

## **Avanços e limitações dos espaços de participação cidadã: institucionalização do sistema único de saúde em um conselho municipal brasileiro**

Advances and limitations of spaces for citizen participation: institutionalization of the single health system in a Brazilian municipal council

Fecha de recepción: 15 de marzo de 2018

Fecha de aceptación: 10 de enero de 2020

*Paula Belgo Moraes\**

*Gustavo Melo Silva*

### **RESUMO**

O sistema público de saúde foi objeto desta pesquisa, especificamente, a partir dos espaços de participação cidadã instituídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um município brasileiro. Esta política foi analisada por meio de um espaço social para compreensão da institucionalização dos princípios constitucionais, por meio da observação de assembleias, análise de atas e documentos de um conselho municipal e da análise da fala de conselheiros. A teoria institucional sociológica foi o instrumento teórico de suporte para análise do sistema de cogestão e de controle social tripartite das políticas de saúde composto por governo, profissionais e usuários do Conselho Municipal de Saúde (CMS). As evidências indicam avanços significativos de institucionalização da participação e controle social das políticas setoriais de saúde no município e limitações na construção do processo de empoderamento dos conselheiros sobre a efetividade dos princípios constitucionais do SUS e de aumento da participação no espaço cidadão instituído na organização social do município.

**PALAVRAS-CHAVE:** Espaços Públicos, Participação Cidadã, Política de Saúde, Conselho Municipal, Teoria Institucional.

### **ABSTRACT**

The public health system was the object of this research, specifically, from the spaces of citizen participation instituted by the Unified Health System (SUS) in a Brazilian municipality. This policy was analyzed through a social space for understanding the institutionalization of constitutional principles, by observing assemblies, analyzing minutes and documents of a municipal council, and analyzing the speech of counselors. The sociological institutional theory was the theoretical support instrument for analysis of the system of co-management and tripartite social control of health policies composed of government, professionals and users of the Municipal Health Council (CMS). Evidence indicates significant advances in the institutionalization of participation and social control of sectoral health policies in the municipality and limitations in building the process of empowerment counselors on the effectiveness of the constitutional principles of sus and increasing participation in the citizen space established in the social organization of the city.

**KEY WORDS:** Public Spaces, Citizen Participation, Health Policy, City Council, Institucional Theory.

\*Universidade Federal de Lavras (UFLA), Brasil. Correo-e de contacto: paulabelgomoraes@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O sistema público de saúde brasileiro passou por diversas transformações. O marco inicial foram as reformas da Medicina Social, ainda no período colonial, seguida pela criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPS), Instituto de Assistência aos Pensionistas (IAP), a Insurreição Tenentista, a Reforma 1930, Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), as Reformas Sanitarista, entre outras fases, até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CNSS, 2011).

O SUS foi criado por meio da Lei nº. 8080 de 1990 (CCPR, 1990a) com a proposta de universalização e integralização do acesso a saúde. Antes do SUS, conforme Silva (1996), a saúde pública brasileira era formatada por ações restritas e dirigidas a uma classe claramente definida. O formato da política de saúde brasileira, e de outras políticas sociais, foi fundamental para a consolidação de uma ordem interna de mercado, atendendo, nesse sentido, à mesma lógica que tem motivado a atuação de outros países que optaram, tardiamente, pelo capitalismo industrial.

Alguns dos avanços da participação social nas políticas sociais acabaram por resultar em preceitos constitucionais que findaram na aprovação do sus, e de um sistema de gestão e de controle social tripartite das políticas de saúde composto por governos, profissionais e usuários. Com os avanços inseridos na Constituição Federal (CF) de 1988, a grande maioria das políticas sociais brasileiras passou a contar com espaços institucionalizados de participação social, efetivados por meio de órgãos administrativos colegiados com representantes da sociedade civil e do poder público (Rocha, 2008). Estes espaços cidadãos foram instituídos por meio de conselhos deliberativos. Especificamente na saúde pública brasileira, de acordo com Avritzer (2008),

um dos seus elementos mais importantes foi a sanção expressa na suspensão da transferência de recursos públicos federais para municípios que não comprovassem a participação popular nas deliberações da saúde pública.

Os Conselhos de Saúde se tornaram o principal espaço para o exercício dos princípios da participação e do controle social. Conforme Rocha (2008), a inserção de espaços de participação no arranjo constitucional das políticas sociais brasileiras introduziu novos valores democráticos e maior transparência e controle social. Entretanto, pesquisas realizadas (Avritzer, 2008; Carvalho, 2013; Silva, 1996; Rocha, 2008) não contribuíram com evidências da efetividade do controle social, conforme preconizado por Deus e Milani (2014), no nível de governos municipais. Especificamente, por meio da compreensão de como os princípios constitucionais do sus emergem nas atividades político-administrativas dos Conselhos Municipais de Saúde e no discurso de seus conselheiros. Para tanto, sob a luz da teoria institucional sociológica, foi realizada uma pesquisa empírica por meio da observação das reuniões e pesquisa em pautas e atas do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei (MG) e de entrevistas com conselheiros assíduos nas assembleias do ano de 2015. Diante das possibilidades de pesquisa existentes, a questão problema aqui desenvolvida foi: como os princípios do SUS estão institucionalizados nas assembleias do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei (MG) e no discurso de seus conselheiros no ano de 2015?

O objetivo geral foi analisar como os princípios do sus foram institucionalizados nas assembleias e pelos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de São João del-Rei no ano de 2015. Para tanto, foi necessário o desenvolvimento de objetivos específicos que proporcionaram a análise da institucionalização dos princípios do SUS, por meio do processo deliberativo das assembleias do CMS

de São João del-Rei e do discurso de conselheiros assíduos nas reuniões no ano de 2015.

### **SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A saúde pública brasileira percorreu diversas fases, que modificaram significativamente as direções das ações públicas em saúde (Nunes, 2008). Ao se referir ao SUS, Silva (1996) atenta que, transcendendo aos limites de uma simples reforma administrativa, este sistema introduziu profundas mudanças na concepção das ações de saúde, buscando um modelo de atenção integral calçado na promoção e proteção, objetivando a redução dos fatores de risco causadores de doenças e agravos.

#### ***Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização municipal e o espaço de participação social***

Conforme Carvalho (2013), as transformações proporcionadas pelo sus foram alicerçadas em seus diferenciais que podem ser sintetizados na saúde preventiva presente em seus objetivos e nos princípios e diretrizes sob os quais foi criado. Os princípios do SUS instituídos pela Constituição Federal (CF) de 1988 foram a universalidade, integralidade, equidade, controle e participação social (Carvalho, 2013). Portanto, conforme Avritzer (2008), a sociedade brasileira obteve com sua carta Magna de 1988 uma proposta de um sistema unificado de saúde, descentralizado e com participação popular. De acordo com Carvalho (2013), a característica essencial deste sistema de saúde, diz respeito ao artigo 196 da CF de 1988, em que a saúde é definida como um direito do cidadão e um dever do Estado.

Conforme Guimarães e Giovanella (2004), a transição para o sus foi marcada por descontinuidades

e fragilidades na definição das funções de coordenação, o que acabou por acentuar os processos de competição entre esferas de governo. Com o avanço da descentralização predominaram capacidades de gestão local em relação às possibilidades de melhoria de atributos do sistema como um todo. No cenário de implantação do SUS a prevalência da municipalização acentuou a fragmentação e o isolamento das ações e serviços de saúde, resultando no efeito inesperado de dificultar a integração do sistema e a integralidade da atenção, com a realidade de situações de competição entre esferas de governo prevalecendo sobre as de cooperação (Guimarães e Giovanella, 2004).

A descentralização é uma estratégia que reforça a autonomia e responsabilidade de cada ente governamental. Entretanto, o alcance da integralidade depende da articulação dos sistemas municipais de atenção em redes regionais (Guimarães e Giovanella, 2004). No SUS a ideia de participação social está associada ao controle social e, portanto, diretamente ligada a perspectiva democrática de atuação. Para Rolim, Cruz e Sampaio (2013), o SUS é a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios.

Conforme Andion e Serva (2004), o ano de 1985 foi um marco decisivo na história recente do país. A adoção da nova Constituição promoveu uma série de mecanismos no sentido de promover a descentralização da ação governamental e de atualização de normas jurídicas com o reconhecimento de direitos. Esse processo desencadeou o processo de municipalização da gestão pública concedendo maiores poderes aos municípios. Um dos aspectos fundamentais da descentralização foi a criação de Conselhos Municipais em várias áreas de interesse público, tais como educação, saúde, ambiente, entre outros que promovem a participação da sociedade civil na resolução de questões antes restritas somente à intervenção da burocracia estatal (Andion e Serva, 2004).

Segundo Avritzer (2008), o Brasil no início do século XX era um país de baixa propensão associativa e poucas formas de participação da população de baixa renda. Já no final do século passado existia um país com práticas participativas, que atingiu também o contexto da saúde pública. A Constituição Federal brasileira de 1988 foi um marco político-institucional que estabeleceu novos princípios para as políticas sociais. Embora já houvesse algumas formas de participação social, somente a partir dela, especialmente a partir dos anos de 1990, é que se observou a proliferação das instâncias de participação dos governos locais, dentre elas os conselhos municipais (Brasil *et al.*, 2012). Em dezembro de 1990 surgiu a Lei 8.142 que instituiu os conselhos na área de saúde. Estes foram resultado da convergência de concepção de dois movimentos importantes, o sanitarista e o popular da saúde (Avritzer, 2008).

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS). Presente em cada esfera de governo integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O conselho atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (CNS, 2003).

O Conselho de Saúde, conforme a Lei nº. 8142 de 1990 (CCPR, 1990b), atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Sua composição se dá em todas as esferas do governo, seja federal, estadual e municipal, e sua formação é indispensável. Os Conselhos devem ser compostos, de acordo com a CF de 1988, pela seguinte proporção de representantes: 25% de governo, prestadores de serviços públicos, privados e filantrópicos; 25% de profissionais de saúde; e 50% de usuários do serviço de saúde pública (Silva *et al.*, 2012).

Segundo Brasil *et al.* (2012), embora as instâncias participativas não sejam o único caminho para a participação social, as características e arranjos institucionais podem propiciar ou dificultar a amplitude e qualidade da participação e da deliberação, assim como aprimorar os mecanismos de representação no interior de tais espaços. Para Avritzer (2008), os arranjos participativos no caso dos Conselhos de políticas públicas, em especial dos Conselhos de Saúde, expõem a dependência da existência de uma forte organização da sociedade civil no município, assim como da vontade política dos governantes. Os Conselhos de Saúde também se diferenciam das demais práticas participativas pela existência de sanções ao orçamento público municipal, com a evidenciação de falhas na implementação (Avritzer, 2008).

Conforme Brasil *et al.* (2012), para a análise da esfera participativa no âmbito do município torna-se necessária a compreensão em uma perspectiva institucional. As origens da teoria institucional remontam ao século XIX, por meio de uma síntese esclarecedora da emergência e desenvolvimento dessa abordagem nas ciências sociais, principalmente na ciência política, economia e sociologia.

### ***Organizações e o institucionalismo sociológico***

A análise das organizações não tem como vertente única a perspectiva burocrática racional, mas também existe, conforme Selznick (1971), uma perspectiva institucional que enfatiza o caráter das instituições como atores que agem estrategicamente no cenário do ambiente social. As organizações são contextos de ação instrumental e as instituições são organismos vivos, consequências históricas que escapam aos possíveis desígnios pragmáticos de seus criadores e adquirem vida própria (Paixão, 1997). Para uma compreensão mais clara e objetiva dos

termos organizações e instituições devemos, conforme Paixão (1997), distingui-los sociologicamente. As organizações têm como propósito instrumentos racionais de implementação de objetivos privados, que são consequência da adaptação oportunista a interesses internos e externos lideradas pelo administrador. As instituições têm como propósito totalidades orgânicas infundidas de valores decorrentes do intercâmbio entre organização e meio ambiente social, que são consequência de transformação de práticas espontâneas, conforme regras formalizadas de desenvolvimento de composição social que prezam sua existência, tornando-se fontes de identidade individual para seus participantes e deixando de ser instrumentos racionais para se tornarem realidade simbólica liderada.

A possibilidade e interesse de observação da ação organizacional e social ocorrem como fenômeno presente nas organizações que demandam alternativas para a solução de problemas e redução de incertezas. Tais alternativas são operacionalizadas por meio da análise de processos decisórios que emergem da interação das organizações com seus ambientes sociais. Portanto, a sociologia das organizações discute, além de rotinas e relações intraorganizacionais, fatos institucionais, inclusive organizações burocráticas que passam por processos sociais em que o resultado é a institucionalização organizacional. Conforme Prates (2000), as instituições devem ser compreendidas na esfera primária dos indivíduos, portanto a esfera da vida cotidiana e não somente do indivíduo anônimo maximizador.

A perspectiva institucional da teoria organizacional, no entanto, tem dois momentos em seu processo de construção analítica: o velho e o novo institucionalismo. Conforme Prates (2000), por um lado, o velho institucionalismo considerou a organização não somente como instrumento, mas como coalizão governada por múltiplas racionalidades e autoridades, ao invés de, simplesmente, um sistema unificado de coordenação.

Por outro lado, o novo institucionalismo considerou que o cálculo racional é provido de dimensões cognitivas e culturais que caracterizam a organização institucionalizada. E nesse contexto analítico, quanto mais institucionalizada a organização, maior a congruência entre os objetivos das ações dos indivíduos e das instituições, que se fundem na interação social da vida cotidiana (Prates, 2000).

As contribuições do institucionalismo no campo da sociologia organizacional partem inicialmente de uma perspectiva de que a instituição é resultado da construção social da realidade. A vida cotidiana apresenta-se como realidade interpretada pelos indivíduos e subjetivamente dotada de sentido para eles à medida que forma um mundo coerente, um roteiro de caráter intencional comum de toda consciência, que se manifesta em realidades do cotidiano desses indivíduos, que estão continuamente em interação e comunicação. As rotinas da vida cotidiana não sendo interrompidas são aprendidas como não problemáticas. A interação social, por sua vez, possui várias tipificações, que se tornam progressivamente anônimas à medida que se afastam da relação pessoal entre os indivíduos. O conhecimento da vida cotidiana é socialmente distribuído, não se restringindo às relações entre dois indivíduos, mas diferentemente por diversos indivíduos e tipos de indivíduos (Berger e Luchmann, 1990).

Para Machado-da-Silva, Fonseca e Crubellate (2005) e Carvalho, Vieira e Goulart (2012), a abordagem institucional, sob as adjetivações de velho ou novo institucionalismo, tem sido explorada em três diferentes vertentes: a política, a econômica e a sociológica, e que tem oferecido subsídios para o entendimento de fenômenos sociais em seus respectivos âmbitos de conhecimento.

Em síntese, tanto o velho quanto o novo institucionalismo afirmam que a institucionalização representa um processo de desenvolvimento organizacional sustentado na busca de estabilidade, legitimidade e, se possível, mais eficiência com a canalização dos

comportamentos, compromissos e lealdades para com os fins organizacionais. Entretanto, esse processo de desenvolvimento organizacional não elimina a forma burocrática, inclusive ele só pode ser observado em ações racionais de formalização, profissionalização, estabelecimentos de rotinas, de impessoalidade e de divisão entre trabalho dirigente e trabalho dirigido, que caracterizam a organização ideal weberiana.

Para compreensão mais coerente e explícita da ideia sociológica de instituição, vamos recorrer a Prates (2000: 91), que a define como:

[...] valores e normas sociais estáveis que impõem restrições às alternativas de ação ou estabelecem “scripts” e rotinas comportamentais adequadas a contextos específicos de interação social. A ideia central do conceito sugere dois aspectos importantes. Primeiro, é o de que instituições reduzem a incerteza no contexto da interação social e, o segundo, aponta para o caráter legítimo, para a sociedade maior, do sistema de valores e normas que constituem a instituição.

Para Peci (2006), as regras institucionalizadas são distintas de comportamentos sociais predominantes levando em conta que as regras institucionalizadas são definidas como classificações construídas pela sociedade ou interpretações compartilhadas. Para Tolbert e Zucker (2008) a institucionalização é uma tipificação de ações tornadas habituais por tipos específicos de atores. Nesse sentido, ações em hábitos são referentes a comportamentos e esses comportamentos são adotados por indivíduos ou grupos de atores dispostos a resolver conflitos.

De acordo com Carvalho, Vieira e Goulart (2012), a institucionalização é definida como um processo que ocorre numa organização ao longo do tempo, refletindo suas peculiaridades históricas, construídas pelas pessoas, pelos grupos, pelos interesses criados e pela maneira pela qual mantêm relacionamento com

o ambiente. Porém, com o surgimento da nova versão do institucionalismo sociológico, a institucionalização passou a ser definida, por essa corrente, como um processo social pelo qual obrigações ou circunstâncias assumem o status de norma no pensamento e na ação social. As organizações respondem a influências do ambiente, além das variáveis concretas, como tecnologia e tamanho, mas também valores, crenças e mitos compartilhados. Nessa perspectiva institucional, o ambiente representa também fonte e destino de recursos simbólicos (Carvalho, Vieira e Goulart, 2012).

Para Hall e Taylor (2003), o institucionalismo sociológico possui características que lhe conferem originalidade. Essa corrente define as instituições de maneira mais global incluindo não só as regras, procedimentos ou normas formais, mas também os sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais que fornecem “padrões de significação” que guiam a ação humana. Assim, rompem a dicotomia conceitual que opõe instituições e cultura, levando-as à interpenetração. Também inova quando tende a redefinir a cultura como sinônimo de instituições, afastando-se de concepções que associam a cultura às normas, às atitudes afetivas e aos valores, para aproximar-se de uma concepção que considera a cultura como uma rede de hábitos, de símbolos e de cenários que fornecem modelos de comportamento (Hall e Taylor, 2003).

Concentrando-se no modo como as instituições influenciam o comportamento ao fornecer esquemas, categorias e modelos cognitivos que são indispensáveis à ação, o institucionalismo sociológico possibilita interpretação do mundo e do comportamento dos outros atores. Os institucionalistas sociológicos sustentam que, diante de uma situação o indivíduo deve encontrar um meio de identificá-la e de reagir a ela, e que os cenários ou modelos inerentes às instituições oferecem meios de resolver algumas dessas tarefas. Também sustentam que as organizações adotam com frequência uma nova prática institucional

não por razões de eficiência, mas pelo reforço que oferece à sua legitimidade social de seus adeptos. Ou seja, as organizações adotam formas e práticas institucionais particulares porque elas têm um valor reconhecido num ambiente cultural mais amplo (Hall e Taylor, 2003).

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa realizou um estudo de caso no Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei do estado de Minas Gerais. Para Yin (2005), o uso do estudo de caso é uma estratégia de pesquisa empírica que permite a análise de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, podendo fazer uso de múltiplos métodos e fontes para explorar, descrever e explicar um fenômeno em seu contexto.

Para alcançar o objetivo proposto foi realizada uma revisão bibliográfica para a construção do referencial teórico, e uma pesquisa empírica por meio de observação não participante (Gil, 2008) em reuniões do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei. Agregada a estas atividades também foram realizadas entrevistas do tipo semiestruturadas (Gil, 2008) com Conselheiros de Saúde em exercício no ano de 2015.

A observação aberta não participante foi realizada a partir do acompanhamento das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei (MG) no ano de 2015. Foram realizadas no ano de 2015 um total de 14 assembleias válidas para deliberação, das quais 13 foram acompanhadas e registradas no diário de campo. Conforme Gil (2008), a observação é o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano, podendo ser utilizada como procedimento científico, à medida que: serve a um objetivo formulado de pesquisa; é sistematicamente planejada; é submetida à

verificação e controles de validade e precisão. Na observação os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação, assim a subjetividade que permeia todo o processo de investigação social, tende a ser reduzida (Gil, 2008). A cada reunião os dados observados pelo pesquisador foram registrados descrevendo os assuntos, o envolvimento dos membros, a resolutividade e o caráter dos temas em pauta. Essas observações em conjunto com a análise das pautas e dos resultados das deliberações foram utilizadas para análise da institucionalização dos princípios do SUS nas assembleias.

Para preservar a identificação dos entrevistados foram adotadas siglas referentes à paridade a que cada conselheiro representa e estes foram numerados sequencialmente. Portanto, a sigla CT refere-se a conselheiro representante dos trabalhadores de saúde, a sigla CG conselheiros do governo e prestadores de saúde e CU conselheiros dos usuários. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com Conselheiros de Saúde escolhidos com base em dois critérios a saber: assiduidade da representação do segmento nas reuniões e a paridade prevista na legislação na escolha dos entrevistados. Na determinação da assiduidade foram consideradas as listas de presenças das reuniões válidas de 19 de março a 25 de novembro de 2015.

Conforme as normativas internas do Conselho de Saúde a sua composição era de 24 membros sendo que desses necessariamente 50% eram representantes dos usuários (CU), 25% de trabalhadores de saúde (CT) e 25% representantes do governo e prestadores de serviços (CG). Destes, foram selecionados 4 conselheiros representantes dos usuários, 2 conselheiros representantes dos trabalhadores da saúde e 2 conselheiros representantes do governo ou prestadores de serviços. Desses foram entrevistados os conselheiros titulares ou suplentes desde que pertencente a representação e fossem assíduos às reuniões. Os temas norteadores da entrevista foram os princípios constitucionais do SUS, ou

seja, a universalidade, integralidade, equidade, controle e participação social. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, para avaliar os dados de natureza qualitativa, com o uso da análise de conteúdo (Bardin, 2002).

### PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DEL-REI (MG)

São João del Rei é um município brasileiro do estado de Minas Gerais com mais de 300 anos. Fundado em fins do século XVII por taubateanos liderados por Tomé Portes del Rei, que é considerado seu fundador. A região já era ocupada desde meados do ano de 1701 como Arraial Novo do Rio das Mortes, que deu origem à cidade. Em 8 de dezembro de 1713 o arraial alcançou foros de Vila com o nome de São João del Rei, passando a ser a sede da recém-criada Comarca do Rio das Mortes. O ouro, a pecuária e a agricultura permitiram o desenvolvimento e progresso da vila, elevada à categoria de cidade em 8 de dezembro de 1838 (SMS, 2015).

O município, no senso demográfico 2010, possuía 84.469 habitantes [79.857 pessoas na área urbana (41.875 mulheres e 37.982 homens) e 4.612 na área rural (2.045 mulheres e 2.567 homens)], em uma área de 1.464.327 km<sup>2</sup>, configurando uma densidade demográfica de 57,68 habitantes por km<sup>2</sup>, com população crescente, conforme estimativa para 2014 de 88.902 pessoas (SMS, 2015).

#### *Princípios constitucionais do SUS no Conselho Municipal de Saúde*

Os itens pautados nas reuniões do CMS em 2015 foram categorizados em: ação, deliberação, nomeação e informação. A frequência em que os itens foram levados à plenária de acordo com a categorização de cada um deles foram tabulados e analisados de acordo com a tabela abaixo.

*Tabela 1*

#### ITENS PAUTADOS POR FREQUÊNCIA -2015

<i>Tipos</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Deliberação	8	20,51
Informação	23	58,97
Ação	7	17,95
Nomeação	1	2,56
Total	39	100

Fonte: Elaboração própria (2015).

No ano de 2015 foram levados à plenária trinta e nove itens de pauta, dos quais 8 demandavam a deliberação dos conselheiros, 23 eram informativos, 7 eram ações diversas e 1 correspondeu a um ato de nomeação.

Os itens pautados, no que se refere ao período de 2015, indicam que o controle social exercido por meio das deliberações não foi um princípio do SUS evidente. Esta constatação também é fortalecida com a pouca participação da maior parte dos conselheiros. A falta de quórum mínimo foi motivo de cancelamento da reunião ordinária do mês de setembro e de outubro, que foi apenas informativa. A porcentagem média geral de presença dos conselheiros nas assembleias foi de 66,03%. Ao se considerar que é necessária, conforme o regimento interno, a presença de metade mais um dos conselheiros para realização das reuniões, ou seja, de no mínimo treze conselheiros. Vale ressaltar que o número mínimo de presentes, para a formação de quórum, foi uma realidade no ano de 2015.

Nove assembleias foram ordinárias e cinco extraordinárias. As reuniões ordinárias ocorrem regimentalmente uma vez por mês. A primeira reunião do ano de 2015 (10/02/2015) foi destinada a posse dos novos conselheiros. A segunda reunião (19/03/2015) teve como pauta a eleição e composição da mesa diretiva e a eleição do presidente e vice-presidente do conselho. Somente uma chapa



concorreu e foi escolhida com unanimidade dos votos. Nas demais reuniões observadas os itens pautados, debatidos e deliberados estão descritos na tabela 2. Os itens mais frequentes foram os diretamente

com os princípios da equidade, universalidade e integralidade dos serviços de saúde (CNSS, 2011; Carvalho, 2013). Especificamente, a presença dos princípios do sus ficou evidente, por exemplo, nos

*Tabela 2*  
PAUTAS POR PRINCÍPIOS E FREQUÊNCIA - 2015

<i>Itens</i>	<i>Princípios</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Equidade	3	7,7
Conselho Municipal de Saúde	Participação	11	28,2
Plano Municipal de Saúde	Controle	6	15,4
Dengue, Chikungunya e Zika	Integralidade	2	5,1
Distribuição e assistência farmacêutica	Universalidade	4	10,3
Serviços	Equidade, Universalidade e Integralidade	9	23,1
Outros	-	4	10,3
Total		39	100

Fonte: Elaboração própria (2015).

relacionados ao próprio cms (28,2%), seguidos de itens relacionados aos serviços de saúde (23,1%) - medicamentos, assistência farmacêutica e afins (10,3%), a upa municipal (7,7%), a epidemia de Dengue, Chikungunya e Zika (5,1%), e o Plano Municipal de Saúde associados a outros instrumentos de gestão (15,4%).

Os itens relacionados ao CMS se referem a formação de comissões, planejamento financeiro ou aspectos relacionados à própria organização. A preocupação com a participação social, seu incentivo por meio de ações de mobilização e sua manutenção, com a regulamentação e estruturação indicam que o princípio da participação permeou os itens de pauta que foram tratados nas assembleias.

Com referência aos serviços de saúde (23,1%) ocorreram discussões ou propostas seja de ampliação, projeto, implantação, questionamentos e outros. A incidência dos itens pautados sinaliza a presença e preocupação

seguintes itens de pauta: proposta de federalização de instituição hospitalar filantrópica municipal pela Universidade Federal de São João del Rei; implantação da fitoterapia municipal; melhoria, ampliação e reclamações do Programa de Saúde da Família e respectivamente da Estratégia de Saúde da Família.

Com referência ao plano municipal de saúde e outros instrumentos de gestão (15,4%), nas reuniões em que este item foi pautado foram realizadas apresentações, apreciações e aprovação, por exemplo, do Plano Municipal de Saúde, do Relatório de Gestão e do Pacto pela Saúde. Esses temas são instrumentos que norteiam as ações de saúde do município e que obrigatoriamente precisam da apreciação e validação do controle social. Portanto, indicam o controle social como orientador das políticas públicas de saúde. Neste sentido, o cms discutiu e aprovou o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão Anual, as prestações de contas, além de discutir e apreciar diretrizes para

as políticas, programas e ações em saúde a serem implementadas no município (Andion e Serva, 2004; Avritzer, 2008; Brasil *et al.*, 2012; CNSS, 2011; Carvalho, 2013; Rocha, 2008).

### ***Princípios constitucionais do sus na perspectiva dos Conselheiros Municipais de Saúde***

Foram entrevistados sete conselheiros de saúde atuantes no ano de 2015. Os entrevistados tinham entre 26 e 75 anos, a maioria do sexo masculino, com ensino superior completo e diversas ocupações. A maioria dos entrevistados estava na primeira gestão do cms. Estes não eram vinculados a cargo público e um atuava na mesa diretora do conselho. Existiam conselheiros indicados pelo executivo municipal e por movimentos sociais, associações de moradores, sindicatos ou associações relacionadas à saúde.

A motivação em ser conselheiro estava relacionada ao princípio da participação social (Carvalho, 2013). Esta evidencia foi comprovada no discurso de um conselheiro usuário (CU1) e de um conselheiro representante de trabalhadores (CT3) que enfatizaram a importância da participação na construção do direito à saúde. Por um lado, a fala do entrevistado CU1 indicou que a escolha pela participação social na área de saúde foi justificada pela defesa da equidade (Carvalho, 2013) e, por outro lado, a fala do entrevistado CT3 reforçou o princípio da participação social (Avritzer, 2008; Brasil *et al.*, 2012; Rolim, Cruz e Sampaio, 2013) via o Conselho de Saúde.

Em um contexto de controle e participação social, os entrevistados reconheceram a importância destes princípios para a gestão pública e para aproximação da sociedade com a política pública proposta. O conselheiro CT2 e CG3 sinalizaram em seus discursos a importância da cogestão e do controle social do sistema de saúde, de forma

conjunta com o governo. Emergiu do conteúdo da fala dos entrevistados (CT2 e CG3) indícios da descentralização da gestão da saúde (Guimarães e Giovanella, 2004) quando estes se apropriaram de atos burocráticos e estratégicos do atendimento das demandas sociais por saúde. A fala do entrevistado CU2 expõe outro aspecto constitutivo do sus no que se refere a participação social associada ao controle social (Rolim, Cruz e Sampaio, 2013).

Também ficou evidente no conteúdo da fala dos entrevistados CU1, CU3 e CG2 o reconhecimento do princípio da universalidade, da equidade e do controle social, especificamente nas falas que reconhecem que o SUS conseguiu avançar na proposta de transformar o perfil restritivo e excludente dos sistemas de saúde que o antecederam.

De forma geral, os entrevistados como, por exemplo, no discurso do entrevistado CT3, não reconheceram retrocesso na saúde pública com a criação do SUS. Apontaram críticas, problemas e dificuldades do sistema como, por exemplo, o subfinanciamento, a escassez de profissionais médicos, a concorrência com os grandes planos de saúde e a organização e capacitação da gestão. Portanto, ficou evidente aspectos fundamentais do SUS como a descentralização da atuação do Estado (Guimarães e Giovanella, 2004) na efetivação da política de saúde, na participação associada ao controle social (Rolim, Cruz e Sampaio, 2013), por meio de inovações na gestão democrática da política de saúde no município (Brasil *et al.*, 2012).

Os entrevistados foram questionados sobre a consideração nas assembleias dos princípios do SUS. Todos afirmaram que consideravam os princípios constitucionais mesmo sem ter uma clareza conceitual e teórica destes. Entretanto, ficou evidente em suas exemplificações como, por exemplo, no discurso dos entrevistados CU3, CT3 e CG3, que a conceitualização era compreendida e considerada em suas ações como conselheiros municipais de saúde.

Alguns foram capazes de exemplificar como, por exemplo, exercendo controle social na implantação da UPA, na estruturação dos Programas de Saúde da Família (PSF'S) e até mesmo no financiamento de unidades hospitalares. Ou até mesmo exercendo a integralidade e a equidade implicadas na implantação do serviço de fitoterapia municipal.

As entrevistadas confirmam as indicações das observações das reuniões do ano de 2015 de que os princípios foram, conforme a perspectiva da institucionalização sociológica (Prates, 2000), internalizados nas ações de conselheiros e do CMS do município de São João del Rei.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de saúde no Brasil passaram por diversas mudanças por meio de um processo de construção evolutivo com o rompimento de um legado de políticas públicas de saúde restritivas e excludentes. A proposta desse rompimento culminou com a criação do sus, com seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, controle e participação social norteadores desse novo sistema de saúde pública. Nessas mudanças, os Conselhos Municipais de Saúde foram o principal espaço formal de exercício e de efetivação da participação e controle social.

Por meio de observações e entrevistas ficou evidente que os princípios do sus permearam as deliberações das assembleias do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de São João del-Rei (MG) no ano de 2015. Vale ressaltar que tanto as pautas, os encontros como as atas, que descrevem as ações de seus atores estão repletas de evidências, em que emergem ações de significado que substantivamente perpassam os princípios constitucionais do SUS no ano de 2015 indicando, conforme Prates (2000), que os princípios foram internalizados nas ações dos conselheiros do cms de São João del-Rei em

Minas Gerias. Individualmente os atores apresentam dificuldade no reconhecimento conceitual formal dos princípios, mas são capazes em suas ações e no conteúdo de suas falas de evidenciar a efetividade dos princípios constitucionais do SUS.

Esta pesquisa apresentou como limitação o seu recorte temporal, que se limita ao ano de 2015. Portanto, seria interessante estudos longitudinais mais longos, tanto no CMS de São João del Rei, como também em outros municípios e em outras esferas da organização nacional participativa como, por exemplo, no Conselho Estadual e Nacional de Saúde ou até mesmo em estudos comparativos com outras realidades internacionais.

O sus é um sistema em formação, de caráter dinâmico em que a participação social é indispensável para o seu aprimoramento. O Estado brasileiro deve reconhecer as possibilidades de melhorias existentes a partir das limitações do atendimento da demanda social por saúde. Entretanto, ocorreu no caso estudado a prática efetiva dos princípios na condução da dinâmica do CMS presentes nas assembleias e deliberações do CMS. Portanto, partindo-se do pressuposto de que a efetividade desses princípios é parte essencial na busca pela humanização e desmercantilização da saúde pública, a presente pesquisa por meio desse estudo de caso indica que os princípios do sus estavam institucionalizados nas assembleias e deliberações do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei e no discurso de conselheiros no ano de 2015.

### REFERÊNCIAS

1. Andion, Carolina; Serva, Maurício (2004), "Por uma visão positiva da sociedade civil: uma análise histórica da sociedade civil organizada no Brasil", em *Cayapa Revista Venezolana de Economía Social*, v. 4, n. 7, pp. 7-24.

2. Avritzer, Leonardo (2008), “Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático”, em *Opinião Pública*, v. 14, n. 1, pp. 43-64.
3. Bardin, Laurence (2002), *Análise de conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
4. Berger, Peter; Luckmann, Thomas (1990), *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*, 8. ed., Petrópolis, Vozes.
5. Brasil, Flávia; Silva, Gustavo Melo; Carneiro, Ricardo; Almeida, Mariana (2012), “Gestão democrática das cidades e instituições participativas: tendências no contexto brasileiro recente”, em *Economia Global e Gestão*, v. 17, n. 1, pp. 117-134.
6. Carvalho, Cristina Amélia; Vieira, Marcelo Milano Falcão; Silva, Sueli Maria Goulart (2012), “A trajetória conservadora da teoria institucional”, em *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, v. 10, n.e., pp. 469-496.
7. Carvalho, Gilson (2013), “A saúde pública no Brasil”, em *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, pp. 7-26.
8. Casa Civil da Presidência da República Brasil (CCPR) (1990a), *Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990*, Brasília.
9. Casa Civil da Presidência da República (CCPR) (1990b), *Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990*, Brasília.
10. Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2003), *Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003*, Brasília.
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CNS) (2011), *Sistema Único de Saúde, Brasília*, CONASS.
12. Deus, Estéfani Sandmann; Milani, Alexandre Caio (2014), “Uma revisão conceitual para a saúde pública brasileira”, em *Espacios Públicos*, n. 40, pp. 167-184.
13. Gil, Antônio Carlos (2008), *Métodos e técnicas de pesquisa social*, 6. ed., São Paulo, Atlas.
14. Guimarães, Luisa; Giovanella, Lúcia (2004), “Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil”, em *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 16, n. 4, pp. 283-288.
15. Hall, Peter Andrew; Taylor, Rosemary C. R. (2003), “The three versions of neo-institutionalism”, em *Lua Nova*, v. 58, pp. 193-223.
16. Machado-da-Silva, Clóvis L.; Fonseca, Valéria Silva da; Crubellate, João Marcelo (2005), “Unlocking the institutionalization process: insights for an institutionalizing approach”, em *Brazilian Administration Review*, v. 2, n. 1, pp. 1-20.
17. Nunes, Tânia Celeste Matos (2008), “A história, a saúde pública e a cooperação técnica: antigos nexos e novos desafios do mundo globalizado”, em *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, pp. 830-839.
18. Paixão, Antônio Luiz (1997), “Ação, organização e instituição: problemas de teoria”, em *Teoria e Sociedade*, n. 1, pp. 87-104.
19. Prates, Antônio Augusto Pereira (2000), “Organização e instituição no velho e novo institucionalismo”, em Rodrigues, Suzana Braga; Cunha, Miguel Pina (ed.), *Estudos Organizacionais: Novas perspectivas na administração de empresas*, São Paulo, Iglu, pp. 90-105.
20. Peci, Alketa (2006), “A nova teoria institucional em estudos organizacionais: uma abordagem crítica”, em *Cadernos EBAPE. BR*, v. 4, n. 1, pp. 1-12.
21. Rocha, Enid (2008), “A constituição cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios”, em Vaz, Flávio Tonelli; Musse, Juliano Sander; Santos, Rodolfo Fonseca dos (coord.), *20 anos da constituição cidadã: avaliação e*

- desafio da seguridade social, Brasília, Anfpip*, pp. 131-148.
22. Rolim, Leonardo Barbosa; Cruz, Rachael de Sá Barreto Luna Callou; Sampaio, Karla Jimena Araújo de Jesus (2013), “Participação popular e o controle social como diretriz do sus: uma revisão narrativa”, em *Saúde em Debate*, v. 37, n. 96, pp. 139-147.
  23. Selznick, Philip (1971), *A liderança na administração: uma interpretação sociológica*, Rio de Janeiro, Ed. FGV.
  24. Silva, Heliana Marinho (1996), *A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do sus*, Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
  25. Silva, Luciane Maria Sales da; Silva, Maria Rocineide Ferreira da; Lima, Leilson Lira de; Fernandes, Marcelo Costa; Oliveira, Nara Ryani Nobre; Torres, Raimundo Augusto Martins, (2012), “Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE”, em *Saúde e Sociedade*, v. 21, suppl.1, pp. 117-125.
  26. Secretaria Municipal de Saúde (sms) (2015), *Plano Municipal de Saúde: 2014-2017*, São João del Rei.
  27. Tolbert, Pamela. S.; Zucker, Lynn G. (1999), “A institucionalização da teoria institucional”, em Clegg, Stewart R.; Hardy, Cynthia; Nord, Walter R., *Handbook de estudos organizacionais: modelos de análises e novas questões em estudos organizacionais*, São Paulo, Atlas, v. 1, pp. 196-219.
  28. Yin, Robert K. (2005), *Estudo de caso: planejamento e métodos*, 3. ed., Porto Alegre, Bookman.