



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E
GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS (FACE) DEPARTAMENTO DE
ADMINISTRAÇÃO (CCA) CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
PÚBLICA MUNICIPAL**

**POLÍTICAS PÚBLICAS E CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: DESAFIOS DA
DEMOCRACIA DELIBERATIVA EM LÁBREA- AM**

**BRASÍLIA - DF
2024**

ZORAIDE INÁCIO DE OLIVEIRA

POLÍTICAS PÚBLICAS E CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: DESAFIOS DA
DEMOCRACIA DELIBERATIVA EM LÁBREA- AM

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC
apresentado ao Departamento de Administração e
Atuariais da Faculdade de Economia,
Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas
Públicas como requisito parcial à obtenção do grau
de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Orientador: Prof. Dr. Giselli Coelho

BRASÍLIA – DF
2024

ZORAIDE INÁCIO DE OLIVEIRA

**POLÍTICAS PÚBLICAS E CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: DESAFIOS DA
DEMOCRACIA DELIBERATIVA EM LÁBREA- AM**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC
apresentado ao Departamento de Administração e
Atuariais da Faculdade de Economia,
Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas
Públicas como requisito parcial à obtenção do grau
de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Orientador: Prof. Dr. Giselle Floriano Coelho

Data de aprovação: 18/08/2024

Prof. Msc. Giselle Floriano Coelho
Orientadora

Prof. Dr. Josele Nunes Ferreira
Professora - Examinadora

AGRADECIMENTOS

Ao concluir este marco importante na minha jornada acadêmica, meu coração se transborda de profunda gratidão a todos aqueles que me acompanharam e apoiaram nesta caminhada inspiradora. Primeiramente, elevo meus agradecimentos a Deus, fonte inesgotável de força e sabedoria, por iluminar meus passos e conceder-me a saúde e perseverança necessárias para superar os desafios encontrados. Sua presença constante foi o alicerce que me sustentou nos momentos mais difíceis. Aos meus familiares, meu porto seguro e pilar fundamental em minha vida, expresso meu mais sincero amor e reconhecimento. Agradeço por acreditarem em meu potencial desde o início, por incentivarem meus sonhos e por me oferecerem o colo acolhedor onde pude encontrar refúgio nos momentos de fragilidade da minha saúde. Vocês são a luz que ilumina meu caminho e me impulsiona a seguir em frente. Aos meus professores e tutores, agradeço a inestimável contribuição para o meu aprendizado e desenvolvimento profissional. Suas palavras sábias, orientações precisas e incentivo constante foram essenciais para que eu me aprofundasse nos conhecimentos da Administração Pública e me tornasse um profissional mais qualificado. Agradeço também a oportunidade de ter participado de suas aulas inspiradoras, que me proporcionaram momentos enriquecedores de troca de saberes e reflexões. De maneira especial, agradeço à minha querida amiga, Administradora Pública Andrea Correa. Sua trajetória profissional exemplar e sua dedicação ao serviço público me serviram como constante fonte de inspiração. Agradeço por sua amizade genuína, pelos conselhos valiosos e pelo apoio incondicional que me ofereceu ao longo da minha jornada. Sua presença em minha vida foi fundamental para que eu me apaixonasse pela Administração Pública e me motivasse a buscar a excelência em minha carreira. A todos que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação e realização pessoal, meu mais profundo e sincero agradecimento. Vocês fazem parte da história desta conquista e me inspiram a seguir trilhando meu caminho com ética, profissionalismo e compromisso com o bem-estar da sociedade.

“O sucesso da gestão pública está em servir bem a comunidade”

Desconhecido

RESUMO

Em um contexto democrático em constante transformação, as instituições de controle social desempenham um papel crucial na promoção da equidade, da participação popular. Elas aprimoram políticas públicas, defendem direitos dos cidadãos e fiscalizam a gestão pública. A comunicação é vital para fortalecer o controle social e promover a colaboração entre sociedade civil e administração pública. O Estado Democrático de Direito é responsável por implementar políticas públicas que garantam direitos civis, políticos, sociais e humanos. A participação da sociedade na gestão pública é crucial, e os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, especialmente os Conselhos de Saúde, desempenham um papel significativo. Esses conselhos monitoram, fiscalizam e avaliam políticas de saúde, promovendo o controle social e influenciando a agenda governamental. A pesquisa qualitativa adotada explora a dinâmica entre sujeito e objeto, valorizando a subjetividade e a interpretação dos fenômenos. A pesquisa inclui revisão bibliográfica e coleta de dados de campo por meio de questionários, entrevistas e observações. O estudo é realizado no Conselho Municipal de Saúde de Lábrea, com uma amostra de seis conselheiros municipais. Os resultados mostram que os Conselhos de Saúde são espaços de participação social na administração da saúde. No entanto, enfrentam desafios como falta de capacitação e autonomia para gerenciar recursos. Os conselheiros de Lábrea destacam a necessidade de mais amadurecimento e capacitação para melhorar a participação e deliberação sobre políticas públicas de saúde. A pesquisa revela a importância dos Conselhos de Saúde como instrumentos de controle social e a necessidade de superar obstáculos para fortalecer a democracia participativa.

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

ABSTRACT

In an evolving democratic scenario, institutions of social control are essential for a fair, transparent and participatory society. They improve public policies, defend citizens' rights and monitor public management. Communication is vital to strengthen social control and promote collaboration between civil society and public administration. The Democratic Rule of Law is responsible for implementing public policies that guarantee civil, political, social and human rights. Society's participation in public management is crucial, and Public Policy Management Councils, especially Health Councils, play a significant role. These councils monitor, inspect and evaluate health policies, promoting social control and influencing the government agenda. The qualitative research adopted explores the dynamics between subject and object, valuing subjectivity and the interpretation of phenomena. The research includes literature review and field data collection through questionnaires, interviews and observations. The study is carried out at the Lábrea Municipal Health Council, with a sample of six municipal councilors. The results show that Health Councils are spaces for social participation in health administration. However, they face challenges such as lack of training and autonomy to manage resources. Lábrea's counselors highlight the need for more maturity and training to improve participation and deliberation on public health policies. The research reveals the importance of Health Councils as instruments of social control and the need to overcome obstacles to strengthen participatory democracy.

Keywords: Social Control. Social Participation. Health Advice

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	9
2.REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 UM BREVE RECORTE HISTÓRICO DA POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL	12
2.2 O CAMINHO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SEU REDIRECIONAMENTO	12
2.3 O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE	17
2.4 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE EM LÁBREA/AM	18
3.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
3.1 ABORDAGEM DO PROBLEMA.....	20
3.2 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	20
3.2.1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	20
3.2.2 PESQUISA DE CAMPO	21
3.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	22
3.4 POPULAÇÃO, AMOSTRA E LOCAL	22
4.RESULTADOS E ANÁLISES.....	22
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	30

1. INTRODUÇÃO

Em um cenário democrático em constante evolução, as instituições de controle social assumem um papel crucial na construção de uma sociedade mais justa, transparente e participativa. Através de sua atuação vigilante e propositiva, essas entidades contribuem para o aprimoramento das políticas públicas, a defesa dos direitos dos cidadãos e a fiscalização da gestão pública.

Considerando que o Estado Democrático de Direito é o principal responsável por implementar Políticas Públicas que possam garantir com a efetividade dos direitos: civis, políticos, sociais, humanos e, considerando o princípio da Gestão Democrática e os mecanismos constitucionais de participação popular na ingerência da *res publica* (coisa pública), essa implementação não pode ou não deve ficar somente à cargo da Administração Pública. Por isso faz-se necessário a ampliação desses espaços deliberativos, buscando a aproximação da sociedade na implementação de Políticas Públicas através dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas, dentre eles, os Conselhos de Saúde.

Segundo Campos (2006) os Conselhos de Saúde têm por objetivo monitorar, fiscalizar e avaliar a implantação das políticas de saúde. Dessa forma, foram criados no intuito de promover o Controle Social, o qual compreende, fundamentalmente, a influência que a sociedade civil exerce na formação da agenda governamental para a área em destaque (SECCHI, 2012).

No entanto, diversos são os desafios enfrentados na operacionalização dos Conselhos de Saúde, visto que os mesmos possuem o papel de tornar viável a participação popular diante da circunstância de examinar e aprovar as diretrizes das Políticas de Saúde (MAGALHÃES et al. (2019)).

Assim, diversos desafios se apresentam na operacionalização dos Conselhos de Saúde, visto que estes têm a função de viabilizar a participação popular no exame e aprovação das diretrizes das Políticas de Saúde. Diante desse contexto, esta pesquisa visa contribuir para o debate atual sobre os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, ressaltando sua significativa contribuição no controle social e na democratização dos direitos, especialmente o direito à saúde, através referências bibliográficas e análise de documentos.

A pesquisa busca entre **outros pontos** identificar os principais obstáculos para a legitimação da democracia deliberativa nos conselhos gestores de políticas públicas, com um enfoque específico no conselho municipal de saúde de determinado município, focando no

período de tempo 2020 a 2024, isto é, no atual mandato dos conselheiros legitimamente em atividade junto ao Conselho Municipal de Saúde de Lábrea/AM.

A função deliberativa atribuí aos Conselhos de Políticas Públicas um papel crucial na construção e consolidação de experiências de democracia participativa nas políticas públicas. Portanto, é essencial explorar essa área de conhecimento com o objetivo de identificar novos elementos que possam fortalecer a democracia participativa nesses espaços.

Este artigo propõe-se ainda contribuir para uma compreensão mais ampla da função dos Conselhos de Políticas Públicas na promoção e consolidação da democracia participativa nas políticas públicas. Assim, o principal objetivo desta pesquisa é verificar se o Conselho Municipal de Saúde (CMS) efetivamente delibera sobre as políticas públicas de saúde e como estas influenciam nas decisões políticas do Poder Público no município de Lábrea.

Esta pesquisa se justifica por diversos aspectos fundamentais. Um deles é a busca pela consolidação da democracia nos espaços deliberativos e suas contribuições para a elaboração e avaliação das políticas públicas, com atenção especial à possível participação da sociedade civil.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

As instituições de controle social, ao exercerem sua função de fiscalização e proposição, são essenciais para uma sociedade mais justa, transparente e participativa, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas e a defesa dos direitos cidadãos. Neste sentido, o trabalho de Magalhães destaca essa questão de forma peculiar em um artigo de 2019, como podemos observar no trecho a seguir.

Segundo MAGALHÃES et al., (2019) o controle social pode ser definido como o processo pelo qual o povo participa da definição, execução e acompanhamento das políticas públicas, incorporado na Constituição Federal através do princípio da participação (Ou seja, esse é um controle sobre o Estado exercido pelos cidadãos e a eles cabe deliberar e decidir sobre os rumos das políticas públicas.

Dois pontos de análise são cruciais para entender as contradições que envolvem os limites e possibilidades do controle social na realidade atual. O primeiro é entender a diferença de conjuntura do momento em que os mecanismos de controle social foram propostos para o momento em que estes foram implementados (BRAVO, 2006). O segundo, relacionado ao primeiro, é a concepção da relação entre Estado e sociedade civil que embasa este debate, principalmente na década de 1990.

Os conhecimentos produzidos na área de políticas públicas vêm sendo largamente utilizado por pesquisadores, políticos e administradores que lidam com problemas públicos

em diversos setores de intervenção e nas mais diferentes áreas: ciências políticas, sociologia, economia, administração pública, direito etc (RODRIGUES, 2011; SECCHI, 2012).

Dado ao exposto, nota-se que o controle social dentro da área de políticas públicas o controle social ao consolidar-se como parte integrante da gestão dos serviços públicos, ajudou no entendimento, isto é, na compreensão de fenômenos de natureza político-administrativa que conduzem os serviços públicos de modo geral.

Toadavia, mesmo com tantos avanços, ainda não existe ainda consenso na literatura sobre o conceito ou definição de Políticas Públicas, por este ser ainda um campo recente da ciência política. Souza (2006), cita que em geral, entende-se Políticas Públicas como instrumento ou conjunto de ação dos Governos uma ação elaborada no sentido de enfrentar um problema público.

Assim sendo para termos uma compreensão mais exata do termo precisamos falar de Política e compreender o seu significado e sua diferença em relação à Política Pública.

A primeira publicação que trata das políticas públicas como “ciência” é uma coletânea de artigos organizada por Harold D. Lasswell e David Lerner em 1951 (RODRIGUES, 2011).

Podemos pensar em política pública como uma área do conhecimento que visa explicar a elaboração da política (policy-making) e seu processo de execução (policy-executing process), além de fornecer dados e interpretações que são relevantes aos problemas da política pública num dado período (SECCHI, 2012).

A política pública é desenvolvida para enfrentar um problema público, elas se desenvolvem através de um ciclo que visa uma organização na elaboração das políticas públicas, apesar desse ciclo ter sua utilidade, ele não tem refletido sua real dinâmica ou organização de uma política pública.

As fases devem ser elaboradas segundo Wildavsky apud Secchi (2012) a seguinte ordem: identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisões, implementação, avaliação, e extinção, tais fases geralmente se apresentam misturadas e por isso as sequências se alternam.

No entanto essas fases podem variar de acordo com diferentes autores, sustenta-se que em alguns contextos a identificação do problema está mais relacionada ao fim do processo do que ao início, e as fases de avaliação geralmente acontecem antes do escrutínio do problema (WILDAVSKY apud SECCHI, 2012).

Apesar das Políticas públicas não se apresentarem em sua real dinâmica, o ciclo da políticas públicas tem grande utilidade e pode auxiliar na organização das estratégias, esse

processo de organização faz com que a complexidade seja simplificada e ajuda nossos administradores e políticos a solucionarem um determinado problema público.

2.1 UM BREVE RECORTE HISTÓRICO DA POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL COM BASE NO TRABALHO DE BITENCOURT (2022)

No Brasil, o Estado assume um papel fundamental frente ao processo de implementação e execução de políticas públicas, porém nem sempre foi assim. Dos anos 1920 a 1980 o que caracterizava o Estado Brasileiro, era o caráter desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário, isso significa dizer que o Estado estava preocupado exclusivamente com o desenvolvimento do país com o objetivo de torná-lo um país industrial. O Estado desempenhava a função de promover a acumulação privada na esfera produtiva.

O essencial das políticas públicas estava voltado para promover o crescimento econômico, acelerando o processo de industrialização, o que era pretendido pelo Estado brasileiro. Portanto esse perfil, desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário traduz uma série de dificuldades no que se refere às Políticas Públicas em sua real essência, pois bem sabemos que as Políticas nos anos mencionados eram pensadas de cima para baixo e por isso precisamos destacar a importância dos Conselhos gestores de Políticas Públicas nesse processo, em todas suas esferas no sentido de pensar as Políticas em suas múltiplas realidades, realidades essas que compõe o Brasil.

Quando se tem uma política centralizada, o tratamento é homogeneizado, e isso não nos permite enxergar a particularidade de cada região, estados e municípios. Esse caráter centralizador faz com que as propostas de políticas não contemplem sua particularidade.

Em 1930 o Brasil vivenciava um momento em que o Estado obtinha um poder totalmente centralizador, isto é, no Governo de Getúlio Vargas, os órgãos legislativos federais, estaduais e municipais foram eliminados. Portanto as políticas elaboradas nesse período, não era uma política que pretendia atender os cidadãos e sim atender aquele processo ditador de industrialização. Uma das lutas por Políticas Públicas que ocorreu no Brasil durante o Governo de Vargas foi à luta pela melhoria das condições de saúde, a reforma sanitária que consistiu, por assim dizer, em um dos passos mais importantes e fundamentais das políticas públicas de saúde, que iremos tratar de modo mais específico no próximo tópico.

2.2 O CAMINHO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SEU REDIRECIONAMENTO

As políticas públicas de proteção social no Brasil emergem no momento histórico em que a industrialização aqui se instala e gera insatisfação da classe operária, que inicia seus movimentos grevistas.

O século XIX tem em sua gênese a maior referência de mobilização para as melhorias da Saúde, esse momento se deu pela Reforma Sanitária que tinha como princípio do movimento a defesa pela própria vida e a reforma dos órgãos federais. No século XX as condições de Saúde no Brasil eram basicamente voltadas para o controle de endemias e saneamento dos portos e dos meios urbanos (o controle de enfermidades como: febre amarela, peste bubônica, varíola e etc).

Foi através da implantação da economia exportadora de café na região sudeste, que o Brasil passou a priorizar a Saúde, como uma política de Estado. As melhorias das condições sanitárias representavam dois contraditórios focos, por um lado tais melhorias garantiam o sucesso da política governamental de atração da força de trabalho estrangeira, por outro lado havia a necessidade de preservar um contingente ativo de trabalhadores em um contexto de relativa escassez de oferta de trabalho. Vale lembrar que os serviços a Saúde nesse período eram oferecidos somente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, que era onde estava concentrada a economia do país.

Somente em 1921 quando Carlos Chagas estava à frente da Diretoria de Saúde Pública, que os serviços de saúde foram expandidos para além do Estado do Rio de Janeiro. O sistema de assistência a Saúde surge em 1930 quando o Brasil está passando por uma transição no seu modelo econômico, deixando de ser uma economia agrária-exportadora passando para uma economia urbano-industrial.

As políticas sociais no período anterior a década de 1930 eram políticas fragmentadas e emergenciais, embora na década de 1920 tenham sido criadas políticas sociais importantes como a Lei Eloy Chaves, promulgação do código sanitário de 1923, os conflitos que ocorriam nesse período eram regulados por legislações esparsas e eram tratadas como caso de polícia.

O governo autoritário de Getúlio Vargas introduziu mudanças importantes no plano social, tais como a consolidação da legislação trabalhista e a estatização da previdência social. Tais mudanças contribuíram para consolidar um Estado de Bem-Estar Brasileiro. Ao longo do período militar, o Estado de Bem Estar perdeu seu caráter populista que havia sido propagado pelo então Presidente Getúlio Vargas e passou a assumir duas linhas definidas. Segundo João Batista Risi Junior e Roberto Passos Nogueira:

A primeira, de caráter compensatório, constituída de políticas assistencialistas que buscavam minorar os impactos das desigualdades crescentes provocadas pela aceleração do desenvolvimento capitalista. A segunda, de caráter produtivista, formulava políticas sociais visando a contribuir com o processo de crescimento econômico (apud FINKELMAN, 2002, p. 124).

O Brasil passava então por um momento de transformação da relação Estado - Sociedade, o país vivenciava um período ditatorial onde a prioridade era desenvolver a economia do País. O modelo de modernização implementado pelo regime militar, instaurado em 1964, representou o agravamento das relações de poder do Estado em relação a sociedade. No sistema de Saúde vigente anterior a promulgação da Constituição de 1988, a responsabilidade de disponibilizar o acesso a saúde ficava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS.

Os atendimentos gratuitos eram restritos especificamente para os trabalhadores que tinham sua carteira assinada, aqueles que não eram assalariados, mas tinham condições de arcar com os custos do atendimento pagavam para receber a atenção médica. No início da década de 70 a Reforma Sanitária lutava e insistia para que houvesse uma reformulação no sistema de saúde, onde pudesse se alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Onde os direitos pudessem ser universalizados, tornando o acesso à saúde um atendimento obrigatório e gratuito para toda a população sem qualquer distinção.

Em 1981, instituído pelo decreto nº 86.329/81 é criado o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária, o Conasp era de representação mista, não paritária, entre Estado e sociedade, com predominância desta última, embora com sub-representação da classe trabalhadora.

Nesse contexto de embate entre sociedade e Estado, em torno das políticas de saúde, ocorria, no plano político, a transição do regime militar para a democracia representativa formal. O que mais tarde resultaria em uma democracia que traria uma nova perspectiva para a elaboração e fiscalização das políticas públicas. A Saúde na Nova República encontrou um novo movimento sanitário, mobilizado e articulado, um movimento que carregava de alguns anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial, além de quadros técnico-político inseridos nos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

A década de 1980 marca um momento importante no processo de redemocratização do Estado. Nesse período o Brasil passava por um processo complexo de lutas, negociações, arranjos políticos que mais tarde culminariam na elaboração da Constituição Federal de 1988,

o que consolida o marco legal do SUS. A década de 1980 é referência nesse processo histórico, pois foi o memento em que o controle social participativo se institucionalizou concretizando o princípio de participação da sociedade na deliberação, gestão e fiscalização das Políticas Públicas.

O Brasil vivenciava um período de crise e contradições, onde o Estado se viu pressionado a rever seu modelo autoritário. Foi nesse cenário de pressão popular e de crise das políticas setoriais que o movimento sanitário surge, propondo a ocupação das instituições e a formulação e implementação ativa das Políticas de Saúde no Brasil.

O movimento sanitário já havia tido outras experiências, por esse motivo, o movimento se tornou maduro e então trouxe novas conotações como a ampliação dos conceitos de cidadania deixando de ser um movimento que antes era referência apenas dos setores excluídos do sistema. T

ais condições históricas criaram as condições para que, durante realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, houvesse um número expressivo de 5.000 (cinco mil) participantes, provenientes de um leque bastante diversificado de sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde e através da Constituição de 1988 que a saúde resplandece como um direito a cidadania, garantido pelo Estado. Para a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001), a saúde é um direito de todos e dever do Estado, Garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A participação da sociedade na construção do SUS, assim expressa na Constituição Federal de 1988, com suas diversas roupagens, hoje consolidadas nas instâncias de controle social em todo o território brasileiro, desde as primitivas formas de participação, através das CIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde, ainda no período autoritário, passando pela Plenária Nacional de Saúde, desde o período constituinte até 1997, até chegar à Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, desde 1995 até hoje; é a marca indelével da democracia participativa na construção do SUS (BRASIL, 2006a).

A 8ª CNS resultou da negociação entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, em virtude do impasse entre os dois ministérios quanto ao aprofundamento da Reforma Sanitária, especialmente a passagem do Inamps para o

Ministério da Saúde. Nesse sentido, a 8ª Conferência propõe já não mais a questão do Sistema Único de Saúde como uma exclusividade, mas propõe a Reforma Sanitária.

A conferência tinha a intenção de ampliar o debate setorial e realizar um maior acúmulo de forças para viabilizar a reforma sanitária que vinha sendo formulada e propagada pelo movimento Sanitário. Um dos maiores responsáveis pela realização desta conferência foi Sergio Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz e também presidente da 8ª Conferência. Essa Conferência foi um marco histórico e significou uma nova história da Saúde no Brasil, foi a primeira conferência que contou com um expressivo número de participantes da sociedade civil, as sete primeiras conferências eram restritas aos técnicos e gestores governamentais e contavam com uma participação mínima dos movimentos sociais.

Um dos resultados importantes da 8ª conferência foi a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde, e a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde que ficou responsável por orientar o desenvolvimento e avaliar o Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações.

Para a implementação das deliberações da conferência, foi proposto pelo Presidente da República a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária para organizar a conferência, esse grupo chamava-se Comissão Nacional de Reforma Sanitária – CNRS, a comissão era de natureza consultiva e tinha como atribuição formular sugestões para reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde.

A proposta de conteúdo Saúde para a nova Lei do Sistema Único de Saúde, a lei do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, através da qual se configurava o formato institucional de participação social, em sete pontos:

- (a) o princípio da gestão participativa;
- (b) a expectativa de que a participação resulte em efetivo poder de controle das ações e serviços da rede nacional;
- (c) o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, vinculado a um novo Ministério da Saúde, com atribuições de formulação e controle da Política Nacional de Saúde, propondo-se conselhos estaduais e municipais com atribuições correspondentes;
- (d) a instalação de um conselho comunitário, em cada unidade de prestação de serviços de saúde, com atribuição do controle e fiscalização;
- (e) o funcionamento de um conselho de administração em cada unidade de prestação de serviço de saúde, integrado por dirigentes e funcionários da unidade;
- (f) a subordinação dos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde,

respectivamente, a um novo ministério, as Secretarias Estaduais e Municipais, com administração colegiada e designada pelos conselhos de saúde correspondentes;

(g) a participação do governo federal nos conselhos estaduais e municipais no Conselho Nacional de Saúde E dos governos municipais nos conselhos estaduais de saúde.

A CNRS funcionou por volta de nove meses, nesse curto tempo a comissão se dedicou á sistematizar as propostas e elaborar o relatório final da conferência para o processo constituinte do SUS.

2.3 O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

A lei que institui o Conselho Nacional de Saúde é a de nº 378, de 13 de janeiro de 1937, esta também é responsável pela reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública. O Conselho Nacional de Saúde só foi regulamentado quanto a sua composição, funcionamento e competência após dezessete anos através da separação do ministério da Saúde e da Educação Pública, tais mudanças foram regulamentadas pelo Decreto n.º 34.347, de 8 de abril de 1954, para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde.

Desde então, vários decretos foram promulgados com a finalidade de reestruturar o Conselho. As principais alterações, no entanto, ocorreram em sua composição. Em 1970, o Conselho Nacional de Saúde, através do Decreto nº 67.300/70, passou a ter atribuições mais detalhadas como:

examinar e emitir parecer sobre as questões ou problemas relativos a promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos a sua apreciação pelo ministro de estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha de ser submetida a apreciação (CARVALHO, 1995, p.32).

Na década de 90 o Conselho Nacional de Saúde no Brasil era somente um órgão consultivo, os membros atuantes do conselho eram indicados exclusivamente pelo Ministro do Estado. O Conselho Nacional de Saúde é um órgão deliberativo que, junto com o Poder Executivo Federal, tem a incumbência de realizar as Conferências de Saúde, que são um momento importante de participação da sociedade civil no processo de deliberação de políticas públicas.

As Conferências de Saúde sempre foram fundamentais para a democratização na área da saúde. Em 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório

final possibilitou a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal – “Da Saúde”. Dentre essas modificações destaca-se a participação da sociedade e a descentralização dos serviços assistenciais.

A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 28 de dezembro de 1990, a Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias de Controle Social. Foi na década de 1990, através do Decreto n.º 99.438/90 com a contribuição da Constituição Federal Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que o Conselho Nacional de Saúde assumiu uma nova configuração, com ampla representação social e com caráter permanente deliberativo, integrando a estrutura regimental do Ministério da Saúde.

Este Decreto foi responsável pela regulamentação de novas atribuições e competências do Conselho Nacional de Saúde, além de ter definido as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros. Seguindo tais modificações, a legislação fixou quatro segmentos que 21 comporiam o CNS: usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço de saúde. Esta composição foi fruto de longa negociação dos movimentos sociais com o Ministério da Saúde (BRAVO; MENEZES, 2013).

Nesse período quem assumia a função de presidente do CNS era o ministro da Saúde. Com o Decreto n.º 5.839, em 2006, uma nova reforma foi aplicada no CNS, que passou a contar com 48 conselheiros titulares: 24 entidades e movimentos sociais de usuários do SUS; 12 entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, 2 entidades prestadores de serviço, 2 entidades empresariais, 6 gestores federais, 1 estadual e 1 municipal. Ainda em 2006 foi eleito o primeiro presidente do Conselho, que representava o segmento dos trabalhadores da saúde¹.

A descentralização dos serviços de saúde no Brasil regulamentados pelo pela Resolução nº333, de 04 de novembro de 2003, possibilitou a criação dos conselhos nas esferas estaduais e municipais. Isso ampliou as possibilidades de particularizar a política de saúde de acordo com a realidade de cada estado ou município. Veremos no próximo capítulo como surgiram os conselhos gestores de políticas públicas nos municípios.

2.4 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE EM LÁBREA/AM

O aparecimento dos Conselhos Municipais no cenário político brasileiro é uma novidade em relação às formas tradicionais de gestão das políticas públicas. Esses conselhos se institucionalizaram na década de 1990, mas são resultados de lutas populares pela

democratização da gestão pública. A legislação em vigor no Brasil preconiza, desde 1990, que, para o recebimento dos recursos destinados a área da saúde, os municípios devem criar um Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438.

A lei de Nº 133- 1994, alterada pela Lei Municipal nº 270-2005, regulamentada pelo Decreto nº 636-2019, alterado pela Lei Municipal nº 383-2014, instituiu o Conselho de Saúde no Município de Lábrea-AM, que de acordo com seu artigo 35, paragrafo V o CMS dispõe de 12 membros conselheiros, sendo (06) titulares e (06) suplentes.

O Conselho Municipal de Saúde de Lábrea está vinculado à Secretaria de Saúde do Município, este é de caráter permanente, deliberativo e de composição paritária entre a Administração Municipal, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, nos termos do art. 1º, § 2º da Lei Federal nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e da Resolução nº333, de 04 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.

Para legitimar a função deliberativa do conselho de Saúde, foi elaborada uma nota técnica 001/2009, em setembro de 2009. Esta nota aponta que o Conselho pode fazer valer a pena suas resoluções a despeito de negativa de homologação do Ministro de Estado da Saúde, baseado nos princípios constitucionais da participação popular e da legalidade, perfazendo o controle social e a participação direta da sociedade na gestão de ações relacionadas a saúde (BRAVO; MENEZES, 2013, p.291).

Quanto a composição paritária do Conselho esta dispõe que ele deve ser composto por cinquenta por cento dos membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, escolhidos em processo eleitoral direto; e cinquenta por cento dos membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto; os representantes do governo, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são indicados pelos seus respectivos dirigentes.

Os conselhos municipais desempenham um papel muito importante no processo de gestão participativa e controle social, principalmente no que se refere a particularidade da política em destaque, nesse caso em específico, a saúde. No entanto o CMS evidencia limites e obstáculos que precisam ser avaliados e discutidos para que haja o fortalecimento do controle e da implementação de políticas de saúde.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 ABORDAGEM DO PROBLEMA

A abordagem adotada nesta pesquisa é qualitativa, utilizando mecanismos interpretativos e de descoberta de relações e significados. O ambiente natural é considerado a principal fonte de dados, e o pesquisador, o principal instrumento, o que implica um contato direto com o ambiente e a situação investigada. Esta abordagem pressupõe uma relação dinâmica entre o sujeito e o objeto, em que o pesquisador deve compreender o fenômeno estudado em sua totalidade, considerando todas as suas relações e conexões.

De acordo com Chizzotti (2006), a dialética estabelece uma relação dinâmica entre o sujeito e o objeto no processo de conhecimento, enfatizando a contradição inerente ao fenômeno e a mudança dialética presente na natureza e na sociedade. Esta abordagem rejeita a rigidez do conhecimento, destacando a constante transformação do mundo. Gil (2008) complementa, afirmando que a dialética oferece uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, entendendo que os fatos sociais não podem ser isolados de suas influências políticas, econômicas e culturais.

Portanto, a pesquisa qualitativa valoriza a subjetividade dos sujeitos, interpretando os fenômenos e atribuindo-lhes significados. O pesquisador deve despojar-se de preconceitos e predisposições, assumindo uma postura aberta a todas as manifestações observadas, visando alcançar uma compreensão global dos fenômenos analisados. Esta abordagem considera que o resultado final da pesquisa é fruto de um esforço coletivo, envolvendo uma série de decisões que transformam a pesquisa em uma obra coletiva (CHIZZOTTI, 2006).

3.2 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

3.2.1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa é de natureza bibliográfica e de campo. A pesquisa bibliográfica envolveu um levantamento dos temas e abordagens já trabalhados por outros estudiosos, assimilando conceitos e explorando aspectos já publicados.

O presente estudo adotou uma abordagem bibliográfica para aprofundar a compreensão sobre a temática do controle social na gestão pública brasileira e seus desafios contemporâneos. A pesquisa bibliográfica foi realizada com o objetivo de mapear e analisar a produção científica nacional sobre o tema, buscando identificar as principais tendências,

lacunas e contribuições existentes na literatura.

Para a realização do levantamento bibliográfico, foram utilizadas as seguintes bases de dados acadêmicas: SciELO; Periódicos CAPES; Google Acadêmico; Palavras-chave e Operadores Booleanos. A busca por artigos científicos foi realizada utilizando as seguintes palavras-chave e combinações: "controle social", "gestão pública", "desafios", "Brasil", "participação cidadã", "accountability", "transparência", "controle social na gestão pública", "desafios do controle social". Foram utilizados os operadores booleanos "AND", "OR" e "NOT" para refinar a busca e obter resultados mais precisos.

CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão

Para a seleção dos artigos, foram adotados os seguintes critérios:

- **Idioma:** Artigos publicados exclusivamente em língua portuguesa.
- **País:** Artigos publicados por autores brasileiros ou em periódicos brasileiros.
- **Período:** Artigos publicados entre os anos de 2000 e 2024.
- **Tipo de documento:** Artigos científicos completos, publicados em periódicos indexados nas bases de dados mencionadas.
- **Tema:** Artigos que abordassem diretamente a temática do controle social na gestão pública brasileira, incluindo seus desafios e perspectivas.

Análise dos Dados

Após a seleção dos artigos, foi realizada uma análise qualitativa dos mesmos, com o objetivo de identificar os principais temas, autores, teorias e metodologias utilizadas nas pesquisas sobre o tema. A análise dos dados permitiu construir um quadro teórico sobre o controle social na gestão pública brasileira, evidenciando as principais contribuições e desafios da área.

Segundo Prestes (2007), a pesquisa bibliográfica atende tanto aos objetivos acadêmicos quanto à construção de trabalhos inéditos que revisam, reanalisam e criticam considerações teóricas ou paradigmas existentes. Esta abordagem permite uma análise sob um novo enfoque, possibilitando novas conclusões.

3.2.2 PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo foi realizada por meio de questionários, entrevistas e observações, coletando dados diretamente do ambiente investigado. Este método visa entender os fenômenos no seu contexto natural, proporcionando uma compreensão mais aprofundada da realidade estudada.

3.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados utilizou questionários padronizados e observação sistemática. Segundo Goldenberg (2009), a entrevista padronizada segue um roteiro preestabelecido, garantindo a consistência das informações obtidas. A observação sistemática, conforme Prodanov (2013), pode ocorrer em campo ou laboratório, onde o pesquisador elabora um plano específico para a organização e registro das informações antes da coleta de dados.

3.4 POPULAÇÃO, AMOSTRA E LOCAL

A pesquisa foi realizada no Conselho Municipal de Saúde de Lábrea, com uma amostra composta por 6 conselheiros municipais de saúde. Segundo Chizzotti (2006), a amostragem é um processo de determinação de um todo, em que uma parte é tomada como representativa do agregado. A população e a amostra são escolhidas com base em critérios de representatividade, garantindo que os resultados da pesquisa sejam significativos e aplicáveis ao universo estudado.

4. RESULTADOS E ANÁLISES

Considerando que os conselhos de Saúde têm a finalidade de institucionalizar a participação social, estabelecendo atribuições legalmente definidas, nota-se que esses conselhos foram implantados para assegurar aos cidadãos organizados meios para influenciar nas decisões relacionadas à saúde.

Dado ao exposto salienta-se que a Resolução 453, de 10 de maio de 2012, define os Conselhos de Saúde como “uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo [...] os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas Políticas Públicas e na administração da saúde” (BRASIL, 2012).

Conforme destacado no referencial teórico, os Conselhos Gestores de Políticas Públicas em Saúde têm como uma de suas principais atribuições participar do processo de discussão, elaboração, implementação e deliberação de políticas públicas. Esta deliberação deve ser entendida dentro de um processo democrático, centrado na prática discursiva, que incorpora a participação da sociedade civil para a legitimidade das decisões e ações políticas (LÜCHMANN, 2002).

Tomando como referência a Resolução 453/2012, compete aos conselhos: Deliberar sobre a elaboração dos planos de saúde; aprovar ou desaprovar o relatório anual de gestão (rag); Deliberar sobre a movimentação de recursos da saúde, entre outras atribuições.

Desta forma, o principal objetivo deste artigo é avaliar o Conselho Municipal de Saúde de Lábrea (CMS/LÁB) enquanto órgão deliberativo e promotor de políticas públicas.

Neste sentido, buscou-se realizar uma análise e discussão dos resultados obtidos a partir da observação sistemática da prática de campo, com registros no diário de campo, as quais em conjunto serão a base para buscar responder algumas questões norteadoras, como: *é necessário aprofundar a discussão teórica em torno do conceito de democracia deliberativa?; Como as deliberações do CMS influenciam na implementação de políticas públicas em Lábrea ?; Quem são os cidadãos e grupos representativos do CMS que mais contribuem na implementação e elaboração de políticas públicas de saúde?.*

Diante das observações e entrevistas realizadas, surgiram outras questões norteadoras que, embora não constem necessariamente nos objetivos do projeto, estão a elas relacionadas. A partir de nossas observações, começamos a nos indagar: *até que ponto a representação da sociedade civil nos Conselhos de Políticas Públicas tem se tornado mera virtualidade?* Ou até que ponto interesses políticos influenciam nas demandas dos Conselhos, fazendo com que se tornem espaços burocratizados, restritos à aprovação de verbas, onde apenas se referendam as propostas apresentadas, e onde o exercício da deliberação política é pouco ou quase nada observado?

A coleta de dados foi realizada mediante ao uso de entrevistas padronizadas realizadas com um roteiro elaborado, contendo perguntas preestabelecidas, seguidas por um formulário com perguntas fechadas para complementar os resultados da pesquisa realizada no CMS de Lábrea.

Os 6 (seis) conselheiros municipais de saúde entrevistados estão na faixa etária de 36 a 54 anos. Todos possuem curso superior completo e têm vínculo efetivo ou por contrato com a prefeitura. Primeiramente, perguntou-se ***a qual grupo o funcionário representa no Conselho Municipal de Saúde (CMS).*** As respostas foram:

Sindicato dos trabalhadores da Saúde. (CONSELHEIRO 1)
Profissionais de Saúde (conselho de enfermagem) (CONSELHEIRO 2)
Centro de Referência CRESS. (CONSELHEIRO 3)
Profissionais de Saúde (CONSELHEIRO 4)
Centro de Referência CRESS. (CONSELHEIRO 5)
Trabalhadores do Estado. (CONSELHEIRO 6)

A pesquisa evidencia que o Conselho Municipal de Saúde analisado segue o artigo 5º

do Regimento Interno, incluindo suas alíneas, incisos e parágrafos, em concordância com a Resolução 453/2012 e a Resolução 333/1990, terceira Diretriz, sobre a composição do Conselho. Este é composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e entidades representativas de prestadores de serviços de saúde.

Em seguida, foi perguntado aos conselheiros ***como foi o processo de escolha de representatividade de sua categoria?*** A resposta foi unânime entre os conselheiros, indicando a existência de um processo democrático na escolha do representante de cada categoria.

Também foi ***perguntado aos conselheiros se eles tinham conhecimento das funções específicas do CMS.*** Todos demonstraram, de alguma forma, possuir esse conhecimento a respeito:

Fiscalização, Deliberação e Consultivo. (CONSELHEIRO 1)
Deliberativo, e controle social. (CONSELHEIRO 2)
Deliberativo controle social. (CONSELHEIRO 3)
Participando do processo de gestão. (CONSELHEIRO 4)
Fiscalização e deliberação operativa. (CONSELHEIRO 5)
(PESQUISA DE CAMPO, 2024).

Os conselheiros entrevistados afirmaram que as funções específicas estão voltadas para fiscalização, deliberação e consultivo; controle social e participação no processo de gestão. Sendo assim:

Os atuais Conselhos de Saúde foram regulamentados em 1990, com a promulgação da Lei n. 8.142, que, junto com a Lei n.8.080, conformam a Lei Orgânica da Saúde. Os conselhos são espaços decisórios (deliberativos), de caráter permanente e paritário. São compostos por representantes dos trabalhadores de saúde, gestores, dos prestadores públicos e privados e dos usuários. (BRAVO e MENEZES, 2013, p. 285).

Dessa maneira, os Conselhos de Saúde caracterizam-se como instrumentos de controle social e deliberação de políticas públicas com participação da sociedade organizada, com vistas a uma assistência conveniente, responsável e cidadã. Tal fato se dá por meio da apropriação dos mecanismos de descentralização e participação popular.

A partir destas atribuições os conselhos são compreendidos como fundamentais para a socialização da informação e formulação de políticas sociais. E dentro desta formulação destacam-se as funções específicas dos conselheiros municipais de saúde. Essas funções mostram a grande responsabilidade que os conselheiros têm em atender às demandas.

As entrevistas nos permitiram constatar que 6 dos conselheiros entrevistados consideram regular a elaboração e implementação de Políticas Públicas de Saúde por parte do CMS/LÁBREA. ***Questionou-se também quais as principais dificuldades existentes para que***

o CMS exerça suas funções no que tange as deliberações de políticas públicas e no exercício do controle social?

Falta de capacitação e envolvimento dos atores. (CONSELHEIRO 1) Autonomia para o gerenciamento dos recursos, falta de capacitação e compromisso dos conselheiros. (CONSELHEIRO 2) Autonomia para gerenciar os recursos. (CONSELHEIRO 3) Autonomia dos recursos; falta de compromisso dos conselheiros. (CONSELHEIRO 4) Autonomia da gerência dos recursos – Conselho Estadual de Saúde. (CONSELHEIRO 5) (PESQUISA DE CAMPO, 2024).

Quanto às dificuldades foram destacadas: a falta de capacitação e envolvimento; falta de autonomia para o gerenciamento de recursos e compromisso dos conselheiros. Parte-se do pressuposto de que, muitas das barreiras enfrentadas pelos conselhos, são provenientes da cultura política ao longo da história brasileira que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo o predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos (BRAVO; MENEZES, 2013).

Por outro lado, esse dado revela a existência de limitações dos conselheiros em formular, avaliar a recriar propostas ao nível das políticas em que atuam, bem como possibilita que se oculte a falta ou corte de recursos. Posteriormente, pediu-se que fosse feita algumas considerações sobre o CMS/LÁBREA enquanto órgão fiscalizador e como este pode colaborar na elaboração e implementação de políticas públicas de sua competência.

Infelizmente, hoje não tenho como avaliar o que não é feito, é preciso de amadurecimento. É de fundamental importância que haja uma capacitação para que ao menos 90% dos conselheiros saibam o que é política pública porque sem esse conhecimento nós ficamos lutando no individualismo. É necessária essa capacitação para assim podermos cobrar o caderno de ações, pois só assim podemos fazer as deliberações necessárias. (CONSELHEIRO 1) É importante incentivar toda a população para vim participar nas reuniões, e além disso é necessário que a própria população receba uma capacitação para poder entender as questões da saúde e colaborar, pois não é só cobrar, precisa –se entender o que são políticas Públicas de Saúde. É preciso um apoio por parte da mídia, para poder a gente atinge aquela população da zona rural e não só a zona urbana. (CONSELHEIRO 2) Fiscalização (controle social) (CONSELHEIRO 3) Programa de rádio (para divulgar as ações do CMS na zona rural).(CONSELHEIRO 4) Falta de capacitação e audiência pública. (CONSELHEIRO 5) (PESQUISA DE CAMPO, 2024).

Os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Lábrea ressaltaram a necessidade de mais amadurecimento e capacitação para obter maior conhecimento e

compromisso com as políticas públicas. Eles enfatizam que isso é essencial para superar o individualismo e realizar as deliberações necessárias, conforme exigido no caderno de ações. Também sugerem incentivar a população a participar das reuniões, para que não apenas cobrem, mas também entendam o funcionamento das políticas públicas de saúde e suas resoluções. Destacaram ainda a importância do apoio da mídia, como programas de rádio, para alcançar tanto a zona rural quanto urbana e divulgar as ações do CMS de Lábrea.

A análise do papel do CMS de Lábrea como órgão deliberativo de políticas públicas foi realizada com base no trabalho de campo junto ao Conselho. Observamos que esse papel ainda é insuficiente, corroborando a opinião de alguns entrevistados, como os Conselheiros 1 e 2. Para chegar a essa conclusão, analisamos as demandas apresentadas nas reuniões do CMS de Lábrea. Constatamos que grande parte das demandas é oriunda do poder público, que ainda é o principal responsável por colocar em discussão as demandas de políticas de saúde no colegiado do CMS de Lábrea. Analisando as reuniões ordinárias ao longo do primeiro semestre de 2015, realizadas mensalmente, verificamos que demandas como o Programa Anual de Saúde (PAS), convênios da Secretaria Municipal de Saúde, e planos de combate a doenças foram frequentemente discutidas.

Por parte do colegiado do CMS de Lábrea, as demandas discutidas incluíam o relatório de prestação de contas do Relatório Anual de Gestão de 2014 e a realização da 5ª Conferência Municipal de Saúde, cuja importância no processo de deliberação de políticas públicas será analisada posteriormente. No caso dos representantes da sociedade civil no CMS de Lábrea, a contribuição para a deliberação de políticas públicas é ainda mais limitada. Embora observemos algumas colocações dos conselheiros que representam a sociedade civil organizada, movimentos sociais e populares, a simples identificação de um problema público não é suficiente para caracterizar uma política pública, conforme discutido por autores como Secchi (2012), Rodrigues (2011) e Souza (2006). Uma política pública se desenvolve em várias fases, incluindo a formação de uma agenda, formulação de alternativas, tomada de decisões, implementação, avaliação e, eventualmente, extinção ou redefinição da política.

Portanto, as discussões e deliberações do CMS de Lábrea não têm sido suficientes para influenciar a elaboração ou implementação de políticas públicas de saúde no município. Essa dificuldade no processo deliberativo nos Conselhos corrobora com dados analisados por outros pesquisadores e estudiosos do assunto. A própria Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa tem evidenciado os problemas na consolidação do exercício da função dos Conselhos através de diagnósticos que indicam:

apesar dos significativos avanços em sua ação, quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, os conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, *como o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados*; precárias condições operacionais e de infraestrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; dificuldade e desmobilização para a formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 17 – grifo nosso).

Os resultados expressos a seguir por diferentes pesquisas, além dos dados coletados e analisados, apontam para dificuldades na consolidação dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas como espaços públicos de deliberação participativa. Os problemas que limitam essa prática são variados, indo desde práticas políticas clientelistas e eleitoreiras até a falta de habilidade e capacitação técnica e política de seus conselheiros, especialmente os representantes da sociedade civil.

A falta de capacitação técnica e política tem sido objeto de análise em diversas pesquisas (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014), especialmente no segmento dos usuários. Vários fatores podem contribuir para essa insuficiência: escolaridade inadequada, falta de informação, desconhecimento da dinâmica e funcionamento dos Conselhos, pouca habilidade no uso das novas tecnologias de informação e comunicação, capacidade argumentativa limitada (nem todos os conselheiros têm facilidade para se expressar publicamente) e falta de conhecimento especializado sobre políticas públicas específicas (como educação ou saúde, por exemplo).

A ausência dessas habilidades e a falta de preparo dificultam a concretização de uma gestão participativa (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; GONÇALVES; SILVA; PEDROSA, 2008). Essa dificuldade é ainda maior no que diz respeito à deliberação de políticas públicas, o que pode ser aproveitado pelo Poder Público, especialmente se há interesses partidários na implementação dessas políticas, criando situações de manipulação dos espaços deliberativos.

É consensual afirmar que os conselhos não atingem o ideal deliberativo e, conseqüentemente, não cumprem a legislação brasileira referente ao papel dessas arenas de participação social, o que nos leva a questionar sua capacidade de alcançar determinados ideais da democracia deliberativa. Essa é pautada pela argumentação racional entre os atores políticos, apesar das diferentes formas discursivas que surgem devido às diferenças sociais e culturais existentes em nossa sociedade e que se reproduzem nos conselhos (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014, p. 492).

Apesar dessas dificuldades, é preciso salientar que tais arranjos representam um espaço de aprendizagem democrática, importantes para o desenvolvimento de uma cultura cívica. Esses espaços são locais de aprendizado de práticas democráticas, de tolerância e de cooperação, com potencial para fomentar um círculo virtuoso que tende a incutir valores de uma comunidade cívica ao incentivar a acumulação de capital social, contribuindo para o fortalecimento da democracia (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014, p. 492).

Um ponto importante na análise dos Conselhos de Saúde como órgãos deliberativos de políticas públicas são as Conferências de Saúde. As Conferências são momentos cruciais de interlocução entre o Poder Público e a sociedade civil para discutir, debater, deliberar, implementar e avaliar Políticas Públicas, especialmente as de Saúde. Realizadas a cada quatro anos, em 2024 foi organizada a 15ª Conferência Nacional de Saúde em dezembro e a 5ª Conferência Municipal de Saúde de Lábrea. Infelizmente, a 5ª Conferência Municipal ocorreu em 31 de março, 1º e 2 de abril, após o prazo para entrega deste projeto, o que impediu a análise do papel da sociedade civil no processo de deliberação de políticas públicas durante o evento.

Observamos, no entanto, que houve boa mobilização por parte do CMS de Lábrea para a realização da conferência. Foram realizadas pré-conferências com a população, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços para ampliar o debate sobre as políticas de saúde no município. A participação da sociedade civil, entretanto, não foi satisfatória. Duas pré-conferências foram realizadas especificamente para os usuários de saúde da zona urbana de Lábrea. A primeira reuniu menos de 50 pessoas e a segunda não ocorreu devido à falta de participantes, indicando o pouco interesse da sociedade em participar desses eventos.

Após as pré-conferências, estava prevista a confecção de um Relatório Consolidado com as propostas feitas durante essas reuniões, para ser analisado na 5ª Conferência. Até a finalização deste projeto, o Relatório não estava concluído pelo CMS de Lábrea. Contudo, pudemos coletar alguns dados das pré-conferências que devem compor o Relatório Consolidado, a partir do trabalho de campo realizado por nosso orientador, que também é conselheiro do CMS de Lábrea.

De acordo com os dados coletados pelo orientador, algumas propostas apresentadas nas pré-conferências pela sociedade civil organizada podem ser analisadas do ponto de vista da prática deliberativa de uma política pública.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada objetivou contribuir para o debate sobre a contribuição dos conselhos gestores de políticas públicas. Atualmente, o Conselho Gestor de Política Pública de Saúde funciona como um dos principais mecanismos de controle social, desempenhando um papel fundamental na garantia dos direitos à saúde, na fiscalização do uso dos recursos públicos destinados a essa área e na deliberação de políticas públicas do setor.

A pesquisa realizada junto ao Conselho Municipal de Saúde em Lábrea mostrou que, segundo os dados coletados, o CMS não tem atuado de maneira eficaz para influenciar na implementação de políticas públicas na área da saúde. Isso ocorre devido a uma série de fatores, desde a falta de conhecimento dos conselheiros sobre políticas públicas e as funções do conselho até possíveis práticas de manipulação política partidária nos espaços dos conselhos.

Além desses fatores, as respostas coletadas nas entrevistas apontaram para a dificuldade no gerenciamento dos recursos destinados ao conselho, o que implica na dificuldade de propor políticas públicas de saúde no município. Os estudos mostraram que a falta de capacitação dos conselheiros é um dos principais elementos que dificultam o exercício da função deliberativa do conselho. Existe certo desconhecimento dos próprios conselheiros em relação às funções do conselho, o que reflete na ausência de deliberações concretas na área da saúde em Lábrea.

Foi identificado esse exercício ainda não atingiu sua maturidade no que se refere à elaboração de políticas públicas. No campo da avaliação do Conselho Municipal de Saúde de Lábrea enquanto órgão deliberativo e promotor de políticas públicas, percebemos uma grande fragilidade nas deliberações, indicando que o conselho ainda é muito imaturo para propor soluções. Isso reflete os diversos fatores já mencionados.

É necessário que haja maior investimento do poder público na capacitação dos conselheiros, para que estes possam contribuir efetivamente no processo de descentralização da política de saúde. Essa capacitação permitiria que os conselheiros compreendessem não apenas o que é política pública e sua finalidade, mas também o processo de gestão e planejamento, atendendo com mais eficácia as demandas levadas ao CMS, além de proporcionar conhecimento sobre o conselho e suas atribuições.

No que se refere ao uso dos recursos destinados ao conselho, percebemos uma dificuldade no gerenciamento desses recursos. A ausência de autonomia tem refletido na atuação frágil e limitada do conselho frente aos problemas de saúde pública em Lábrea, pois a

autonomia deliberativa dos conselhos também depende de meios físicos, gerenciais e financeiros.

Quanto ao compromisso dos conselheiros com essa importante função pública, é fundamental que todos estejam engajados na busca por melhores condições de saúde e dispostos a buscar o bem da coletividade. A lei nº 479/2010 dispõe que o exercício da função de conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho Municipal de Saúde. No entanto, percebemos um esvaziamento nas reuniões deliberativas, apesar de os conselheiros estarem assegurados pela legislação. Para isso, é necessário que todos estejam envolvidos com as ações do conselho e participem das reuniões deliberativas, buscando elencar as demandas dos seus respectivos grupos.

REFERÊNCIAS

____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Acessado em 20/06/2024.

____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acessado em 20/06/2024.

____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Acessado em 20/06/2024.

____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 333, de 04 de novembro de 2003**. Aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Acessado em 20/06/2024.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BIN, Daniel; VIZEU, Fábio. Democracia deliberativa: leitura crítica do caso CDES à luz da teoria do discurso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro 42(1), jan/fez, 2008, p. 83-108.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. 11. ed. Brasília: Editora UnB, 1998. Vol. I.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 17. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2001.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. **O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. Serviço social: direitos sociais e competências profissionais** (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social Abepss). Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

CAMPOS, E. B. Assistência Social: do descontrole ao controle social. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, v. 1, n. 88, 2006.

CAMPOS, Edval Bernardino; MACIEL, Carlos Alberto Batista. Conselhos paritários: o enigma da participação e da construção democrática. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 55, p. 143-155, nov. 1997.

CARVALHO, A. I. **Conselho de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Ibam/fase, 1995.

CHAVES, M. (2008). Comunicação e gestão pública: desafios e perspectivas. **Revista Administração Pública**, 42(2), 273-292.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

COSTA, A. C. S. (2017). A comunicação na mobilização da sociedade civil para a defesa de seus direitos. **Dissertação de Mestrado**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

COSTA, V. M. R. Teoria democrática e conselhos de política social. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 87-111.

FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Available from SciELO Books

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed- 5. ReimpSão Paulo, 2008.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001. (questões da nossa época. v. 84).

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

GONÇALVES, A. O.; SILVA, J. F.; PEDROSA, J. I. S. **Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado conselho: o contexto dos conselhos de saúde no Brasil.** *Divulga Saude Debate*, (43), p. 96-105, 2008.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Cien Saude Colet**, 11(3), p. 797-805, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed.5. reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

LIMA, M. C. S. (2012). O uso de redes sociais por conselhos municipais de saúde: um estudo de caso. **Dissertação de Mestrado**, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre.** Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Departamento de Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2002.

MAGALHÃES, F. G. G. P.; XAVIER, W. S.. **Processo Participativo no Controle Social: Um Estudo de Caso do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG).** REAd. Revista Eletrônica de Administração, v.25, n.1, p.179-212, 2019.

PAIVA, Fernando S.; STRALEN, Cornelis J. Van; COSTA, Pedro H. A. da. Participação social e saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2), p. 44 487-498, 2014. Disponível em: . Acessado em 20/06/2024.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia.** 2. Ed. 1. Reimp. São Paulo: Rêspel, 2007.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RODRIGUES, Marta M. Assumpção. **Políticas Públicas.** São Paulo: Publifolha, 2011. (Coleção Folha Explica).

SANTOS, Boaventura de Sousa [org.]. **Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Vol. 1.

SANTOS, M. R. S. (2014). As audiências públicas como mecanismo de diálogo entre as instituições de controle social e a administração pública. **Dissertação de Mestrado**, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SILVA, F.A.B.; ABREU, L. E. L. **Saúde: capacidade de luta – a experiência do Conselho Nacional de Saúde.** Texto para discussão, Brasília: Ipea, n.933, 2002.

SOUZA, Celine. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

TATAGIBA, Luciana. **Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate.** Revista Sociologia Política, Curitiba, 25, p. 209-213, nov. 2005.