

## Controle social no SUS: discurso, ação e reação

Social control in the Brazilian Unified Health System (SUS):  
discourse, action and reaction

Ana Maria Caldeira Oliveira <sup>1</sup>  
Aurea Maria Zöllner Ianni <sup>1</sup>  
Sueli Gandolfi Dallari <sup>1</sup>

**Abstract** *This article seeks to describe and analyze the dynamics of social participation, from the standpoint of the social representations of the City Health Councillors of Belo Horizonte on the significance of social control. A methodological approach was used, backed by qualitative research techniques: semi-structured interviews and participant observation. Three years after the survey, documentary research was conducted to check for signs of institutional reaction seeking to minimize or even to overcome the difficulties reported. It was ascertained that the City Health Council political institution activated several mechanisms to improve their techniques of action and organization and also the commitment of stakeholders to this forum.*

**Key words** *Social participation, Health policy, Health counseling*

**Resumo** *Este artigo se propõe a descrever e analisar a dinâmica da participação social, a partir das representações sociais dos Conselheiros Municipais de Saúde de Belo Horizonte sobre os sentidos do controle social. Foram utilizadas técnicas de entrevistas baseadas em roteiro semiestruturado e de observação participante. Decorridos três anos da realização da pesquisa, recorreu-se à técnica de pesquisa documental para verificar a existência de sinais de reação institucional visando minimizar as dificuldades relatadas. Verifica-se que a instituição política Conselho Municipal de Saúde, reflexivamente, aciona diversos mecanismos para aprimorar seus modos de ação e organização e, também, o comprometimento dos atores para com esse fórum.*

**Palavras-chave** *Participação social, Política de saúde, Conselhos de saúde*

<sup>1</sup>Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 715. 01.246-904 São Paulo SP. amcoliveira@usp.br

## Introdução

Com pouco mais de duas décadas de construção, o processo institucionalizado de participação e controle social das políticas públicas de saúde já apresenta uma significativa experiência acumulada. Segundo Escorel<sup>1</sup>, o Brasil vem se destacando como modelo para outros países, por ter um sistema de participação social tão amplo e capilarizado. Esta disseminação se deve em grande medida à regulamentação desse processo pela Lei Federal 8142/90<sup>2</sup> que ao instituir os conselhos e as conferências de saúde os vinculou ao repasse de recursos federais, fazendo com que se transformassem em peças centrais da descentralização e democratização das políticas sociais<sup>3</sup>. De acordo com essa lei, os conselhos são órgãos colegiados permanentes e possuem caráter deliberativo, *devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde*<sup>2</sup>.

Para Gurza Lavalle e Isunza<sup>4</sup> o exercício participativo teria o potencial de desenvolver o sentimento de pertencimento do cidadão à sua sociedade, não apenas fortalecendo a formação de identidades políticas amplas, mas colaborando para a legitimação das instituições políticas. Cabe ressaltar, que os conselhos de saúde estão inseridos no contexto dos conselhos gestores de políticas públicas, de caráter obrigatório pela Constituição de 1988, e organizados em setores de políticas definidos pela própria Carta Magna. Por isso, esses conselhos são instituições cuja criação obedece a mandato e garantias legais<sup>5</sup>. Moreira<sup>6</sup> observa os conselhos de saúde como instâncias políticas inovadoras, muito diferentes daquelas tradicionais, ainda que em processo de construção. São instituições que estão sendo problematizadas, no debate nacional e internacional, como de participação política não eleitoral ou partidária<sup>7</sup>, ou seja, de representação política extraparlamentar apontando também para o processo de pluralização da representação<sup>4</sup>. Vêm sendo conceituadas como experiências de inovação democrática<sup>4</sup>.

Dessa forma, a inclusão de novos atores sociais como sujeitos sociopolíticos, investidos de poder institucional, modificou o modo de fazer política dos grupos, das entidades organizadas e da própria gestão pública<sup>8</sup>. Para Dallari et al.<sup>9</sup>, os conselhos são instâncias de ação política, que articulam no interior do campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania, com objetivo de ampliar o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim sendo, observa-se que a noção de controle social adquire centralidade, difundindo-se como *prescrição normativa*<sup>10</sup> para

a democratização das relações entre Estado e sociedade.

Controle social é um conceito originado nas Ciências Sociais e está associado ao condicionamento ou limitação das ações dos indivíduos, pelos grupos sociais e pela sociedade aos quais pertencem, a partir dos valores, das normas e dos comportamentos<sup>11</sup>. No entanto, após o processo de redemocratização política e da promulgação da Constituição Cidadã, a ideia de controle social no Brasil passa a corresponder à compreensão da relação Estado-sociedade, na qual cabe à sociedade o estabelecimento de práticas de vigilância e controle sobre o Estado<sup>12</sup>. Nesse sentido, Stotz<sup>13</sup> observa uma resignificação do termo controle social ao ser compreendido como participação da sociedade na formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas.

Contudo, essa participação social decorrente dos processos de descentralização e redemocratização política, passa a ter seu desempenho associado a fatores socioculturais históricos<sup>14</sup>, quais sejam: a falta de tradição participativa e de cultura cívica no país, a tradição autoritária do Estado brasileiro e a cultura política dominante<sup>3,7,14</sup>. Esses fatores são percebidos no cotidiano dos conselhos como dificuldades relacionadas à fragilidade da vida associativa, a impermeabilidade à participação e a defesa de interesses corporativos e clientelistas, respectivamente.

Nesse contexto, este trabalho se propõe a descrever e analisar a dinâmica da participação, a partir das representações sociais dos conselheiros de saúde sobre os sentidos do controle social. O estudo procura, ainda, verificar a existência de sinais de reação institucional frente às dificuldades relatadas.

## Métodos

A pesquisa aqui apresentada foi realizada no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH) nos meses de março a setembro de 2009, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Foram entrevistados 35 dos 36 membros efetivos do CMSBH, e os dados obtidos, analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>15</sup> com o apoio do Programa Qualiquestsoft<sup>16</sup>. Foram identificadas as expressões-chave, que são trechos selecionados do material verbal que melhor descrevem seu conteúdo, as ideias centrais, que correspondem às

formulações sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente(s) nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, com sentido semelhante ou complementar e, então, foram construídos os Discursos do Sujeito Coletivo.

Para a descrição e análise da ação participativa dos conselheiros, no cotidiano do conselho, foi utilizada a técnica da observação participante com a adoção de um diário de campo. Essa técnica traz consigo a dualidade do pesquisador estar, ao mesmo tempo, distante e próximo do objeto de observação, facilitando o conhecimento e a compreensão da realidade<sup>17</sup>.

Decorridos três anos da realização da pesquisa, recorreu-se à técnica documental, que foi utilizada para verificar a existência de sinais de reação institucional frente às dificuldades observadas e relatadas na ação participativa dos conselheiros. Dessa maneira, foram analisadas as atas das reuniões plenárias e as resoluções – documentos públicos disponíveis no *site* do CMSBH – e o *Consaúde* – jornal do conselho, no período de agosto/2010 à agosto/2012, gestão 2010/2012, que corresponde à gestão do conselho subsequente à analisada na pesquisa inicial.

## Resultados e discussão

### O discurso

Com a finalidade de conhecer e analisar os pensamentos e as opiniões dos conselheiros sobre os sentidos do controle social utilizou-se a seguinte questão aberta: Controle Social, o que é isso para você?

Os discursos elaborados pelos sujeitos coletivos dos grupamentos A, B, C e D compreendem o controle social a partir da ideia de participação da sociedade. Entretanto, esses discursos coletivos foram separados em distintos grupamentos, por apresentarem especificidades para essa ideia de participação (Quadro 1).

O discurso do sujeito coletivo do grupamento A, expressa a ideia de reconhecimento do termo controle social como participação na gestão pública, um dos princípios do SUS.

*Controle social é um dos princípios do SUS. Da necessidade da participação popular na gestão pública. Acredito que o controle social é a gestão da saúde através das pessoas que participam dos conselhos garantindo à população uma saúde com qualidade.*

Com efeito, a reforma sanitária lutava pela construção de um sistema de saúde único, com

Quadro 1. Síntese de ideias centrais

A	Participação na gestão pública
B	Fiscalização do gasto público
C	Efetivo controle do Estado pela sociedade
D	Participação na formulação, implementação e verificação da política pública
E	Não é a cogestão
F	Solidariedade ao próximo
G	Lutar pelo direito de todos

universalização do acesso aos serviços e atenção integral à saúde, combinada com a democratização política do país e, mais especificamente, desta área<sup>18</sup>. Para tanto, a Constituição Federal de 1988 foi o marco legal que possibilitou a criação de um aparato institucional que relaciona a construção de um estado democrático com amplos direitos sociais, a partir da inclusão de um conjunto de mecanismos que garantissem a participação dos cidadãos<sup>19</sup>.

*Então, o controle social é a participação efetiva da população em todas as decisões tomadas, não só dentro da prefeitura, mas também, no estado e no próprio país. É uma maneira do povo estar com o poder público atuando junto na área da saúde [...].*

Segundo esse sujeito coletivo, a gestão da saúde se daria com a participação da população na tomada de decisões, dentro do espaço público denominado conselho, que sem dúvida se constitui em inovação institucional. Essa articulação entre sociedade civil e representantes do poder público possibilitaria às secretarias de saúde a percepção das necessidades da população.

*É a secretaria municipal, estadual e federal estar sentindo mais a necessidade de um povo... e um povo se organizando melhor para poder entender e discutir a questão do controle social.*

Esse discurso coaduna-se com o pensamento de Fleury et al.<sup>20</sup> ao enfatizarem que, com a proposta da descentralização, o melhor desempenho passa a ser entendido como um incremento da sensibilidade do governo em detectar e agir conforme as demandas da sociedade.

Por sua vez, o sujeito coletivo do grupamento B, que concentra a maior incidência de ideias centrais, explicaria o termo controle social pelo seu lado mais conhecido: a participação da sociedade civil na fiscalização do gasto público. Essa ideia se deve, por um lado, à busca de legitimidade por parte do próprio Estado para suas ações, fato

constatado no dia a dia do conselho de saúde, através do encaminhamento de demandas da gestão para análise e aprovação, como, por exemplo, o Relatório de Gestão, o Relatório Financeiro e o Acompanhamento da Execução Orçamentária. E, por outro, ao entendimento pela sociedade, de que a possibilidade de sucesso das políticas públicas está diretamente relacionada ao olhar atento sobre o destino do dinheiro público<sup>3</sup>.

*Então, controle social é você tá de olho, né! Através de instâncias como os conselhos, tanto nos gastos financeiros quanto nos serviços que são prestados à população.*

O discurso do grupamento C, expressa o entendimento do termo controle social como a efetiva participação da sociedade civil organizada com suas entidades e organizações no controle do Estado.

*O controle realmente pela sociedade, pela comunidade, de todos os entes públicos. É a sociedade ajudando na melhor prestação de serviços para que ela possa utilizar, é essa pró-atividade, né!*

Fica claro o papel determinante da sociedade em exercer o controle sobre as ações do Estado, ao invés de o Estado controlar a sociedade<sup>21</sup>.

*Ter um controle efetivo em todos os momentos, ser mais propositivo e não ser só pra aprovar as propostas que vêm do governo.*

Nesse sentido, esse discurso coletivo também percebe a necessidade de se avançar mais, de ser mais propositivo. Ou seja, para exercer de fato o controle sobre o Estado a sociedade precisa induzi-lo à ação<sup>3</sup>.

Para o sujeito coletivo do grupamento D, controle social seria entendido como o exercício de cidadania através da participação articulada de diversos atores sociais, interferindo no processo de formulação, fiscalização e regulação das políticas públicas.

*[...] vários atores sociais articuladamente buscam exercer sua cidadania participando da formulação, fiscalização e regulação no processo das políticas públicas. Assim, o controle social vem para resgatar um compromisso de ser fiscalizador de uma política pública que vá ao encontro dos anseios da população.*

Esse sujeito coletivo ao observar a participação através da construção das políticas públicas, a entende como uma estratégia de construção do Estado, cuja finalidade precípua seria a construção de uma política pública que atenda os anseios da população. Essa observação afina-se com a de Carvalho<sup>10</sup>, para quem os conselhos devem estabelecer uma agenda setorial, que seja parâmetro para a ação do Estado.

Entretanto, o sujeito coletivo do grupamento E expressa que o controle social, entendido como participação popular, deve-se limitar a uma participação no planejamento e direcionamento das ações de saúde, não se confundindo com a cogestão.

*O controle social é a participação popular juntamente com as outras instâncias, no planejamento e direcionamento das ações, não na cogestão.*

De acordo com Monteiro e Fleury<sup>22</sup> a prática de cogestão pública deve ser entendida como gestão compartilhada com a sociedade, visando a divisão do poder decisório. Desse modo, esse discurso poderia ser interpretado pela recusa do segmento gestor em partilhar o poder de decisão.

Por sua vez, o sujeito coletivo do grupamento F entende o controle social como ação de solidariedade realizada em favor do próximo e, dessa forma, o controle social é entendido como prática caritativa.

*É uma ajuda pro pessoal que depende do SUS. Pro pessoal que procura os postos de saúde. Nosso povo tá muito doente e carente! E, na hora que precisam do SUS... não têm a assistência necessária.*

Nesse contexto, o SUS é entendido como ação de filantropia contrariando a premissa da saúde como direito social e de cidadania. Se, por um lado, observa-se que a construção da Constituição Cidadã não foi capaz de reduzir as iniquidades sociais, por outro, caberia questionar se a cidadania não tem se restringido à igualdade jurídica e formal, não tendo alcançado o caráter transformador proposto pela reforma sanitária<sup>19</sup>.

Todavia, o sujeito coletivo do grupamento G recorre ao discurso constitucional saúde como direito de todos e dever do Estado<sup>23</sup> para dar significado ao controle social, que seria entendido como *o exercício da nossa cidadania em defesa dos nossos direitos*.

*Através do controle social, a gente vai saber quais são as dificuldades lá em baixo, lá na pontinha! Buscando fazer um trabalho em conjunto pra incorporar aquele que nem tá sabendo que tem direito!... nem tá sabendo como funciona!*

Nesse sentido, Vieira citado por Cohn<sup>24</sup>, afirma que a cidadania não pode ser mais vista como um conjunto de direitos formais, mas sim, como um modo de incorporação de indivíduos ao contexto social.

### A ação

As reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho municipal de saúde acontecem no auditório da Secretaria Municipal de Saúde e são

agendadas para às 14:00 horas. Na realidade, essas reuniões têm previsão de início para às 14:30 horas, pois esse intervalo é reservado aos informes gerais e, enquanto isso, se constata o *quorum* de maioria simples, necessário à abertura dos trabalhos. Todavia, o que se observa é o não comparecimento dos conselheiros no horário agendado, não permitindo o início da sessão por falta de *quorum*, o que acaba por prolongar em demasia os informes gerais com discursos maçantes e de interesse restrito.

Quando da verificação do *quorum*, muitas vezes depois das 15:30 horas, se procede à abertura da sessão com os informes da mesa diretora. Mesmo com o plenário esvaziado pela ausência de vários conselheiros, as conversas paralelas atrapalham o desenrolar dos trabalhos, exigindo paciência de quem conduz a sessão e daqueles espectadores realmente interessados em participar da plenária. Esses problemas são percebidos pelos conselheiros que chegam a pedir a palavra para questionar sobre o real interesse em participar.

*Falta interesse em participar! Ficam atravancando o funcionamento... existem mais de 800 pessoas capacitadas para o controle social, sobre o quorum somente às 15:30 horas* (Diário de campo, reunião extraordinária, 09/07/2009). *Os conselheiros não estão disponíveis e nem dispostos [...] as coisas deixam a desejar* (Diário de campo, reunião extraordinária, 30/07/2009).

A pauta das reuniões é na maioria das vezes apresentada com uma exposição técnica e, depois, mediante inscrições, a discussão é aberta ao plenário. Invariavelmente as discussões se tornam mais acaloradas, pois os conselheiros têm dificuldades em aceitar a opinião do outro, as diferentes interpretações e posicionamentos possíveis para as questões em pauta.

Somado a isso, a existência de tensões entre os segmentos acaba por transformar o plenário em um verdadeiro campo de batalhas. Conselheiros falando alto e ao mesmo tempo expõem um latente conflito entre os segmentos usuário e trabalhador. Ou então, uma composição entre esses segmentos contra o do gestor.

*Essas discussões não levam a nada* (Diário de campo, reunião extraordinária, 09/07/2009). *O conselho é ineficaz. As coisas não funcionam. É tudo bláblá* (Diário de campo, reunião extraordinária, 30/07/2009). *Questiono para encontrar respostas... entendo o lado do usuário que precisa ser atendido com respeito. Entendo, também, o trabalhador que tem seus direitos desrespeitados com salários aviltantes. Os conselheiros precisam se unir por bem da saúde. Não penso que a participação*

*seja bláblá [...] Precisamos somar esforços para fazer o melhor.* (Diário de campo, reunião extraordinária, 30/07/2009).

A ausência do segmento gestor é motivo de indignação para os usuário e trabalhador. Na grande maioria das reuniões do CMSBH, o segmento gestor esteve presente apenas na Mesa Diretora.

*O conselho está enfraquecido politicamente* (Diário de campo, reunião extraordinária de 30/07/2009).

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, à época da pesquisa, vivia um período de transição. Na realidade, a mudança ocorria na própria Secretaria Municipal de Saúde, com reflexos no conselho. Uma nova gestão, dentro da esperada alternância democrática, assumia o comando em janeiro de 2009, resultando em uma alteração política e gerencial.

Avritzer et al.<sup>25</sup> ao questionarem os representantes do governo, nos vários Conselhos de Políticas de Belo Horizonte, sobre as dificuldades para a participação, obtiveram como resposta preferencial (73,8%) a opção “Falta de tempo devido ao acúmulo de funções”. E, desse modo, a participação na instituição Conselho Municipal de Saúde não foi priorizada, o que na visão dos atores sociais seria interpretado como falta de compromisso do governo, devido à ausência às reuniões e a valorização deste espaço<sup>25</sup>.

Diante dessa dificuldade, o segmento gestor utiliza-se do mecanismo regimental que possibilita a troca de seus representantes a qualquer tempo, e o faz com a finalidade de garantir uma participação mais efetiva. Côrtes<sup>18</sup> ressalta que os atores estatais são decisivos na definição das condições de funcionamento dos conselhos. A configuração das relações entre atores estatais e sociais define, em grande medida, o papel institucional que os conselhos podem ter no contexto da política de saúde<sup>18</sup>.

Os conselheiros de saúde possuem uma percepção própria da sua prática cotidiana no exercício do controle social que, ao contrário do que afirma Cohn<sup>24</sup>, conseguem diferenciar bem comum de interesse comum.

*Não foi feito controle social. Foi feito controle pessoal* (Diário de campo, plenária de usuários, 12/08/2009). *Será que todos que estão aqui estão desinteressados* (Diário de campo, reunião extraordinária, 30/07/2009). *Conheço as dificuldades..., mas deparo com os interesses pessoais... estou decepcionado* (Diário de campo, plenária de usuários, 12/08/2009). *A vaidade pessoal e o interesse pessoal sobrepõem aos interesses dos usuários da*

*ponta* (Diário de campo, plenária de usuários, 12/08/2009).

Entretanto, a percepção dos conselheiros sobre sua própria atuação, ao privilegiarem o “controle pessoal” frente ao compromisso com o exercício da cidadania, através do controle social, ainda não induz a uma mudança de postura. Prevalence a dimensão particularista citada por Cohn<sup>24</sup>.

*Qual é o critério de escolha para as viagens? A participação precisa de regras* (Gravação da reunião ordinária, 07/05/2009). *Os conselheiros estão interessados só em viajar [...]. As viagens são necessárias. O conselho participou de votações importantes, como por exemplo, a de Fundações Estaduais.* (Diário de campo, plenária dos usuários, 16/06/2009).

As viagens dos conselheiros cuja finalidade precípua deveria ser o aprendizado através do acúmulo de experiências como a participação em congressos, Fórum Social Mundial, votações em Brasília, marcha pelo SUS, acabam se desvirtuando frente aos interesses do ‘controle pessoal’. Assim, constata-se que a desigualdade social e a econômica acabam por fortalecer uma maior aproximação entre esse “controle pessoal” e a gestão do Estado<sup>24</sup>.

Essa breve análise identificou os significados do termo controle social por meio da prevalência da expressão Participação da Sociedade. No entanto, constatou-se que o discurso apresentado por esses sujeitos coletivos não corresponde necessariamente à ação, observando-se, de fato, uma tensão entre o discurso de Participação da Sociedade e uma ação participativa fragilizada e esvaziada.

Dessa maneira, as dificuldades relacionadas à fragilidade da vida associativa são percebidas na ausência dos conselheiros, demonstrando fragilidade no vínculo, o que acaba por resvalar também na questão da legitimidade da representação. O processo de discussão é prejudicado por uma cultura política que tem dificuldades em reconhecer e respeitar o outro como cidadão. Além disso, constata-se a necessidade de capacitação técnica e política dos conselheiros, sociais e estaduais, visando uma intervenção mais argumentativa<sup>3</sup>. A impermeabilidade à participação caracterizada pela falta de compromisso do governo (ou de tempo)<sup>25</sup> devido à ausência às reuniões precisa ser superada. E isso se dá na postura de governantes sensíveis a um modelo de gestão que amplie o espaço público para a participação da sociedade<sup>7</sup>, e a mudança de postura pode ocorrer em uma mesma gestão governamental. A defesa de interesses corporativos e clientelistas é

evidenciada na expressão “controle pessoal”, chamando a atenção para a necessidade de um debate público sobre as questões procedimentais que envolvem a construção institucional desse espaço<sup>14</sup>.

### A reação

A compreensão do conceito ressignificado de controle social pelos conselheiros, a significativa experiência acumulada nas duas décadas de existência desse fórum e, sobretudo, a percepção sobre sua própria atuação, ao privilegiarem o “controle pessoal” frente ao compromisso com o controle social não induziria a uma reação? Passados três anos da realização da pesquisa, seria possível detectar a existência de mecanismos de reação do conselho de saúde visando minimizar ou até mesmo superar as dificuldades observadas e relatadas?

No sentido de responder a essas questões foram analisadas as atas, as resoluções e o Conselho no período de vigência da gestão 2010/2012, que corresponde à gestão subsequente à do conselho analisada na pesquisa inicial.

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a cada dois anos, passa por um processo de renovação de seus 72 membros, entre efetivos e suplentes. Nesse sentido, publicou um chamamento público<sup>26</sup> visando sua renovação. Foram convidadas as associações de portadores de deficiências e patologias crônicas, entidades do movimento sindical do setor produtivo e de serviços, entidades do movimento popular e comunitário, entidades de mulheres, entidades de aposentados, prestadores de serviço de saúde público, filantrópico e privado, entidades formadoras de recursos humanos na saúde, entidades sindicais gerais de trabalhadores da saúde e entidades sindicais de categorias da saúde para participarem do processo de escolha dos conselheiros municipais para o período de 2010/2012. Esse processo foi conduzido por meio de uma comissão eleitoral, paritariamente constituída e eleita em plenário.

Essa iniciativa foi publicada em um jornal de grande circulação de Belo Horizonte<sup>26</sup> e, também, veiculada no Jornal do Ônibus – veículo de comunicação da prefeitura que divulga mensagens de interesse público, sem cunho político ou comercial, para aproximadamente 1,5 milhão de pessoas/dia.

Coelho<sup>14</sup> já havia alertado para a necessidade de se pressionar pela democratização, chamando a atenção para a importância de formalizar e

divulgar os procedimentos de escolha dos representantes desse fórum.

Nesse sentido, para a renovação da gestão 2010/2012, ou seja, para a escolha de novos conselheiros para o período de 2012/2014 o conselho aprovou uma resolução<sup>27</sup> formalizando e ampliando o processo de democratização. Para tanto, fez incluir no edital de chamamento público os conselhos distritais e as comissões locais de saúde. Assim, o CMSBH articula um processo de eleições uniforme, sob sua supervisão e pressionando pela renovação, mas garantindo aos conselhos distritais e às comissões locais a responsabilidade pela execução do seu respectivo processo eleitoral.

A construção de um processo eleitoral robusto é um mecanismo fundamental no sentido de se legitimar a representação. Entretanto, esse mecanismo precisa ser complementado por outro que estimule a participação da diversidade de sujeitos existente na sociedade. Essa participação só será possível quando a sociedade, em sua diversidade, tiver o aporte de conhecimentos que promovam não só a sua efetiva participação, mas, principalmente, o gosto em participar.

Dessa forma, constatou-se que o CMSBH vem se empenhando na realização de cursos de capacitação, por ele nomeado, Oficinas de Qualificação para o Controle Social, que tem como mote a expressão: “venha exercer sua cidadania”. Como observa Dallari<sup>28</sup>, a cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Assim, as oficinas têm como prioridade a formação de novos conselheiros nas comissões locais de saúde, fornecendo conhecimentos e partilhando experiências para que possam, de fato, exercer a participação e a representação nos processos políticos que envolvem a saúde.

As discussões abordando o tema da reestruturação da organização e do processo de trabalho tiveram seu início em novembro/2010 com a criação de uma comissão para revisão do Regimento Interno do conselho. Essa agenda foi intermediada pela Promotoria da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais<sup>29</sup>. O trabalho da comissão consistia na apresentação de uma proposta para um novo regimento interno e contou, inclusive, com assessoria jurídica. O prazo para a elaboração da proposta era de 120 dias e as discussões abrangiam o aumento do número de conselheiros, a incorporação de resoluções ao regimento visando a modernização das regras que normatizam o conselho<sup>30</sup>, o estabelecimento de critérios objetivos para a distribuição de vale-

refeição e a participação em viagens, entre outras. Contudo, a comissão que foi reconduzida e ampliada por mais um período, objetivando a conclusão dos trabalhos, foi extinta antes que isso ocorresse. Paliativamente, na tentativa de minimizar as lacunas, o conselho aprovou resoluções sobre alguns desses temas<sup>31</sup>.

Dessa maneira, observa-se por um lado o esforço do próprio conselho, ainda que amparado pelo Ministério Público, em fazer avançar as discussões que envolvem as questões regimentais desse fórum. Por outro, fica claro a falta de maturidade política do conselho para encarar o desafio de construir regras para a participação, ou seja, de se autorregular. E ainda, a prevalência do *corporativismo*<sup>30</sup> dentro do CMSBH que privilegia o interesse comum frente ao bem comum.

Na visão de Reis e Arantes<sup>32</sup>, as instituições concebidas para exercer controle transformam-se elas mesmas em objeto de atenção devido ao poder que exercem sobre outrem. Assim, o paradoxo do exercício simultâneo do poder e de sua contenção se faz presente e a análise se volta para os efeitos da participação direta de alguns sobre os interesses de parcelas mais amplas da sociedade. E é assim, em um exercício de aproximação, que conselhos de políticas públicas começam a ser tomados como instituições políticas formais<sup>32</sup>.

Por fim, verifica-se que o CMSBH amplia seu leque de discussões ao se associar ao Projeto Manuelzão – projeto de extensão da Universidade Federal de Minas Gerais, que busca a revitalização da bacia hidrográfica do rio das Velhas – visando à efetivação do controle social das políticas ambientais. Nesse sentido, aprovou uma resolução<sup>33</sup> que solicita ações mais efetivas por parte da Secretaria Municipal de Meio Ambiente visando à revitalização das bacias hidrográficas da cidade. Desse modo, ao exercer a intersectorialidade, o conselho faz valer o conceito ampliado de saúde, ao mesmo tempo em que viabiliza a intervenção nas situações sociais determinantes da saúde, assegurando uma maior efetividade da política pública.

### Considerações finais

Na perspectiva da modernização reflexiva de Beck<sup>34</sup>, o desconhecimento é uma das faces do conhecimento. Dessa maneira, os conselheiros de saúde possuiriam um conhecimento especializado sobre os significados do controle social que ainda não se transformou na prática social esperada, em função do desconhecimento intrínseco e constitutivo do próprio conhecimento. Nesse

sentido, esse desconhecimento é resultado de um conflito entre o conhecimento e as múltiplas racionalidades, sendo traduzido em suas consequências indesejáveis.

Assim, por exemplo, observamos as omissões arbitrárias, ou seja, um conhecimento que não está disponível para a quebra das corporações. A limitação do próprio conhecimento demonstrado pela repetição de um discurso. Ou mesmo, um conhecimento equivocado, que entende o controle social apenas como ação de solidariedade. Entretanto, como observa o autor, não se trata de um fracasso, mas sim, de um conhecimento potencial<sup>34</sup>.

Em meio a uma ação participativa fragilizada e esvaziada, percebe-se que a partir da indisponibilidade do segmento gestor os demais se agregam na reivindicação por mais participação. Dessa forma, a construção e reconstrução das relações sociais entre os segmentos provoca a vinda do segmento gestor para dentro deste fórum, gerando uma conjuntura favorável à mobilização. Esse processo de articulação entre os atores

sociais e estatais tem por consequência o fortalecimento da instituição conselho.

Nesse contexto, a instituição política Conselho Municipal de Saúde, reflexivamente, aciona diversos mecanismos visando aprimorar seus modos de ação e organização e, também, o comprometimento dos atores para com esse fórum. Assim, os fatores socioculturais históricos, percebidos no cotidiano como obstáculos ao bom funcionamento dos conselhos, têm a possibilidade de serem minimizados. Ainda que um cenário de incertezas e resistências se imponha, já se constata o desejo de mudança, que amparado na instituição Ministério Público, não sob sua tutela, mas por meio de uma parceria, permite vislumbrar o salto de qualidade, tão necessário ao desenvolvimento de uma instituição participativa.

Afinal, como acredita Santos<sup>35</sup>, os conselhos, caso sejam de fato representativos da sociedade, utilizando ações afirmativas para sua composição, promovendo processos de troca de conhecimento e facilitando a intersectorialidade podem fazer a verdadeira reforma do Estado.

### Colaboradores

AMC Oliveira trabalhou na concepção, coleta e análise de dados e redação do artigo; AMZ Ianni colaborou na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada; SG Dallari foi a orientadora, colaborando também na revisão crítica e na aprovação da versão a ser publicada.

## Referências

1. Escorel S. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Saude Debate* 2008; (43):23-28.
2. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.
3. Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E, organizadora. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra; 2002. p. 47-103.
4. Gurza Lavalle A, Isunza VE. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. *Lua Nova* 2011; 84:353-364.
5. Gurza Lavalle A, Houtzager PP, Acharya A. Lugares e atores da democracia: arranjos institucionais participativos e sociedade civil em São Paulo. In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências do Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34; 2004. p. 255-367.
6. Moreira ML. Consolidação dos conselhos municipais de saúde depende de superação dos desafios. *Agência Focruz de Notícias* 2007; 24 jul.
7. Andrade IAL. Participação política não eleitoral ou partidária: associações, conselhos e orçamento participativo. In: Martins CB, Lessa R, coordenadores. *Horizontes das ciências sociais no Brasil: ciência política*. São Paulo: ANPOCS; 2010. p. 379-400.
8. Gohn MG. Associativismo civil, conselhos de gestão na saúde e as cidades brasileiras. In: Rassi Neto E, Bógus CM, organizadores. *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: OPAS; 2003. p. 41-65.
9. Dallari SG, Adorno RCF, Faria MM, Shuqair NSM-SAQ, Trewikowski S. O direito à saúde na visão de um conselheiro municipal de saúde. *Cad Saude Publica* 1996; 12(4):531-540.
10. Carvalho AI. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury S, organizadora. *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. Rio de Janeiro: Lemos editorial; 1997. p. 93 -111.
11. Alvarez MC. Controle social: notas em torno de uma ação polêmica. *São Paulo Perspect* 2004; 18:168-176.
12. Correia MVC. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
13. Stotz EN. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saude Debate* 2006; 30(73/74):149-160.
14. Coelho VSP. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências do Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34; 2004. p. 255-267.
15. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos*. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
16. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo [software de apoio a pesquisas quali-quantitativas, com base na teoria]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
17. Vitoria CG, Knauth DR, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo editorial; 2000.
18. Côrtes SMV. Introdução: atores, mecanismos, e dinâmicas participativas. In: Côrtes SMV, organizadora. *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 19-39.
19. Lobato LVC. Apresentação. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 7-12.
20. Fleury S, Carvalho AI, Manotas N, Bloch R, Nevarres S. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. *Rev Adm Publica* 1997; 31(5):1-15.
21. Labra ME. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 176-203.
22. Monteiro MG, Fleury S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. *Saúde Debate* 2006; (30):219-233.
23. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
24. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito. *Cien Saude Colet* 2003; 8(1):9-18.
25. Avritzer L, Almeida DR, Silva KJO. *Repensando os mecanismos participativos de Belo Horizonte: representação, capacitação e intersectorialidade [Relatório final]*. Belo Horizonte; 2010.
26. Chamamento público para a renovação do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Jornal Hoje em Dia* 2010; 24 mai. p. 4.
27. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Resolução 321/12 Edital de chamamento público*. Belo Horizonte: CMSBH; 2012.
28. Dallari D. *Direitos Humanos e Cidadania*. São Paulo: Moderna; 1998.
29. Oliveira AMC, Pereira PCM. Uma estratégia para a formulação das políticas de saúde. *Pensar BH/Política Social* 2011; 28:38-41.
30. Balanço de gestão. *Consaúde Jornal do Conselho Municipal* 2012; jul. p. 8-10
31. Belo Horizonte. Conselho Municipal de Saúde. *Resolução 319/12*. Belo Horizonte: CMSBH; 2012.

32. Reis BPW, Arantes RB. Instituições políticas e controles democráticos: o paradoxal exercício simultâneo do poder e de sua contenção. In: Martins CB, Lessa R, coordenadores. *Horizontes das ciências sociais no Brasil: ciência política*. São Paulo: ANPOCS; 2010. p. 241-270.
33. Belo Horizonte. Conselho Municipal de Saúde. *Resolução 318/12*. Belo Horizonte: CMSBH; 2012.
34. Beck U. Conocimiento o desconocimiento? Dos perspectivas sobre la modernización reflexiva. In: Beck U. *La sociedad del riesgo global*. Amor, violencia, guerra. Madrid: Siglo XXI; 2006. p. 173-210.
35. Santos BS. *Participação social na democracia de alta intensidade*. [página na Internet] jun 2012 [acessado 2012 ago 17]. Disponível em: <http://assiste.serpro.gov.br/artsocial/>

---

Artigo apresentado em 09/01/2012

Aprovado em 10/10/2012

Versão final apresentada em 04/11/2012