direto e periódico do pesquisador. Os municípios foram analisados em cada uma das medidas (Figura 1), por porte populacional (Tabela 1) e pelas dimensões e indicador sintético final (Figura 2).

A análise individual dos municípios indicou somatória de valores positivos com amplitude total de 6 a 26 (At: 6-26), e a análise dos indicadores, amplitude total de 2 a 23 (At: 2-23).

Na dimensão “estrutura”, os indicadores “secretaria executiva” e “estrutura administrativa” apresentaram resultados ruins, com valores positivos em somente três e quatro municípios, respectivamente. Somente o indicador “regimento interno” apresentou um número maior de municípios atendendo o preconizado.

Os indicadores da dimensão “representatividade” apresentaram maior variabilidade, com características de capacidade discriminatória, tendo o melhor desempenho no indicador “representatividade dos usuários”, com valores positivos em 17 municípios, e o pior desempenho nos indicadores “representação das entidades” e “composição percentual do conselho”, com valores positivos em nove municípios.

Na dimensão “dinâmica organizacional”, os indicadores “divulgação das reuniões” e “divulgação de deliberações” tiveram desempenho ruim nessa amostra, com conceito “bom” em apenas dois municípios; e “aprovação rotineira da ata da reunião anterior” apresentou baixa capacidade discriminatória, com conceito “ruim” em apenas um município.

Na dimensão “sistema de planejamento do SUS”, os indicadores “apreciação do Relatório Anual de Gestão” e “apreciação do Plano Municipal de Saúde” também se apresentaram pouco discriminatórios, por estarem com valor nulo em somente dois e quatro municípios, respectivamente.

Na dimensão “autonomia”, os indicadores apresentaram variabilidade com características de capacidade discriminatória, com ressalva para o indicador “apreciação pelo Executivo de atos deliberativos”, com somente cinco valores positivos.

Observou-se que há influência do nível populacional no desempenho dos municípios,

Tabela 1

Distribuição de municípios segundo porte, dimensão de análise e juízo de valor na avaliação dos conselhos de saúde. Associações de Municípios do Vale do Rio Itajaí, e Médio Vale do Rio Itajaí, Santa Catarina, Brasil, 2010.

	Bom		Ruim		Teste $\chi^2$
	n	%	n	%	
Estrutura	26	27,1	70	72,9	$\chi^2 = 18,298$ ; $p = 0,0004$
$\leq 10$ mil habitantes (n = 4)	3	18,7	13	81,3	
10- 20 mil habitantes (n = 8)	4	12,5	28	87,5	
20- 50 mil habitantes (n = 5)	3	15,0	17	85,0	
> 50 mil habitantes (n = 7)	16	57,1	12	42,9	
Representatividade	46	47,9	50	52,1	$\chi^2 = 8,456$ ; $p = 0,0910$
$\leq 10$ mil habitantes (n = 4)	7	43,7	9	56,3	
10- 20 mil habitantes (n = 8)	12	37,5	20	62,5	
20- 50 mil habitantes (n = 5)	8	40,0	12	60,0	
> 50 mil habitantes (n = 7)	19	67,9	9	32,1	
Dinâmica organizacional	115	53,2	101	46,8	$\chi^2 = 18,625$ ; $p = 0,0003$
$\leq 10$ mil habitantes (n = 4)	16	44,4	20	55,6	
10- 20 mil habitantes (n = 8)	28	38,9	44	61,1	
20- 50 mil habitantes (n = 5)	24	53,3	21	46,7	
> 50 mil habitantes (n = 7)	47	74,6	16	25,4	
Planejamento do SUS	71	74,0	25	26,0	$\chi^2 = 4,275$ ; $p = 0,2332$
$\leq 10$ mil habitantes (n = 4)	11	68,7	5	31,3	
10- 20 mil habitantes (n = 8)	24	75,0	8	25,0	
20- 50 mil habitantes (n = 5)	12	60,0	8	40,0	
> 50 mil habitantes (n = 7)	24	85,7	4	14,3	
Autonomia	44	36,7	76	63,3	$\chi^2 = 28,588$ ; $p < 0,0001$
$\leq 10$ mil habitantes (n = 4)	3	15,0	17	85,0	
10- 20 mil habitantes (n = 8)	7	17,5	33	82,5	
20- 50 mil habitantes (n = 5)	9	36,0	16	64,0	
> 50 mil habitantes (n = 7)	25	71,4	10	28,6	
Total	302	48,4	322	51,6	$\chi^2 = 58,788$ ; $p < 0,0001$
$\leq 10$ mil habitantes (n = 4)	40	38,5	64	61,5	
10- 20 mil habitantes (n = 8)	75	36,1	133	63,9	
20- 50 mil habitantes (n = 5)	56	43,1	74	56,9	
> 50 mil habitantes (n = 7)	131	72,0	51	28,0	

uma vez que os quatro municípios com piores desempenhos (soma de indicadores igual a seis) estavam nos grupos com até 50.000 habitantes, e os cinco municípios com melhor desempenho pertenciam ao porte populacional acima 50.000 habitantes.

Na Tabela 1, verifica-se uma tendência a melhorar o desempenho com o aumento do porte populacional, mais evidente na dimensão “autonomia” ( $p < 0,0001$ ), mas significativo também nas dimensões “estrutura” ( $p = 0,0004$ ) e “dinâmica organizacional” ( $p = 0,0003$ ). A análise total dos indicadores evidencia essa diferença favorável para os municípios com mais de 50

mil habitantes. Entretanto, tal análise também demonstra que, em conjunto, os municípios investigados apresentaram percentuais equivalentes de valores positivos (48,4%) e valores nulos (51,6%). O teste de associação, nesse caso específico, justifica-se pelo interesse em verificar se determinadas condições do Conselho Municipal de Saúde estavam associadas ao porte do município na amostra estudada. Destaque-se que essa análise está restrita aos municípios investigados, sem validade externa, dado que essa amostra não é probabilística.

A consolidação das dimensões e do indicador sintético está apresentada na Figura 2. Encon-

Figura 2

Apresentação da soma dos valores dos indicadores e sua conversão em escores de avaliação, segundo dimensão de análise e porte populacional (PP). Municípios das Associações de Municípios do Vale do Rio Itajaí, e Médio Vale do Rio Itajaí, Santa Catarina, Brasil, 2010.

	n	População	Estrutura		Representatividade		Dinâmica organizacional		Sistema de planejamento do SUS		Autonomia		Sintético
			Σ	Escore	Σ	Escore	Σ	Escore	Σ	Escore	Σ	Escore	Escore final
PP 1	1	3.402	0	0	1	0	2	0	3	3	0	0	3
	2	4.294	1	0	2	0	3	0	3	3	1	0	3
	3	6.950	1	0	1	0	6	3	2	0	1	0	3
	4	9.371	1	0	3	3	5	3	3	3	1	0	9
PP 2	5	10.063	1	0	2	0	6	3	2	0	1	0	3
	6	10.226	1	0	2	0	5	3	4	5	2	0	8
	7	10.774	1	0	1	0	3	0	3	3	0	0	3
	8	11.146	0	0	0	0	2	0	4	5	0	0	5
	9	12.012	0	0	2	0	2	0	3	3	1	0	3
	10	13.910	0	0	3	3	4	0	3	3	1	0	6
	11	14.490	1	0	2	0	3	0	3	3	1	0	3
	12	16.925	0	0	0	0	3	0	2	0	1	0	0
PP 3	13	21.853	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0
	14	26.375	1	0	3	3	5	3	2	0	4	5	11
	15	34.777	1	0	1	0	6	3	4	5	1	0	8
	16	35.655	0	0	0	0	5	3	4	5	1	0	8
	17	49.959	0	0	2	0	6	3	0	0	3	3	6
PP 4	18	54.687	0	0	2	0	7	3	4	5	4	5	13
	19	55.691	2	0	3	3	7	3	4	5	5	5	16
	20	56.315	1	0	2	0	6	3	2	0	2	0	3
	21	99.943	4	5	2	0	5	3	2	0	2	0	6
	22	99.917	4	5	4	5	8	5	4	5	5	5	25
	23	169.927	4	5	3	3	8	5	4	5	4	5	23
	24	296.151	2	0	3	3	6	3	4	5	3	3	14

□ Ruim    □ Regular    ■ Bom

trou-se que a dimensão “sistema de planejamento do SUS” apresentou a maior percentagem de municípios com escore “bom” (nove municípios: 37%), e a dimensão “estrutura” apresentou a maior percentagem com escore “ruim” (21 municípios: 87,5%). As dimensões “representatividade” e “autonomia” também apresentaram baixo desempenho, com 17 municípios (70,8%) com escore “ruim”, e na dimensão “dinâmica organizacional” a maioria dos municípios (13: 54,2%) apresentou escore “regular”.

A consolidação dos escores das dimensões no indicador sintético geral identificou apenas dois municípios com desempenho “bom” e cinco municípios com desempenho “regular”. O desempenho “ruim” foi o mais frequente (17: 70,8% dos municípios).

## Discussão

A aplicação do modelo permitiu analisar os resultados das diferentes dimensões. A dimensão estrutura foi a que apresentou o pior desempenho, fato também evidenciado na literatura. Em estudo <sup>17</sup> realizado com 98% dos 5.564 municípios brasileiros, achou-se que somente 4,8% dos conselhos possuíam “orçamento próprio”, 16,6% possuíam “sede”, e 33% possuíam “secretaria executiva”. Outro estudo <sup>22</sup> identificou dificuldades importantes de infraestrutura, nos quais somente 33% de conselhos possuíam “orçamento próprio” e 44% possuíam “secretaria executiva”. Os resultados do presente estudo sugerem uma tendência de melhorar o desempenho dos conselhos de saúde com o aumento do porte populacional, fato também observado no nível nacional, em que “orçamento próprio” e “equipes de apoio administrativo” só estavam presentes nos municípios com mais de 500 mil habitantes <sup>17</sup>.

Houve um mau desempenho dos municípios na dimensão representatividade, fato concorde com dados de estudos que identificaram que 68% dos conselheiros referiam indicação sem eleição<sup>12</sup>, e 22% de que o conselho de saúde atuava sem qualquer conexão com a sua base<sup>18,27</sup>. Esse baixo desempenho, próprio da atual conjuntura dos conselhos, implica uma atuação do conselheiro em um provável desacordo com as demandas do grupo ou entidade que representa, prevalecendo dessa maneira a representação de si mesmo, individual, carente de força política<sup>28</sup>.

Quanto à dinâmica organizacional, a observação da amplitude nos valores positivos (At: 2-23) indica a grande variação no desenvolvimento dos trabalhos nos diferentes municípios, sendo um indicativo da heterogeneidade dos conselhos da região. Mesmo o componente básico das reuniões, com periodicidade mensal recomendada, apresentou um desempenho apenas regular na região estudada, com somente 58,3% dos conselhos reunindo-se como o preconizado. Esse dado não corresponde ao encontrado na literatura<sup>17</sup>, na qual se constatou uma taxa de 90% de conselhos que indicaram a realização de reuniões mensais em nível nacional. Cabe comentar, quanto ao indicador com maior número de valores positivos (95,8%), “aprovação rotineira da ata da reunião anterior”, que tal desempenho seja provavelmente justificado mais pela necessidade institucional da gestão que pelo fundamento deliberativo do conselho. Com relação aos indicadores “aprovação rotineira da ata da reunião anterior” e “convocação da Conferência Municipal de Saúde”, propõe-se a exclusão deles da matriz avaliativa, pois foram positivos em 22 ou mais municípios dentre os 24 analisados.

Ainda com relação à dinâmica organizacional, e apesar da importância evidenciada com a temática da “comunicação e a informação em saúde” tendo se tornado eixo temático da XII Conferência Nacional de Saúde, em 2004<sup>29</sup>, os piores desempenhos dos indicadores analisados individualmente nessa dimensão foram “divulgação das reuniões” e “divulgação de deliberações”, tendo tido valores positivos em somente dois municípios da amostra (8,3% dos casos). Este aspecto da informação em saúde, já verificado em outros estudos<sup>27,30</sup>, demonstra a pouca ênfase que o conselho dá a visibilidade de suas ações. Também sugere um isolamento muito grande do conselho de saúde, já que a comunidade não recebe informação de quando ocorrem as reuniões, nem do que foi deliberado nelas, e isso dificulta o efetivo acompanhamento da implementação das deliberações<sup>30</sup>. Tal evidência de falha na comunicação com a sociedade traz

prejuízos para a atividade do conselho; associada a outros fatores, prejudica a própria capacidade de o conselho disputar espaço e poder com as outras instituições externas que participam do processo decisório das políticas municipais<sup>17</sup>.

Neste mesmo sentido, podemos analisar a dimensão “sistema de planejamento do SUS”, que apresentou o melhor desempenho, com apenas oito municípios com escore nulo, ou “ruim”. Isso se deve ao fato de que há instâncias externas envolvidas no controle fiscal previsto na *Lei Complementar nº. 101*<sup>6</sup> (Poder Legislativo, Tribunal de Contas e Ministério Público), assim como Portarias Ministeriais<sup>4,5</sup> que orientam o fluxo dos componentes básicos do sistema de planejamento do SUS, determinando que eles sejam necessariamente aprovados pelos conselhos de saúde. O indicador “apreciação do Relatório Anual de Gestão” apresentou-se positivo em 22 municípios, sendo recomendada sua exclusão da matriz avaliativa. Da mesma forma, o indicador “apreciação do Plano Municipal de Saúde” (positivo em vinte municípios) deve ser reavaliado para futuros estudos de conselhos de saúde. Propõe-se, em substituição aos indicadores mencionados, que se inclua o indicador “apreciação da Programação Anual de Saúde”, que faz parte do Plano Municipal de Saúde e corresponde a importante componente do SARG-SUS (Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS), sistema informatizado facilitador da elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão.

Na dimensão autonomia, observou-se que a eleição para presidente esteve presente em 70% dos conselhos de saúde estudados, embora boa parte desses presidentes possa ser da gestão, como evidenciado em outros estudos. Um estudo<sup>17</sup> identificou nacionalmente que 66% dos conselhos de saúde eram presididos pelos gestores do sistema de saúde. A gestão normalmente tem concentrado o poder da pauta de discussão<sup>27</sup>, o que implica o rumo das discussões e decisões, em que o espaço do controle social volta-se em grande parte apenas para a legitimação dos interesses da administração<sup>28</sup>. Por essa razão a possibilidade de escolha do presidente por intermédio de eleição ainda é um indicador relativo de autonomia. Nessa dimensão, a maioria dos municípios apresentou indicadores com desempenho ruim, sendo o indicador “comissões internas formalmente constituídas” o que apresentou apenas 33% dos municípios com valores positivos. Esse mesmo indicador analisado em estudo nacional apresentou apenas 11% de positividade<sup>17</sup>.

Os conselhos que possuem Comissões Internas têm maior potencial em agilizar os seus trabalhos, permitindo que assuntos complexos ou extensos possam vir para a plenária com um

posicionamento prévio de grupos mais familiarizados, motivados e competentes para determinados grupos temáticos, os quais podem inclusive receber apoio técnico para tal. Além disso, permite que conselheiros tenham mais autonomia para atuação fora do âmbito de atuação da mesa diretora ou da plenária, aumentando a sua motivação para os trabalhos. O baixo desempenho na estruturação de comissões da amostra estudada, evidenciado pelo desempenho “bom” em apenas dois municípios (8,3%), foi também encontrado em nível nacional (7%)<sup>17</sup>.

O baixo desempenho achado nessa dimensão confirma que há uma grande limitação na autonomia nos conselhos de saúde, conforme já evidenciado em estudo de Moreira & Escorel<sup>17</sup>, ainda que ele componha a dimensão com indicadores diferentes. As diferenças observadas quanto aos indicadores da dimensão revelam que a autonomia de atuação dos conselhos ainda é um processo em desenvolvimento. Observa-se que muitos representantes do governo ou do sistema privado apenas toleram os conselhos, por estarem previstos institucionalmente. Na prática, agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas<sup>21</sup>, fato sugerido e analisado anteriormente no bom desempenho da dimensão “sistema de planejamento do SUS”.

Quanto ao indicador sintético final, somente dois municípios (8,3%) apresentaram “bom” desempenho, e 17 municípios (70,8%) apresentaram juízo de valor “ruim”, indicando que os municípios estudados estão muito fragilizados no desempenho das funções previstas na legislação.

## Resumo

*Este artigo apresenta um modelo de avaliação da participação popular em sistemas municipais de saúde. Trata-se de pesquisa avaliativa cuja construção da matriz utilizou o referencial teórico da legislação existente que orienta a participação popular na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Os indicadores e medidas foram validados por técnica de consenso com especialistas. O modelo proposto tem 26 indicadores divididos em cinco dimensões avaliativas, que refletem a adequação à legislação da estrutura, organização, representatividade, participação no planejamento em saúde e auto-*

## Conclusão

O presente estudo elaborou um modelo de avaliação das condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde. Por meio da sua aplicação em 24 municípios de duas associações de municípios de Santa Catarina, foi comprovada a viabilidade da utilização da maioria dos indicadores propostos, a exceção de dois indicadores da dimensão “sistema de planejamento do SUS” e de dois indicadores da dimensão “dinâmica organizacional” que se mostraram pouco discriminatórios. A adequação do modelo desenvolvido evidenciou a sua capacidade de contribuir para aprimorar as funções previstas na legislação para os conselhos de saúde na formulação de estratégias e controle da execução das políticas públicas de saúde porque se constitui um instrumento que pode ser utilizado pela plenária e pela gestão dos conselhos de saúde para o aprimoramento do seu trabalho.

Os resultados da aplicação do modelo, indicando um mau desempenho para mais de dois terços dos municípios avaliados, denotam a necessidade ainda presente de avaliações normativas e de estudos que identifiquem a causalidade e as consequências desse mau desempenho, os quais permitam identificar correções necessárias em um dos mais importantes sistemas de garantia da participação da sociedade nas decisões em saúde.

*mia dos Conselhos Municipais de Saúde. Sua aplicabilidade foi testada em 24 municípios de Santa Catarina, Brasil. Os dados analisados indicaram os melhores resultados para a dimensão “sistema de planejamento do SUS”, e os piores para as dimensões “estrutura e autonomia”. Apenas dois municípios apresentaram bom resultado para o indicador sintético final. Foi demonstrada a viabilidade e adequação do modelo de avaliação proposto.*

*Avaliação em Saúde; Conselhos de Saúde; Participação Comunitária*

## Colaboradores

M. Vieira foi responsável pela revisão bibliográfica e coleta dos dados; participou da concepção do artigo, análise dos dados e redação do texto. M. C. M. Calvo participou da concepção do artigo, análise dos dados e redação do texto.

## Agradecimentos

Os autores agradecem aos participantes das Oficinas de Consenso e aos Conselheiros Municipais de Saúde, que colaboraram para viabilizar o estudo.

## Referências

1. Paim JS. A reforma sanitária e a municipalização. *Saúde Soc* 1992; 1:29-47.
2. Brasil. Lei nº. 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* 1990; 20 set.
3. Brasil. Lei nº. 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* 1990; 31 dez.
4. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 3.176, de 24 de dezembro de 2008. Aprova as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde. *Diário Oficial da União* 2008; 30 dez.
5. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial da União* 2006; 29 dez.
6. Brasil. Lei Complementar nº. 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. 2000. *Diário Oficial da União* 2000; 5 mai.
7. Wendhausen A, Cardoso SM. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. *Rev Bras Enferm* 2007; 60:579-84.
8. Dallari SG, Adorno RCF, Faria MM, Shuqair NSMSAQ, Trewikowski S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad Saúde Pública* 1996; 12:531-40.
9. Pateman C. Participação e teoria democrática. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1992.
10. Dias SG. Reflexões acerca da participação popular. *Integração* 2007; XIII:45-53.
11. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1088-95.
12. Wendhausen AL, Barbosa TM, Borba MC. Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores. *Saúde Soc* 2006; 15:131-44.
13. Fuks M, Perissinotto RM, Ribeiro EA. Cultura política e desigualdade: o caso dos conselhos municipais de Curitiba. *Revista de Sociologia Política* 2003; (21):125-45.
14. Fuks M, Perissinotto R. Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas em Curitiba. *Rev Bras Ciênc Soc* 2006; 21:67-81.
15. Carvalho GC. Participação da comunidade na saúde. Passo Fundo: Editora EFIBE; 2007.
16. Pestana CLS, Vargas LA, Cunha FTS. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. *Physis (Rio J.)* 2007; 17:485-99.
17. Moreira MR, Escorel S. Conselhos de saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:795-805.

18. Labra ME, Figueiredo JA. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:537-47.
19. Coelho VSP, Ferraz A, Fanti F, Ribeiro M. Mobilização e participação: um jogo de soma zero? Um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo. *Novos Estudos – CEBRAP* 2010; (86):121-39.
20. Grissoti M, Patrício ZM. Efetividade e resolutividade do Conselho Municipal de Saúde. In: Grissoti M, Patrício ZM, organizadores. *A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis*. Florianópolis: Editora UFSC; 2006. p. 101-31.
21. Oliveira ML, Almeida ES. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde Soc* 2009; 18:141-53.
22. Van Stralen CJ, Lima AMD, Fonseca Sobrinho D, Saraiva LES, Van Stralen TBS, Belisário AS. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:621-32.
23. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
24. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:341-53.
25. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. *Diário Oficial da União* 2003; 4 dez.
26. Kayo EK, Securato JR. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. *Cadernos de Pesquisa em Administração (São Paulo)* 1997; 1:51-61.
27. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2437-45.
28. Bastista EC, Melo EM. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:337-47.
29. Ministério da Saúde. XII Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca – relatório final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2004.
30. Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, Skupien JA. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2431-6.

---

Recebido em 20/Out/2010

Versão final reapresentada em 30/Jul/2011

Aprovado em 08/Ago/2011