



Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-eixo: Lutas sociais e Controle Democrático nas políticas sociais.

## CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE NO CONTEXTO MUNICIPAL

RONALDO ALVES DUARTE<sup>1</sup>  
RODRIGO ALVES DOS SANTOS<sup>2</sup>

**Resumo:** Este texto considera que a descentralização das políticas sociais constituiu-se em uma tentativa de fortalecer a participação e o controle social locais. Apesar disso, por meio de uma pesquisa de empírica, constatou-se que os Conselhos Municipais de saúde embora se orientem pelas diretrizes e princípios do SUS, têm apresentado uma estrutura organizacional frágil marcada por características pelas particulares que possuem e pela capacidade instalada de que dispõem.

**Palavras-chave:** Política Social de Saúde; Controle Social Conselhos Municipais de Saúde.

**Abstract:** This text considers that the decentralization of social policies constituted an attempt to strengthen local participation and social control. Despite this, through an empirical research, it was verified that the Municipal Health Councils, although guided by SUS guidelines and principles, have presented a fragile organizational structure marked by characteristics by the individuals they have and by the installed capacity they have.

**Keywords:** Social Health Policy; Social Control Municipal Health Councils

### 1 – INTRODUÇÃO

Fruto de uma pesquisa de doutorado em Política Social, este texto apresenta os resultados parciais da investigação tomando como tema de reflexão o controle social da política pública de saúde no nível local, enfocando especificamente as características dos Conselhos municipais de saúde das cidades pesquisadas.

Nestes termos, para atender ao objetivo da reflexão aqui proposta, dividi este trabalho em três momentos. No primeiro momento, apresenta-se o processo de descentralização das políticas sociais com a transferência de responsabilidades da União para os municípios, sobretudo na execução dessas

<sup>1</sup> Professor com formação em Serviço Social. Universidade Estadual de Minas Gerais. E-mail: <ronaldosocial1@gmail.com>

<sup>2</sup> Professor com formação em outras áreas. Instituto federal de Educação Tecnológica.

políticas, bem como na tentativa de fortalecer as comunidades locais e a democratização das relações entre elas e o Estado. No segundo momento, apresenta-se os procedimentos metodológicos que nortearam a pesquisa da qual o presente texto é fruto. No terceiro e último momento, são apresentados os Conselhos Municipais de saúde das cinco cidades pesquisadas com suas características particulares, as quais são discutidas à luz do referencial teórico adotado.

## **2- DESENVOLVIMENTO**

### **A descentralização das políticas sociais**

Em seu livro *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*, Arretche (2000) analisa o processo de descentralização de algumas políticas sociais, as quais compõem o Sistema de Proteção Social brasileiro. Na análise empreendida, dentre outros resultados encontrados, a pesquisadora constatou que as políticas sociais passaram por processos distintos de descentralização, tendo suas gestões se deslocado da União para os outros entes da federação. Enquanto algumas políticas deixaram de ser geridas centralmente pelo Governo Federal e foram predominantemente assumidas pelos estados, outras tiveram a maior parte da responsabilidade de suas gestões transferida para os municípios. Assim, a autora nomeou de ‘estadualização’ o processo de descentralização quando este ocorreu mais vinculado ao nível do governo estadual, e de ‘municipalização’ quando a descentralização se deu mais voltada para o âmbito municipal. Neste contexto, Arretche, (2000, p. 16) entende que a descentralização é “a institucionalização no plano local [municipal e/ou estadual] de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais”.

Nestes termos, inspirado nesse pensamento de Arretche (2000) e levando em consideração que a política de saúde – a qual a temática do presente artigo se vincula – tem sua descentralização pautada na “transferência de poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos

financeiros da União para os estados e, *principalmente para os municípios*” (LIMA, et al, 2012, 823, *grifo meu*), fundamentarei minha argumentação acerca da descentralização das políticas sociais, enfatizando a perspectiva da municipalização.

Sabe-se que o desenho federativo brasileiro consagrado pela Constituição de 1988 gerou um Estado bastante descentralizado, uma vez que promoveu um importante constrangimento do poder político e fiscal da União redistribuindo parte desse poder entre os estados e os municípios. Essa situação promoveu uma significativa alteração tanto nas relações intergovernamentais – tornando-as mais horizontalizadas –, quanto nas relações entre Estado e Sociedade Civil – que a partir de então passaram a ser mais dialogadas. Foi neste contexto que se assistiu no país um empreendimento de um amplo processo de descentralização da gestão de diversas políticas sociais.

De fato, é consenso entre alguns autores, dentre os quais estão Arretche (1999, 2000), Abrucio (2005), Souza (2004) e Viana (et al, 2002), que as mudanças decorrentes da recuperação das bases federativas do Estado brasileiro causaram fortes impactos no desenho e na gestão das políticas sociais. Assim, à exceção da Previdência Social, as diversas outras políticas sociais – assistência social, educação, habitação, saúde, etc. – tiveram seu processo de descentralização com transferência de atribuições de gestão da União para os estados e municípios, desencadeado no bojo da retomada do federalismo brasileiro (ARRETCHE, 2000).

Nesse contexto, a descentralização das políticas sociais não se limitou a uma reordenação ao nível estatal, atingindo sobremaneira a esfera do governo municipal. Para Lima (et al, 2012), além da influência do desenho federativo brasileiro na descentralização das políticas sociais na década de 1990, outros elementos de ordem democrática e econômica interferiram no processo. Desse modo,

as razões para o privilegiamento da descentralização estão relacionadas ao contexto de redemocratização do Brasil a partir de 1980. A transferência de recursos, competências e responsabilidades para os governos subnacionais associou-se aos movimentos contra o regime militar e o autoritarismo e a favor da ampliação da democracia e maior eficiência governamental. Sem

embargo, outros fatores devem ser considerados, como os citados a seguir. A agenda desenvolvimentista foi substituída pela busca de estabilização monetária nos anos 90, tendo sido possível adequar a descentralização aos projetos de enxugamento do Estado e de estabilização macroeconômica, em um contexto de restrição fiscal e financeira (LIMA, et al, 2012, p. 836).

Assim, pressionada por fatores econômicos e ancorada na expectativa de promover uma melhora na gestão das políticas sociais e um fortalecimento da participação popular local, a maioria dessas políticas teve seus processos de descentralização voltados para os municípios. Estes, constitucionalmente definidos como entes federativos, passaram a receber diversas novas atribuições para a gestão das políticas sociais.

Diante do exposto, para se discutir descentralização na perspectiva da municipalização, faz-se necessário entender que “município é uma divisão territorial prevista na legislação brasileira que designa uma unidade administrativa com autonomia política e financeira” (LEVI, 2015, p. 599). Essa autonomia decorre, em grande medida, do *status* jurídico de ente federativo dado aos municípios brasileiros pela Constituição Federal de 1988. Embora com algumas restrições, este *status* conferiu maior poder político e financeiro a estes entes subnacionais.

Neste contexto, pode-se afirmar que os municípios são politicamente autônomos, uma vez que contam com governos próprios eleitos por meio do voto popular direto, o que lhes confere autoridade política em seus territórios de abrangência. No que diz respeito à ampliação do poder financeiro municipal, ela deriva, ao menos em parte, da garantia constitucional de maior acesso dos municípios a uma fatia dos recursos do montante tributário, repassados a eles pelo estado e sobretudo, pela União. Nestes termos, Souza (2004, p. 31) afirma que “nenhuma Constituição anterior à de 1988 cedeu aos municípios o volume de recursos públicos de que hoje dispõe. Tais recursos provém, como se sabe, de transferências federais e estaduais, assim, como de receitas próprias”. Essas receitas próprias são oriundas da autonomia adquiridas pelos municípios em tributar na circunscrição de seus territórios (ARRETCHE, 1999).

Cabe destacar entretanto, que apesar do *status* jurídico de ente federativo, do avanço na ampliação do poder político e da capacidade fiscal conquistados com o reestabelecimento do federalismo nos anos de 1980, a

autonomia alcançada pelos municípios brasileiros ainda hoje é bastante relativa. Isso porque, conforme assinala Abrucio (2005), no plano jurídico, por exemplo, a autonomia municipal vai até os limites impostos pelas Constituições Estaduais e Federal. Já nos aspectos financeiro e administrativo, muitos municípios frequentemente ainda dependem dos outros níveis de governo. Politicamente, a autonomia também é restrita, considerando que ela resume-se ao autogoverno. Finalmente, “até mesmo a condição de unidade federada é limitada, já que os municípios não têm assento no Congresso Nacional, ao contrário dos estados, que têm no Senado Federal seu espaço específico de representação na política nacional” (LEVI, 2015, p. 599).

A despeito de a autonomia conquistada pelos municípios na prática não ser totalmente plena, as transformações decorrentes das novas regras postas pelo federalismo brasileiro haviam preconizado uma transferência de poder para os estados e municípios para que estes fossem capazes de planejar, gerir, executar e tomar decisões em suas áreas de circunscrição. Isso abriu caminho para que o Governo Federal ampliasse para os estados, e sobretudo para os municípios não só as estratégias de descentralização política e financeira, mas também a administrativa.

Para além disso, desde os anos de 1990, o município tem sido visto, entre os três entes federados, como aquele que está em uma posição privilegiada para o atendimento das demandas locais, uma vez que é nele que o cidadão vive e é nele onde ocorre a circulação imediata das informações acerca da realidade e das necessidades dos grupos populacionais. Isso fez com que se atribuísse ao município a tarefa de ser o executor direto da maioria dos serviços advindos das políticas sociais. Nos termos de Dourado e Elias, (2011, p. 206)

os governos locais teriam condições mais favoráveis de alcançar melhores resultados para seus cidadãos por meio da relação direta, por estarem mais bem informados de suas preferências – portanto, em melhor situação para decidir sobre a alocação dos recursos – e mais suscetíveis ao controle (*accountability*<sup>3</sup>).

---

<sup>3</sup> Trata-se de um “termo cunhado na língua inglesa e de difícil tradução para o português, principalmente devido à complexidade das aplicações que pode ter. A palavra que melhor o traduz é responsabilização. *Accountability* é a expressão utilizada para tratar da obrigação e capacidade de uma pessoa ou instituição de prestar contas a outra pessoa ou instituição. Ou

Vale ressaltar que, no Brasil, exigir a *accountability* dos gestores públicos, mencionado pelos autores, bem como exercer o controle democrático e social sobre o Estado e suas ações por parte da sociedade civil organizada já era um anseio manifesto desde o processo constituinte nos anos de 1980. Desse modo, a municipalização da gestão das políticas públicas objetivava não só fortalecer as comunidades locais, como também democratizar as relações dessas com o Estado. Assim, “a municipalização de alguns serviços sociais universais [...] não se limita à transferência de sua implementação, mas tem significado também o envolvimento das comunidades locais no processo decisório e de controle da implementação de políticas sociais” (SOUZA, 2004, p. 38).

De fato, a possibilidade de envolvimento da Sociedade Civil na gestão da política pública foi uma das grandes vantagens trazidas pela municipalização. Nesta mesma linha de raciocínio, Abrucio (2005) defende que a municipalização contribuiu para pressionar as oligarquias locais, possibilitando o surgimento de novas lideranças e novos atores políticos, além de criar e/ou fortalecer arenas de debate político como, por exemplo, os conselhos gestores. Levi (2015) apresenta algumas vantagens semelhantes às já apontadas por Souza (2004) e Abrucio (2005) e acrescenta que a municipalização também abriu espaço para o surgimento de iniciativas inovadoras e criativas no campo de atuação das diversas políticas sociais, aproximando-as do cotidiano dos cidadãos e respondendo com mais eficácia às demandas destes. Finalmente, a municipalização propiciou que um grande número de serviços previstos pelas políticas sociais alcançassem uma capilaridade sem precedentes no país.

Cabe destacar, entretanto, que embora a municipalização tenha ampliado sobremaneira as possibilidades de a democracia brasileira se fortalecer e prosperar no âmbito local, ela não resultou na imediata melhoria da

---

seja, quando determinada instituição age em nome de um conjunto de pessoas, e essa instituição pode ser, de alguma maneira responsabilizada, punida ou recompensada por essas ações, podemos afirmar que essa instituição é *accountable* e existe um processo de *accountability* na relação entre a instituição e o conjunto de pessoas que ela representa” (MARQUES, 2015, p. 45).

gestão das políticas públicas, nem tampouco no automático envolvimento da sociedade civil no controle social do Estado e suas ações (ABRUCIO, 2005). Isso porque, continua o autor, a despeito das conquistas e avanços decorrentes da descentralização ocorridas sobretudo no nível municipal, persistiram as desigualdades econômicas, sociais e administrativas, as quais sempre marcaram a federação do país. Soma-se a isso o agravante das práticas não-cooperativas comuns nas relações intergovernamentais no federalismo brasileiro, as quais colocam em risco o sucesso da implantação das políticas públicas, e acarretam uma situação de desigualdade na municipalização dessas políticas.

Corroborando a argumentação de Abrucio (2005), Arretche (2000) menciona esses mesmos aspectos como obstáculos postos para o processo de descentralização da gestão das políticas sociais no Brasil e ainda acrescenta outros dois: 1) o predomínio quantitativo de municípios de pequeno porte e, 2) o rarefeito hábito da participação popular, redundando em um frágil exercício do controle social.

## **Metodologia**

Analisar o controle social da política de saúde no nível local – objeto de estudo desse artigo – está intrinsecamente vinculada ao campo das Ciências Sociais. Assim, os questionamentos geradores deste estudo, bem como os posicionamentos teóricos que o orientam, caracterizam-no como uma pesquisa de enfoque qualitativo, conforme defende Minayo (2013). Esse enfoque é considerado “uma forma mais adequada para se entender um fenômeno social” (RICHARDSON, 2011, p. 79), caso da política de saúde, de um modo geral, e de seu controle social, em particular.

A abordagem qualitativa necessariamente envolve aspectos da realidade social que abarcam a formação cultural e política, as relações sociais com seus determinantes e desdobramentos, bem como a historicidade de um dado fenômeno (MINAYO, 2013). Trata-se de uma investigação que está preocupada “menos com a generalização e mais com o aprofundamento e

abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação” (MINAYO, 2004, p. 102).

A pesquisa da qual o presente artigo é fruto foi realizada na região Centro-Oeste de Minas Gerais, focando-se em cinco municípios vinculados a um Consórcio Intermunicipal de Saúde. A escolha desses cinco municípios mineiros como múltiplos casos norteadores deste trabalho se constituíram como espaço privilegiado para se observar, sob diversos aspectos, a dinâmica do controle social da política de saúde no nível local. Assim, foi possível identificar as semelhanças e as diferenças entre eles, bem como debater os eventuais determinantes da constituição do controle social, com suas particularidades, no âmbito de cada um.

Em relação aos sujeitos participantes, foram abordados cinco gestores de saúde, sendo um gestor de cada um dos municípios pesquisados. O critério de inclusão estabelecido para esse grupo foi o gestor estar em exercício na função de gestor municipal de saúde na ocasião em que ocorreu a coleta dos dados. No que diz respeito aos Conselheiros de Saúde, também foram abordados cinco deles, sendo um de cada município. O critério de inclusão para este grupo, foi estar em exercício na função conselheiro municipal de saúde na ocasião em que ocorreu a coleta dos dados. Quanto aos trabalhadores, foram entrevistados oito deles, dentre os quais estavam técnicos de nível superior, tais como assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. Tal qual os dois grupos anteriores, foram inclusos os profissionais que estavam exercendo sua função como servidores públicos municipais de saúde – concursados ou contratados – na ocasião em que ocorreu a coleta de dados.

Foram coletados depoimentos dos cinco conselheiros municipais de saúde por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais “combin[aram] perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado [tiveram]a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender[em] à indagação formulada” (MINAYO, 2013, p. 261). As entrevistas possibilitaram provocar, nos entrevistados, depoimentos que revelaram dados e fatos capazes de subsidiar

um melhor entendimento acerca das nuances do controle social da política de saúde no âmbito local, aspecto que a restrição às pesquisas documental e bibliográfica não permitiriam capturar. Todas as entrevistas foram registradas em gravador eletrônico, posteriormente transcritas e, em seguida, analisadas.

### **Análise dos dados e discussão dos resultados**

No que diz respeito aos conselhos gestores da política de saúde propriamente ditos, de acordo com as informações coletadas através das entrevistas feitas com os participantes desta pesquisa, todos os cinco municípios pesquisados possuíam Conselhos Municipais de Saúde legalmente constituídos de acordo com a Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes para a instituição, composição e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, e os define como órgãos colegiados, deliberativos, de caráter permanente e cujas estruturas são mescladas pela composição de representantes do governo municipal e por representantes da Sociedade Civil eleitos diretamente por seus pares.

Nestes termos, em relação à composição, os cinco CMS possuíam um quantitativo de integrantes que, embora variasse de acordo com o município onde encontravam-se instalados, mantinham, de acordo com a Lei 8142/90<sup>4</sup>, o princípio da paridade entre os representantes dos usuários e os representantes dos demais segmentos, quais sejam: membros do governo municipal, prestadores de serviços do SUS e profissionais atuantes na área da saúde. Nestes termos, tal qual preconizado pela Resolução 453/2012, as vagas nos CMS dos municípios pesquisados estavam distribuídas da seguinte forma: 50% para os usuários e os outros 50% divididos entre trabalhadores da área da saúde, representantes do governo municipal e prestadores de serviços do SUS.

---

<sup>4</sup> Esta Lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e para tanto, institui duas instâncias colegiadas – os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências Municipais de Saúde – para o exercício do controle social no âmbito da política pública de saúde.

Nota-se que a composição dos Conselhos não estava polarizada em duas metades iguais, uma de representantes da Sociedade Civil e outra do governo. Assim, ao garantir um maior número de representantes da Sociedade Civil na composição dos Conselhos Municipais de Saúde, a legislação o faz alinhada com a ideia de que a Sociedade Civil não é uma instituição homogênea em sua composição interna, ou seja, ela é composta por uma enorme diversidade de grupos, os quais possuem interesses bastante diversificados.

Cabe destacar que o princípio da paridade estabelecido pela Lei 8142/90 e reforçado pela Resolução 453/12 busca garantir uma participação da Sociedade Civil de forma mais efetiva, ao menos quantitativamente. Entretanto, como bem argumenta Gohn (2006, p. 9)

em relação à paridade, ela não é uma questão apenas numérica, mas das condições de uma certa igualdade no acesso à informação, disponibilidade de tempo etc. A disparidade de condições de participação entre os membros do governo e os advindos da sociedade civil é grande; os primeiros trabalham nas atividades dos conselhos durante seu período de expediente de trabalho normal/remunerado; têm acesso aos dados e informações, têm infraestrutura de suporte administrativo; estão habituados com a linguagem tecnocrática etc. Ou seja, eles têm o que os representantes da sociedade civil não têm (pela lei, os conselheiros municipais não são remunerados e nem contam com estrutura administrativa própria) (GOHN, 2006, p. 9).

Neste sentido, a paridade quantitativa entre os representantes dos usuários e os representantes dos demais segmentos, apresentada pelos CMS pesquisados não era suficiente para equilibrar as forças políticas, nem tampouco a capacidade técnica que tende a ser mais forte do lado dos representantes do Estado, já que em geral, estes dominam mais facilmente as informações que dão corpo às discussões desenvolvidas nas reuniões dos conselhos de saúde. Nestes termos, para Gohn (2006), a possibilidade de reverter essa disparidade técnico-política e melhorar a qualificação da participação dos conselheiros, passa necessariamente, entre outras estratégias, pela capacitação dos membros dos CMS para que estes consigam entender melhor a política pública de saúde e assim fiscaliza-la com mais competência. Para tanto, “é preciso enfrentar com maior determinação o desafio da qualificação dos conselheiros, especialmente da sociedade civil, que precisam incorporar novas competências políticas, éticas e técnicas para

desempenhar o papel de representação política no espaço público” (RAICHELIS, 2008, p. 73).

Em relação a esta preparação/qualificação dos conselheiros, observei que ela era ou inexistente ou bastante frágil. Sobre este aspecto, alguns entrevistados assim se posicionaram.

O Conselho Estadual de Saúde já ofereceu curso de capacitação. Eles mandam material por e-mail e eu repasso para os conselheiros estudarem. Quando chega um conselheiro novo a gente sempre pergunta se ele quer ir fazer uma capacitação quando tiver. Quando o Conselheiro não quer ir a Divinópolis ou a Belo Horizonte eu mesma pego o material e tento capacitar a pessoa. Levo o material e explico. Sempre me prontifico a ajudar e esclarecer dúvidas (C4).

Teria que haver capacitação constante dos conselheiros para que eles entendam como funciona a área da saúde. Porque são os conselheiros que têm que aprovar todos os instrumentos de gestão como o relatório anual de gestão, a prestação de contas, o plano municipal de saúde [...]. Mas não tem capacitação do jeito que precisava ter. Existem aqueles conselheiros que entendem na prática a necessidade de saúde da população, mas só na prática. Existem aqueles, especialmente os da gestão, que entendem a técnica, porque eles são técnicos e entendem essa parte. Apesar de ter boa vontade dos técnicos em ensinar e dos outros em querer aprender, muitas vezes, a outra parte de usuário que compõe 50% do conselho, não entende nada daquilo que os técnicos demonstram (C1).

O pessoal do Conselho não fez curso para aprender qual é o papel e a função dele (G3).

Os depoimentos do G3 e do C1 são emblemáticos para se compreender a importância da capacitação dos conselheiros, pois, ‘aprender qual é o papel e a função do conselho’ e ‘entender como funciona a política de saúde’ é determinante para uma mínima compreensão dos temas abordados e debatidos nas reuniões. Sem compreender os assuntos discutidos, os conselheiros não conseguem contribuir nem para o debate, nem para as deliberações deles decorrentes, como por exemplo, aprovar os instrumentos de gestão do SUS mencionados pelo C1. Nestes termos, como bem aponta Duarte e Machado (2012, p. 129) “a falta de capacitação ocasiona sensação de despreparo, o que, na prática, tende a inibir e inviabilizar a efetiva participação e o desempenho das variadas e complexas tarefas implícitas na atribuição central do Conselho Municipal de Saúde”, que é formular, implementar, executar e fiscalizar a política de saúde.

No que diz respeito ao funcionamento, os depoimentos coletados apontaram para o fato de que os cinco conselhos reuniam-se ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente sempre que necessário. Apesar de conseguirem se reunir regularmente ao menos uma vez por mês, conforme orienta a Resolução 453/2012, um dos conselheiros entrevistados relatou dificuldades para a realização dos encontros, em função da ausência de um mínimo de infraestrutura que garantisse ao CMS autonomia administrativa. Assim, ele afirmou que

nosso problema é que a gente não tem uma sala onde a gente possa se reunir, então a nossa reunião é o dia que dá para ela acontecer, não tem um dia fixo, mas a gente se reúne pelo menos uma vez por mês. Quando é necessário a gente faz reuniões extraordinárias. Tem dias que a gente se reúne na sala do Secretário de Saúde ou em outra sala da Secretaria de saúde, mas às vezes as salas estão ocupadas... A gente faz as reuniões, tenta resolver o que a gente consegue, mas nós não temos espaço físico e nem equipamentos. Ai não tem como fazer um convite à população em geral (C3).

A falta de infraestrutura mínima para o funcionamento do CMS, mostrou-se recorrente no depoimento de outros dois entrevistados. Estes relataram faltar linha telefônica, computadores, impressoras, sala específica para a instalação do CMS, enfim, equipamentos básicos para um bom funcionamento da secretaria executiva do conselho, bem como para a realização das reuniões ordinárias e extraordinárias. Um dos entrevistados relatou que depois de muito solicitar à Secretaria Municipal de Saúde providências no sentido de viabilizar os recursos materiais necessários ao funcionamento do CMS e não obter um retorno, foi preciso acionar o Ministério Público, que interveio na situação exigindo uma resposta do poder Executivo Municipal. “Nós tivemos de fazer isto, não teve outro jeito. Como é que um conselho de saúde funciona sem o básico? Não funciona. Mesmo se tiver muita boa vontade dos conselheiros, não funciona” (C1).

A falta de, ou a precariedade da capacitação dos conselheiros municipais de saúde, somada às dificuldades estruturais para o funcionamento mínimo dos CMS, em nada colaboram para alterar a histórica falta de cultura participativa da Sociedade Civil no Brasil (GOHN, 2006). Além disso, esses fatores, juntos, contribuem para “corroer a consolidação dos CMS como

instituições que viabilizam a participação deliberativa dos diferentes atores interessados no processo decisório das políticas municipais de saúde” (MOREIRA e ESCOREL, 2009, p. 800). Isso, por sua vez, reforça a cultura autoritária da política brasileira, que mantém a Sociedade Civil subordinada ao Estado e concentra neste o poder de decisão político-administrativo das políticas sociais. O conjunto destes fatores compõem uma equação cujo resultado é duplamente negativo. Desse modo, por um lado, gera uma participação social no CMS com baixa qualidade política, pouca criticidade e um entendimento distorcido do que é o CMS. De outro lado, desestimula a participação popular de tal modo que, corre-se o risco de “deixar o espaço dos conselhos gestores livres para que eles sejam ocupados e utilizados como mais um mecanismo da política das velhas elites e não como um canal de expressão dos setores organizados da sociedade” (GOHN, 2006, p. 9). Cabe destacar que esses dois aspectos se inter-relacionam e mutuamente se fortalecem. Assim, quanto maior é a infrequência dos conselheiros nas reuniões do CMS, mas despolitizada é a participação. Esta situação alimenta um entendimento distorcido acerca do que vem a ser o conselho de saúde e suas finalidades, que por sua vez, desestimula a participação e culmina com a infrequência nas reuniões.

Neste contexto, os depoimentos abaixo transcritos revelam que não é incomum a infrequência de muitos conselheiros nas reuniões. Em alguns casos, a infrequência persiste mesmo quando a tentativa de trazer os conselheiros para os encontros, conta com um apoio logístico da Secretaria Municipal de Saúde.

A gente manda convite por escrito e ainda telefona um dia antes para os conselheiros lembrando-os da reunião. Tem muito conselheiro da Zona Rural e sempre que é preciso, eu agendo o carro da Secretaria de Saúde pra busca-los nas comunidades. Mesmo assim, muitos não vêm. A frequência da população é baixa, eles poderiam participar mais. Para ser franca, tem conselheiro que só veio uma vez, só no dia da reunião que ele foi eleito (C4).

Os conselheiros, em geral têm ótimas intenções, mas têm uns que não cumprem com o compromisso que assumiram quando foram eleitos. Nós temos alguns que são assíduos nas reuniões, mas tem outros que nunca frequentaram, vieram só no primeiro dia que foram eleitos (C5).

No que diz respeito à qualidade da participação, ela foi mencionada como despolitizada e acrítica tanto pelos próprios conselheiros, quanto pelos trabalhadores e gestores.

O Conselho não funciona no nosso município como deveria funcionar [...] As pessoas que são do Conselho Municipal de Saúde não são membros questionadores. Tudo que a gente leva pro Conselho, é aprovado, não se discute questões de valores. A coisa vai pronta e eles aprovam. É uma comunidade pacata, aceitam tudo que é colocado. Pelo fato de os Conselheiros não receberem, não terem salário eles não são participativos (G1).

O papel do Conselho é trazer ajuda para o Secretário e fiscalizar o que está acontecendo no município na área da saúde. Só que assim, o Conselho está bem precário, vamos falar assim, está meio desatualizado, as reuniões ainda não estão muito frequentes. [...] Hoje o conselho ainda não tem uma postura nem de cobrança, nem de fiscalização e nem de projetos. Segundo o regimento do conselho ele teria de funcionar nessas ações de fiscalizar junto com a participação e trazer ideias (C3).

Você tem o conselho municipal de saúde, que é um órgão deliberativo que teria que tá trabalhando isso também né? Até pra ele estar fiscalizando, mas isso na prática não acontece. Pelo menos não ao longo dos últimos anos. [...] Então fica, por exemplo, nós temos um plano, o plano municipal de saúde ele tem que ser feito junto com o conselho municipal de saúde, é o conselho que tem que aprova-lo, nós estamos com plano municipal de saúde do governo passado que até hoje não foi aprovado pelo conselho (T7).

Como afirmei acima, a infreqüência nas reuniões do CMS e a baixa qualidade da participação acabam por reforçar uma distorção no entendimento que se tem do conselho de saúde, bem como no seu papel e sua finalidade política e social. Isso gera uma abertura para situações de um mal uso dos CMS, que como já advertiu Gohn (2006) torna os conselhos gestores das políticas públicas mais suscetíveis a práticas políticas corrompidas, tradicionalistas e nada democráticas.

Neste contexto, os achados da pesquisa apontam para atitudes pragmáticas dos conselheiros que denotam um entendimento dos CMS como espaços para a resolução de problemas focalizados e vinculados aos interesses pessoais, não só dos próprios conselheiros, mas também de algumas pessoas da comunidade. Tal situação, além de esvaziar o conteúdo deliberativo e propositivo que é o papel dos CMS, retira também a prioridade

que a formulação, implementação e fiscalização da política pública de saúde deveria ter nesses espaços de controle social.

Os conselheiros, às vezes, levam algumas questões que são muito individualistas, ou deles mesmos ou de algum vizinho deles. Eles não colocam muita abrangência nas questões que levam para tentar resolver no Conselho (C2).

O controle social exercido pelo Conselho e pelas Conferências ainda é muito frágil. Falta cidadania. Nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde é comum o conselheiro reclamar que quer fazer o *Raio X* do filho dele e não está conseguindo. O Conselho não é pra isso, ele é pra discutir o todo. Tem que se discutir não o *Raio X* de uma só pessoa, mas sim porque o município está com problema para se fazer este tipo de exame e aí buscar alternativas para resolver o problema (T7).

Existe aquele grupinho de conselheiros que se empenha e fazer de tudo para cumprir aquele compromisso que assumiu quando passou a fazer parte do conselho. Porém existe também, uma coisa assim bem comum de se acontecer, é o conselheiro tentar utilizar do conselho como trampolim ou de oportunismo de estar ali para se galgar outro tipo de coisa, como um emprego na administração municipal, por exemplo (C1).

A gente já colocou carro à disposição para buscar os Conselheiros, mas mesmo assim eles não participam. Eles só participam em situações que o membro tem um interesse pessoal. Tipo assim, às vezes o Conselheiro quer uma consulta ou um exame aí ele vem na reunião pra fazer o pedido dele. Acontece também assim: onde tem os Postos de Saúde de apoio, eles também, funcionam como salão para uso da Comunidade. Às vezes vai ter uma festa de algum santo lá da Comunidade, aí eles vêm na reunião geralmente, para pedir para consertar uma torneira da pia, por exemplo. Então, assim, eles participam do Conselho, mas não em benefício da saúde e sim em benefício dos interesses particulares deles. G1

Ainda neste contexto de uso distorcido dos CMS, os relatos obtidos me permitiu observar que eles são praticados também pelos gestores. Nestes termos, tem-se os seguintes depoimentos:

[...] O Conselho de Saúde funciona, tem reuniões mensalmente, mas nesse período político agora a gente está evitando fazer reuniões e também não está tendo nada para ser aprovado [...] (G1).

No caso da participação da população, já foi muito boa mas, teve uma época que entrou uma gestão que fazia de tudo para protelar deliberações e com isso desmobilizou todo mundo. O Conselho se transformou numa coisa meramente ilustrativa, sem efeito, sem ação. Hoje em dia o gestor fica na luta para manter um número mínimo de conselheiros pra corresponder ao exigido na lei. Isso é triste. [...] Hoje, o Conselho existe para cumprir a lei. E isso é geral: nos

conselhos de educação, de assistência social, de idoso... é tudo pra dizer que tem... o controle social não existe. (T4)

Tinha um pessoal mais ligado a população que fazia questionamento né? Depois virou um conselho meio que como se fosse uma extensão da Secretaria de saúde, mais ligado a gestão e a população afastou [...] (T 5).

Nota-se que no caso dos gestores, a distorção do papel do CMS se dá quando eles contaminam os conselhos com práticas autoritárias, manipulativas e burocratizadas. Assim, quando um CMS transforma-se em uma 'extensão de uma Secretaria de Saúde' é sinal de que o fortalecimento das comunidades locais e a democratização das relações entre elas e o Estado – objetivos pretendidos pela municipalização das políticas públicas – não foram atingidos. Dito de outro modo, a concepção do CMS como sendo uma 'extensão da Secretaria de Saúde', tende a desequilibrar ainda mais, a já frágil correlação de forças, entre o governo e a população. Fato este que coloca em cheque uma das principais finalidades do conselho de saúde que é ser um espaço de representação da sociedade civil. Além desse aspecto, chama a atenção os discursos do G1 e do T4 que apontam para o fato de que os CMS tem sido utilizados para fins 'meramente ilustrativos' e burocráticos só 'para corresponder ao que é exigido pela lei', tendo suas reuniões dispensadas de ocorrer quando 'não se tem nada para ser aprovado'. Cabe destacar que, mesmo que simplesmente burocráticos e ilustrativos, interessa ao gestor municipal manter o CMS, uma vez que este constitui-se em uma das condições impostas pela Lei 8142/90 para que o município receba os recursos da área da saúde repassados pela União, sobretudo os recursos do Fundo Nacional de Saúde.

### **3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na reflexão aqui empreendida, vimos que apesar de a descentralização das políticas sociais ampliar sobremaneira as possibilidades de a democracia brasileira se fortalecer e prosperar no âmbito local, ela não resultou na imediata melhoria da gestão das políticas sócias, nem tampouco no automático fortalecimento dos Conselhos gestores das políticas públicas.

A atual política pública de saúde brasileira, – orientada pela perspectiva da descentralização e organizada em conformidade com os princípios do SUS – é resultante de um conjunto de embates e conflitos de interesses defendidos pelos inúmeros atores sociais e políticos presentes nesta área. Logo, como ocorre com qualquer política pública e social, sem se manter isolada e imune aos efeitos da conjuntura social, econômica, política e cultural, essa política veio sendo forjada em um complexo jogo de disputas de poderes marcado por momentos ora de aceitação, ora de resistências. Como consequência disso, nos contextos dos cinco municípios analisados na investigação que deu origem a este texto, foi possível constatar que os Conselhos Municipais de Saúde possuem características loco-regionais bastante específicas, gerando configurações muito particulares no controle social da política de saúde brasileira.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; COSTA, Valeriano M. Ferreira. **Reforma do estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, 1998. 186 p.

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun.2005.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011):** diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. São Paulo, 2013. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

ARRETCHE, Marta Tereza da Silva. Tendências nos estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (org.). **Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate**. 2. ed. São Paulo, Cortez. Instituto de Estudos Especiais. 1999a. p. 29-39.

\_\_\_\_\_. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 40, jun, 1999b.

\_\_\_\_\_. **Estado federativo e políticas sociais:** determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000. 304 p.

DOURADO, Daniel de Araujo. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. São Paulo, 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DUARTE, Elisfabio Brito; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.126-137, 2012.

DUARTE, Ligia Schiavon et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia, et al. **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1097p. p. 323-363.

FILGUEIRAS, Luiz. **Governo Dilma, PT, esquerda e impeachment**: Três interpretações da conjuntura econômica e política. UFRJ: *Instituto de Economia*. Rio de Janeiro. Texto para Discussão 015 – 2015. 14-25 p.

FLEURY, Sônia. **A seguridade social inconclusa**. 2006. Disponível em <http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/Seguridade.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

FLEURY, Sônia e OUVREY, Assis Monfort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 25-57.

GIOVANNI, Geraldo Di. Implementação. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Dicionário de Políticas Públicas**. 2. ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015. 1065 p. p. 449-451.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos Gestores e Gestão Pública. **Ciências Sociais Unisinos**, São Paulo, v.42, n.1, p. 5-11. Jan/Abr 2006.

\_\_\_\_\_. **Movimentos sociais no início do século XXI**: antigos e novos atores sociais. Petrópolis: Vozes, 2011. 143 p.

LEVI, Maria Luiza. Municipalização. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Dicionário de Políticas Públicas**. 2. ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015. 1065 p. p. 599-602.

MOREIRA, Marcelo Rasga; SCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte

anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 795-805, 2009.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes. Apresentação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. Especial, p.10-13, dez, 2016.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p. cap. 12, p. 365-393.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais: Um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, Ana Elizabete, et al, (orgs). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez; Brasília. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. 408 p. p. 73-87.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **A pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas S.A., 2011. 198 p.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; COSTA, Ana Maria. A esperança não morre quando sonhamos juntos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 5-8, dez. 2016.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Toshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SCAVAZZA, Juliana Franca. **Diferenças socioeconômicas das regiões de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, set., 2003. 17 p. Disponível em: <http://dspace.almg.gov.br/handle/11037/1465>. Acesso em: 02 fev. 2017.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Federalismo. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Dicionário de Políticas Públicas**. 2. ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015. 1065 p. p. 349-352.