

## DINÂMICAS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE EM SÃO PAULO, RIO DE JANEIRO E BELO HORIZONTE

**Júlio César de Lima Ramires**

Docente do Instituto de Geografia (UFU)

[ramires\\_julio@yahoo.com.br](mailto:ramires_julio@yahoo.com.br)

---

### RESUMO

Este artigo tem como objetivo conhecer a dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde de São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro apontando suas potencialidades e limitações. As técnicas de pesquisa utilizadas foram a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e coleta de dados do SIACS- Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Constatou-se que Belo Horizonte se coloca em melhor posição nos avanços da participação democrática no setor saúde, quando comparados a São Paulo e Rio de Janeiro. A participação parece ser mais exitosa nas cidades com administrações mais comprometidas com as práticas democráticas. Este é o caso de Belo Horizonte que teve sucessivamente administrações com perfil mais democrático. Em São Paulo esse processo foi marcado por avanços e recuos, enquanto no Rio de Janeiro foi muito incipiente. Parte da explicação pode estar na história política de cada localidade. Os conselhos de saúde não resolverão todos os problemas de saúde da população, mas podem contribuir para a consolidação de uma sociedade mais democrática e inclusiva, e a geografia deve incorporar essa temática em suas agendas de pesquisa.

**Palavras-chave** - Conselho Municipal de Saúde; participação social; política de saúde; controle social

### ABSTRACT

This article aims to evaluate the dynamics of Municipal Health Councils' São Paulo, Belo Horizonte and Rio de Janeiro pointing their possibilities and constraints. The research techniques used were based on literature review, document analysis and data collected from o achieve this objective it is literature, documentary research and data collection from SIACS- Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. The results showed that Belo Horizonte is placed in a better position in advancing democratic participation in the health sector, compared to São Paulo and Rio de Janeiro. Participation appears to be more successful in cities with more committed government with democratic practices. This is the case of Belo Horizonte that had successively more democratic administrations profile. São Paulo showed a process marked by advances and retrogressions, while in Rio de Janeiro this process was incipient. This process can be explained by different moments in its political history. The healthy council doesn't solve all the problems of population, but may contribute to the consolidation of a more democratic and inclusive society. Geography should incorporate this subject in their research agendas.

**Keywords** – Municipal Health council; social participation; health policy; social control.

### INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo apontar algumas reflexões sobre a participação da sociedade civil no encaminhamento dos problemas do setor saúde a partir da caracterização dos conselhos municipais de saúde de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte.

As grandes metrópoles brasileiras tem sido palco de novas formas de associativismo civil, tais como as cooperativas de produção, fóruns e assembleias permanentes, redes de ONGs, observatórios da cidadania e acompanhamento de políticas públicas, dentre outros.

A grande expansão do Partido dos Trabalhadores a partir de 1988 em diversos estados e municípios do país e a sua vitória em eleições para cargos do executivo municipal pode ser apontado como uma variável importante na explicação da ampliação dos mecanismos de participação social na gestão das políticas públicas em vários municípios brasileiros. A vitória do

PT nas eleições para a prefeitura de Porto Alegre e São Paulo em 1989 e de Belo Horizonte em 1993 são marcos importantes.

Quando se discute a questão do controle social e a participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas, o exemplo de Porto Alegre sempre é apontado como a principal experiência exitosa no Brasil, inclusive com reconhecimento da comunidade acadêmica internacional. O destaque tem fundamento, mas acaba por obscurecer outros avanços da democracia participativa em outras localidades do país, como por exemplo, Belo Horizonte.

Bispo Jr. e Gerschman (2013) destacam que o Brasil tornou-se referência no debate internacional sobre reforma democrática, tendo em vista o aumento significativo de novas experiências participativas, com destaque para os orçamentos participativos e conselhos gestores de políticas públicas. A área da saúde foi a que mais precocemente incorporou os mecanismos de participação social em suas políticas públicas.

Deve-se atentar para o fato de que os conselhos podem ser instrumentos valiosos para a gestão democrática e participativa, podendo alterar a natureza do poder local, como também, se tornarem estruturas burocráticas formais reprodutoras de políticas elaboradas por cúpulas de poder, ou seja, não estão isentos das contradições da sociedade e das dinâmicas sociopolíticas.

Os procedimentos metodológicos utilizados para atingir o objetivo proposto concentraram-se no desenvolvimento de bases teórico-conceituais sobre a temática da participação social em saúde; levantamento de material bibliográfico sobre os conselhos municipais das três cidades; realização de pesquisa documental nos sites dos conselhos municipais; coleta de dados do SIACS- Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde.

## **A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E OS CONSELHOS GESTORES DE POLÍTICAS DE SAÚDE: CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS**

Gohn (2007), nos lembra de que a partir da década de 1990 a discussão do conceito de participação cidadã/social procurou não se restringir apenas aos grupos sociais excluídos (participação popular e participação comunitária). Assim sendo,

o conceito de participação cidadã está lastreado na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e uma nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas a partir de um debate político. (GOHN, 2007, p. 57)

Assim sendo, são criadas novas institucionalidades visando viabilizar a participação social no arcabouço jurídico institucional do Estado, tais como os conselhos gestores de diferentes políticas públicas setoriais, as conferências, fóruns, dentre outros.

Gohn (2003), nos lembra que na década de 1980 as lideranças dos movimentos populares comunitários tendiam a abordar os problemas urbanos de forma fragmentada e centrados na realidade de seu bairro, não vendo a cidade como um todo. A partir da década de 1990, os conselhos gestores de políticas públicas se tornam um dos principais instrumentos da ampliação da democracia no país, constituindo uma esfera pública não-estatal, com a iminente possibilidade de fortalecimento da sociedade civil e da sociedade política. Na visão da referida autora, a esfera pública possibilita a explicitação dos interesses da maioria nos processos de decisão política, sendo uma arena de confrontos, diálogos e construção de consensos. Entretanto a referida autora destaca três grandes dificuldades nesse novo ordenamento sociopolítico, a saber:

1 – para a sociedade civil passar de ator social para ator político; 2 – para a sociedade política estatal aprender a conviver com novos processos onde há parceiros, onde os administradores não são os únicos a decidirem; 3 – o exercício em si dessas novas práticas, desafios de construir espaços de interlocução entre sujeitos sociais diferenciados, representando atores sociais, políticos e culturais distintos e de origem heterogênea. (GOHN, 2003, p. 550).

Ao discutir sobre os sentidos e desafios da participação, Lüchmann (2006), declara que os estudos empíricos sobre a institucionalização e ampliação dos espaços participativos (especialmente os conselhos e Orçamento Participativo), têm fornecido pistas importantes para formulações teóricas mais refinadas sobre democracia, indicando inclusive, as possibilidades de convivência entre democracia representativa e democracia direta. A partir das idéias de Held (1987), destaca que o

modelo de democracia participativa procura se constituir como alternativa tanto às heranças da teoria política liberal (com ênfase no papel do mercado), quanto da teoria marxista (com ênfase no papel do Estado), incorporando a necessidade de combinar a ampliação da participação direta com os mecanismos de democracia representativa (eleições, garantias das liberdades, etc.). A proposta da democracia participativa pressupõe não apenas o aumento do senso de eficácia política como o desenvolvimento humano através dos processos participativos. (LÜCHMANN, 2006, p. 21)

Ainda, segundo a referida autora, as principais características da democracia participativa são:

a) o resgate da idéia de soberania popular, cabendo aos cidadãos não apenas influenciar, mas também decidir sobre questões de interesse público; b) o fortalecimento do caráter dialógico dos espaços públicos, enquanto espaços formadores de opiniões e vontades; c) reconhecimento do pluralismo cultural, das desigualdades sociais e da complexidade social; d) reconhecimento do papel dos Estado e dos atores políticos para a criação de esferas públicas deliberativas e sua respectiva implementação; e) reconhecimento das dificuldades e riscos da democracia deliberativa. (LÜCHMANN, 2006, p. 21-22)

Adicionalmente, Côrtes (2009) assinala que o conceito de participação é polissêmico e bastante discutido no âmbito da ciência política. No geral, os autores estudiosos dessa temática classificam os processos participativos por meio de tipologias admitindo que neles haja sempre a possibilidade de incremento de partilha de poder. Essas classificações podem se basear nos tipos de envolvimento dos participantes no processo de decisão política; nas diferentes atitudes ou objetivos das instituições que implantam esses mecanismos participativos ou nos diversos graus de envolvimento dos participantes.

A discussão acerca das limitações da democracia representativa procura levantar questionamentos acerca da capacidade das eleições serem realmente representativas das diferentes demandas sociais, com destaque para a perda de centralidade dos partidos políticos e sindicatos, bem como o aumento da estrutura burocrática do Estado. Bispo Jr. e Gerschman (2013) põe em evidência que

Tanto as categorias Estado como Sociedade Civil, em seu significado atual, apresentam-se de forma emaranhada e com limite poroso e pouco definido. Espaços de participação social e mecanismos de democratização do processo decisório são exemplos de aproximação e indefinição dos limites da relação entre Estado e Sociedade Civil. (BISPO JR.; GERSCHMAN, 2013, p. 11).

Segundo Wampler (2010) a gestão participativa ganha relevo na sociedade brasileira tendo em vista que os tradicionais mecanismos de interação Estado e sociedade civil – partidos políticos e poder legislativo – apresentam muitas fragilidades, colocando o executivo municipal como principal ator político. Assim sendo,

Na ausência de um sistema partidário forte e na presença de um legislativo fraco e fragmentado, a gestão participativa ocupa, agora, um papel crucial na filtragem das demandas emergentes das comunidades organizadas. As autoridades do governo e os líderes comunitários usam a gestão participativa como parte de um processo de sinalização, por meio do qual as idéias e os problemas podem ser compartilhados. Novos atores políticos, gerados pela gestão participativa, são aqueles criados para intermediar a relação entre as elites políticas (prefeitos, secretários) e os cidadãos comuns; esses intermediários são funcionários de médio escalão do governo e líderes

comunitários, que trabalham em conjunto para resolver problemas sociais e políticos.” (WAMPLER, 2010, p. 396).

Esse novo contexto não está isento de ambigüidades e contradições, e na visão de Bispo Jr. e Gerschman (2013, p. 11),

A incorporação de atores societários no interior do Estado e na arena decisória representa um avanço do ponto de vista da democratização do poder e da valorização da cidadania. Por outro lado, a experiência dos fóruns participativos e deliberativos trouxe consigo alguns potenciais riscos de desvirtuamento e distorção tanto da atuação dos representantes não estatais como da própria relação entre Estado e sociedade.

Para Wampler (2010, p. 395)

a gestão participativa definida como a devolução aos cidadãos do poder de decisão na formulação de políticas locais, através da estruturação de espaços que conformam a participação tanto do Estado, quanto da sociedade civil, produz novas formas de engajamento entre estes atores. Instituições de gestão participativa estão, agora, produzindo novas redes, novos mecanismos de comprometimento sobre acordos firmados e novos tipos de conexão entre ativistas de movimentos sociais, líderes comunitários, especialistas de políticas públicas, burocratas e as prefeituras.

Bispo Jr. e Gerschman (2013) apontam algumas particularidades dos conselhos de saúde, que explicam em parte, o seu papel de destaque frente à outros conselhos setoriais, a saber: o seu caráter deliberativo e sua potencialidade para influenciar a formulação das políticas do setor, e a paridade entre representantes dos usuários e demais segmentos.

A discussão acadêmica dos conselhos gestores de políticas públicas ainda é modesta no âmbito da geografia, apesar de envolver temas relativos ao poder, política, participação e democracia, todos imbuídos de caráter eminentemente geográfico. Sobre este último tema Castro (2013, p. 25) observa que

apesar da natureza espacial da democracia, a reflexão ou mesmo a curiosidade sobre ela como teoria e como realidade empírica é estranhamente débil na geografia, ainda que temas relacionados às políticas públicas, ao Estado, à justiça social, à gestão do território, ao poder, ao espaço público, etc. façam parte da agenda da disciplina. Tendo em vista que quaisquer abordagens dos temas acima tomam os formatos institucionais como parâmetro e a democracia, ou sua ausência, afeta esses formatos seria, pois, de esperar maior atenção a essa questão.

Segunda a referida autora a incorporação periférica de determinados temas relacionados à democracia, participação e representação política na geografia tem relação com o predomínio do paradigma marxista em nossa ciência a partir do final da década de 1970 que privilegiou a economia política em detrimento da política. A questão da distribuição territorial do poder político tornou-se um dos principais temas da ciência política na atualidade e isso favorece o diálogo com a geografia.

## **CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, RIO DE JANEIRO E SÃO PAULO**

A contextualização dos três conselhos foi elaborada a partir do resgate da literatura e pesquisa documental e segundo Mota (2010) na análise dos mecanismos de participação social deve-se levar em conta certa herança centralista que perpassa a formação social brasileira, e que

constitui um dos entraves fundamentais para pensar as relações entre sociedade civil, sociedade política, desenhos institucionais e geração de modelos de gestão pública participativa.

A referida autora procura nos fatos históricos possíveis explicações para os desenhos participativos de Minas Gerais e Rio de Janeiro a partir da seguinte explicação:

Em Minas Gerais, principalmente na capital do estado, podemos observar uma sensível revolução social e política que, a partir da interação positiva de variáveis históricas diversas, alterou a relação entre público e privado, e a forma como esses elementos são combinados, na relação com o Estado. Um simples traço organizativo, como a construção da nova e moderna capital na transição do século XIX para o XX, fato que para o “buliçoso! Espírito das pessoas que viviam nas terras onde o ouro britava (Carvalho, 2008), representava uma quebra visível com o passado colonial manifesto nas cidades de Ouro Preto e Mariana, ajuda a compor os elementos que fazem dessas pequenas mudanças que foram importantes para efetivar e alterar o curso político. (MOTA, 2010, p. 308).

A construção planejada de Belo Horizonte no final do século XIX foi cunhada em um projeto de espaço urbano moderno, visando romper com o passado colonial opulento materializado nas cidades de Ouro Preto e Mariana. Na primeira metade do século XX, o prefeito de Belo Horizonte – Juscelino Kubstishek – reforçou o ideário de liberdade, “ da participação, da formação de uma ideia de público baseada na iniciativa individual, aliado as marcas do progresso, urbanização e industrialização que marcaram sua carreira política.” (MOTA, 2010, p. 322).

Em relação ao Rio de Janeiro, por ser durante um longo período a capital do país, fez com que a cidade funcionasse

como uma caixa de ressonância da nação, sendo esta uma das principais marcas da política da cidade do Rio de Janeiro. Temas Nacionais superavam e se sobrepunham os temas locais. A cultura política carioca era marcada, portanto, por uma forte nacionalização, fragmentação e politização. Nessa época, conseguia-se mobilizar a cidade em torno das questões políticas nacionais” (DUTRA, 2010, p. 127)

Mota (2010, p 326) destaca que

Mesmo com a construção de Brasília, a nova capital da República, o Rio de Janeiro continuou apresentando forte presença do aparato administrativo federal. A partir de 1960, com a construção da nova capital, o Rio de Janeiro passou a compor o estado da Guanabara. Porém, em 1964, com a instalação da ditadura militar no Brasil, o processo de fortalecimento de uma democracia local foi interrompido. Devido a essa conjuntura histórica, até a redemocratização de 1988, que efetivamente estava marcado um novo momento para o Rio de Janeiro, que deveria passar a ser encarado como mais um estado da federação em termos políticos, a sociedade civil local e também as lideranças políticas concentraram suas atenções no quadro nacional, mesmo já não sendo mais a capital federal.

Segunda a referida autora

a construção e efetivação de Brasília como capital da República, pode ser visto como um dos fatores que refreou esse processo de descentralização e de construção da idéia de democracia local no Rio de Janeiro, e que poderia ter marcado, terminantemente, o fim do centralismo como prática política recorrente nesse local. (MOTA, 2010, p. 328).

Deve-se ainda ressaltar que a mobilização para a criação do Conselho Municipal de Saúde ocorreu em 1989, antes da legislação federal apontar a sua obrigatoriedade em todos os municípios brasileiros, condicionando aos repasses financeiros dos SUS.

Segundo Wampler (2010), a partir de 2009 é possível constatar na cidade, a existência de cerca de 40 conselhos municipais compostos por quase 800 conselheiros, centenas de espaços locais de participação (unidades de saúde, escolas, comissões de parques), com grande potencial para a ampliação da democracia participativa, merecendo destaque para o fato de que

a gestão participativa ocorre em vários espaços institucionais em toda a cidade. Demasiadas vezes os nossos estudos se concentram em um tipo de instituição (orçamento participativo), deixando de reconhecer que os líderes comunitários e os funcionários de médio escalão do governo, os novos intermediários, engajam-se em múltiplos espaços de participação, tanto dentro como fora dos espaços formais. Hoje, os líderes da sociedade civil estão dentro do governo local dos grandes centros urbanos do Brasil. (WAMPLER, 2010, p. 435).

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi criado em 1991, permitindo a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde. Como órgão permanente e deliberativo tem como finalidade central auxiliar a administração municipal na formulação, execução e controle das políticas públicas de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros.

A criação do referido conselho foi fruto da mobilização dos movimentos sociais articulados ao movimento sanitário nas décadas de 1970 e 1980 em escala nacional, que culminou com a incorporação dos direitos à saúde na Constituição de 1988 e a criação e implantação do Sistema Único de Saúde no início da década de 1990.

Conforme aponta estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2007), um dos marcos importantes da luta pela saúde na cidade/município do Rio de Janeiro foi o 1º Encontro Popular pela Saúde, realizado em 1980, na Cidade de Deus, organizado pela Federação de Associações de Moradores do Rio de Janeiro (FAMERJ), Sindicato dos Médicos, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), além de outras entidades ligadas à área da saúde. Contou com cerca de 3.000 participantes de cerca de 100 comunidades da cidade.

Souza (2011) nos lembra que os Grupos Executivos Locais (GEL's) foram os primeiros mecanismos de controle social da saúde implantados no município do Rio de Janeiro no início dos anos 1980 visando gerir e administrar o convênio das Ações Integradas da Saúde (AIS) com o antigo INAMPS. Era uma espécie de conselho distrital composto por representantes das associações de moradores e diretores das instituições de saúde.

A temática da saúde também passou a ser discutida e incorporada à pauta de reivindicações do movimento sindical. As diferentes mobilizações sociais em defesa da saúde pública de qualidade e inclusiva nos anos 1980 e 1990, não foram suficientes para reverter os graves problemas do setor saúde na cidade do Rio de Janeiro. Esse fato aponta para o questionamento da efetividade da atuação dos conselhos de saúde.

Mesmo em um contexto de menor mobilização social na década de 1990, a implementação do Sistema Único de Saúde no país apontava a obrigatoriedade de Estados e Municípios criarem mecanismos de controle social, como os Conselhos e as Conferências de Saúde. Assim sendo, o Município do Rio de Janeiro também incorporou esses instrumentos em sua política de saúde.

Ao longo do tempo, a legislação que instituiu o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, bem como seus Conselhos Distritais, sofreu alterações, e atualmente é regulada pela Lei nº 5.105 de 3 de novembro de 2009. Alguns artigos da legislação anterior foram alterados, como por exemplo, a composição, duração dos mandatos, e demais ajustes ao novo formato da Secretaria Municipal de Saúde que incorporou o aparato da Defesa Civil.

No quadro 1 visualiza-se a trajetória político partidária nos três municípios a partir da implantação das eleições diretas em meados dos anos 1980, que ajudam a explicar em parte, a trajetória de consolidação dos conselhos municipais de saúde em cada localidade.

Quadro 1 – Prefeitos eleitos em Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo a partir da Nova República

Gestões	Belo Horizonte	Rio de Janeiro	São Paulo
1986-1988	Sergio Mario Ferrara (PMDB)	Roberto Saturnino Braga (PDT) Jó Antonio Resende (PDT)	Jânio Quadros (PTB)
1989-1992	João Pimenta da Veiga Filho (PSDB) Eduardo Azeredo (PSDB)	Marcelo Alencar (PDT)	Luiza Erundina (PT)
1993-1996	Patrus Ananias (PT)	Cesar Maia (PMDB)	Paulo Salim Maluf (PDS)
1997-2000	Célio de Castro (PSB) Fernando Pimentel (PT)	Luiz Paulo Conde (PFL)	Celso Pitta (PPB) Regis de Oliveira (PMN) Celso Pitta (PPB)
2001-2003	Fernando Pimentel (PT)	Cesar Maia (PTB)	Marta Suplicy (PT)
2004-2008	Fernando Pimentel (PT)	Cesar Maia (DEM)	José Serra (PSDB) Gilberto Kassab (PFL/DEM)
2009-2012	Mario Lacerda (PSB)	Eduardo Paes (PMDB)	Gilberto Kassab (DEM/PSB)
2013-2016	Mario Lacerda (PSB)	Eduardo Paes (PMDB)	Fernando Haddad (PT)

Fonte: Pesquisa na internet (2014).

Apesar do PSDB sair vitorioso nas eleições de 1988, o PT elegeu 9 vereadores, sendo a maior bancada na Câmara Municipal de Belo Horizonte, consolidando sua base político-partidária, que teve repercussões nas eleições municipais de 1992.

A coalizão política envolvendo o PT e PSB entre 1993 e 2009, produziu uma experiência de participação social relevante, que ampliou de forma significativa os canais de participação social em Belo Horizonte. Conforme nos lembra Takamatsu (1996) a administração municipal que assumiu o governo de Belo Horizonte em janeiro de 1993 foi apoiada por forças progressistas da Frente BH Popular, sendo o Partido dos Trabalhadores sua maior base partidária. Implementou-se a experiência do orçamento participativo e diversos conselhos foram criados (Defesa da Criança e do Adolescente, Habitação, Idoso e Deficiente Físico).

No caso de Belo Horizonte, Wampler (2010, p 397) nos lembra que

Os cinco mandatos consecutivos por partidos de centro-esquerda na capital de Minas Gerais, Belo Horizonte, institucionalizaram um projeto de transformação política destinado a promover a justiça social e participação popular. Uma coalizão política, liderada pelo PT e PSB, promulgou uma série de reformas políticas, em que se buscou dirigir os recursos escassos para pessoas e bairros de baixa renda. Ao longo de um período de dezessete anos (1993-2009), os líderes do governo aprovaram uma série de reformas, por meio da criação de espaços públicos dentro do governo local, a fim de proporcionar aos cidadãos o acesso a funcionários do governo, para permiti-los terem voz no processo de decisão política e, finalmente, dar a eles o direito ao voto sobre políticas públicas e programas.

Conforme nos lembra Mota (2010) no Rio de Janeiro desde o período da redemocratização observamos a prevalência de partidos políticos que não tem com marcas fundamentais as tentativas de “desverticalização” do exercício do poder político por meio dos da ampliação dos mecanismos de participação popular.

As duas primeiras gestões eleitas da prefeitura do Rio de Janeiro foram ocupadas por candidatos brizolistas que não tiveram a participação popular como bandeira de lutas. A crise econômica estrutural que afetava o país e a cidade limitou a ação desses governos que se diziam comprometidos com os grupos sociais desfavorecidos. A eleição de Cesar Maia em 1992, foi baseada na promessa de um governo técnico e competente. O perfil de prefeito competente garantiu sua reeleição em 2000 e 2003. No seu último mandato a crise no setor saúde ganhou projeção nacional, culminando com desabilitação do município da gestão plena da saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, e com a retomada por parte do Ministério da Saúde de quatro hospitais federais (Andaraí, Ipanema, Lagoa e Cardoso Fontes) e duas unidades Municipais (Souza Aguiar e Miguel Couto). A maioria das deliberações das conferências municipais de saúde referentes ao modelo assistencial e gerencial não foram executadas, com aumento progressivo da rede privadas e grandes entraves ao desenvolvimento e consolidação do SUS na cidade.

As duas gestões de Eduardo Paes são marcadas por planos de terceirização dos serviços de saúde e aprofundamento de parcerias com rede privada.

Em relação a São Paulo, Avritzer; Recamán; Venturi, (2004) nos lembram que o associativismo popular na cidade tem sua base histórica nos movimentos pela melhoria das condições de saúde, moradia e o associativismo comunitário. As associações de moradores dos bairros Jardim Nordeste e São Mateus tiveram um papel de protagonistas nos movimentos de reivindicatórios por melhorias das condições de saúde na Zona Leste, culminando com a inauguração do Centro de Saúde do Jardim Nordeste em 1978.

Sacardo (1995) assinala que uma estratégia utilizada nos anos 1970 era a realização de caravana até a Secretaria de Saúde a fim de apresentar e cobrar reivindicações. Em 1979 realizou-se uma grande assembléia em São Mateus, com mais de mil pessoas de bairros da região e com a presença do secretário estadual de saúde para discussão de diversas demandas, inclusive a criação de um conselho de representantes das comunidades para fiscalizar as unidades de saúde, já que esta possibilidade existia no âmbito da legislação da Secretaria Estadual de Saúde.

Segundo a referida autora, o secretário de saúde acatou a proposta e a própria comissão organizou as eleições em cerca de 10 dias, contando com 8.146 eleitores que escolheram 12 donas de casa para a gestão do 1º Conselho Local de Saúde com mandato de 2 anos. Essa experiência foi estendida para outros bairros da Zona Leste, com caráter apenas fiscalizador e reivindicativo das questões pertinentes aos serviços de saúde.

Bógus (2009), por sua vez, destaca que o Conselho Municipal de Saúde São Paulo foi criado em 1989, durante a gestão da prefeita Luiza Erundina, antecipando a legislação federal de 1990 que regulamentou o SUS e instituiu os conselhos e as conferências de saúde como instâncias de participação popular.

Deve-se ressaltar que ao longo da administração de Luiza Erundina foram realizados muitos esforços focados na implantação de novos mecanismos de participação social, na equalização das disputas internas do PT, e também com a relação conflituosa com a Câmara dos Vereadores, reflexo da sua frágil base de apoio. Coutinho (1997) nos lembra que houve esforços para garantir as condições legais de implantação e funcionamento do CMS, tomando boa parte do tempo e mobilização dos conselheiros.

Dados reproduzidos por Sacardo (1995, p. 22) indicam que até junho de 1992 implantou-se 160 conselhos gestores de unidades de saúde, 10 conselhos distritais e 5 conselhos nas Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Durante a gestão de Paulo Maluf houve um retrocesso nos mecanismos de participação social, tendo em vista o perfil político ideológico de sua administração e o Conselho Municipal de Saúde foi desativado. Segundo dados reproduzidos por Coutinho (1997) em 1995 a cidade contava com 218 unidades básicas de saúde e em 132 delas havia conselho gestor, reduzindo-se em seguida para 88 conselhos de unidades, e desaparecendo em 1996 com a implantação do



Plano de Atendimento à Saúde – PAS. Romão Netto (2006, p. 49) destaca que durante a gestão de Paulo Maluf.

O Conselho Municipal foi substituído pelo Conselho do PAS, que tinha seus membros nomeados pelo Prefeito, e os Conselheiros eram remunerados para a tarefa. O Conselho Municipal, mesmo tendo sua obrigatoriedade estabelecida pelo SUS, pode deixar de existir devido ao fato de o então prefeito ter aberto mão do repasse federal do PAB para o município de São Paulo.

As gestões de Paulo Maluf e Celso Pitta foram marcadas por grandes problemas com impactos negativos nos avanços sociais e políticos construídos durante a gestão de Luiza Erundina. A Implantação do PAS foi objeto de grandes controvérsias e irregularidades. Ele plano era formado por cooperativas de trabalhadores da área da saúde, com responsabilidade direta da gestão das unidades de saúde. Apesar de ter sido aprovado pela Câmara dos Vereadores, auditorias realizadas pelo Ministério da Saúde evidenciaram inúmeras irregularidades, afrontando princípios basilares do SUS, emperrado por preceitos inconstitucionais. A desativação do CMS foi possível tendo em vista que o PAS abriu mão de repasses financeiros do Ministério da Saúde.

A gestão de Celso Pitta, por sua vez, foi marcada por escândalos de corrupção culminando com a sua substituição pelo vice-prefeito, e posterior retorno à custa de mandato judicial

Como nos lembra Wampler (2004) na gestão de Marta Suplicy, o PT contava com uma boa base de apoio na Câmara dos Vereadores, mas os mecanismos participativos tiveram moderado avanço tendo em vista que o grupo político que assessorava a prefeita não possuía fortes laços com o movimentos sociais organizados. Na sua gestão, a Coordenadoria de Participação Popular fomentava a articulação entre os conselhos da cidade por meio do Fórum InterConselhos, realizados em 2002 e 2003.

Em São Paulo a participação social pode ser caracterizada como um “efeito sanfona” que se expande e se contrai em função das ações do poder público no equacionamento das demandas da população e dos movimentos sociais organizados. (AVRITZER; RECAMÁN; VENTURI, 2004). Os referidos autores nos lembram que o Orçamento Participativo instituído em São Paulo em 2001 deliberou apenas sobre a distribuição de bens públicos nas áreas da saúde e educação, as duas áreas com maior tradição de participação social na cidade.

Como indica Mota (2010, p. 309) “práticas políticas que privilegiam o estabelecimento de relações hierárquicas, personalistas e verticais colocam mais entraves para o estabelecimento de governos democráticos participativos.”

## **UMA ANÁLISE COMPARATIVA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE E RIO DE JANEIRO E SÃO PAULO**

Apesar de não ser o único fator explicativo, a trajetória político partidária de Belo Horizonte e São Paulo nos ajudam a entender o desenvolvimento de práticas mais democráticas de gestão pública.

Por meio da tabela 1 verifica-se a trajetória de expansão dos conselhos gestores de políticas públicas para um conjunto de cidades selecionadas (grandes metrópoles e cidades não-metropolitanas) entre 1997 e 2008, a partir de pesquisa empírica realizada por Avritzer (2010). As cidades do Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Campinas tem uma trajetória ascendente, enquanto São Paulo consta-se uma redução do número de conselhos gestores. As cidades não metropolitanas como Petrópolis, Montes Claros e Juiz de fora tem um crescimento significativo ao longo do período.

Tabela 1

Número de conselhos em cidades selecionadas com mais de 100.000 habitantes – 2009

UF	Cidades	Número de conselhos por gestão			Número médio de conselhos
		1997-2000	2001-2004	2005-2008	
RJ	Rio de Janeiro	22	26	27	25
	Petrópolis	13	20	21	18
	Volta Redonda	7	10	10	9
MG	Belo Horizonte	21	24	28	24
	Juiz de Fora	20	22	25	22
	Montes Claros	7	-	20	14
	Poços de Caldas	5	13	23	14
	Uberlândia	3	15	17	12
SP	São Paulo	13	19	13	15
	Campinas	16	27	29	24
	Cubatão	6	6	6	6
	Sorocaba	7	8	8	8

Fonte: AVRITZER, 2010, p. 18 (Adaptação Julio C. L. Ramires)

Em relação às variáveis que procuram traduzir a qualidade da participação por meio da quantidade de instituições participativas, sua diversidade, durabilidade e capacidade deliberativa apresentadas na tabela 2, Belo Horizonte se apresenta com destaque seguida de Campinas, São Paulo e Rio de Janeiro. Por outro lado destacam-se Petrópolis e Volta Redonda com variáveis mais avançadas que o Rio de Janeiro. Juiz de Fora e Poços de Caldas se aproximando de Belo Horizonte. Campinas apresenta um desempenho melhor que São Paulo. Apesar de nosso estudo estar focado apenas em Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, esses dados são importantes para ilustrar os avanços dos mecanismos de democratização e participação social para além dos grandes espaços metropolitanos.

Tabela 2

A participação em 4 Dimensões em cidades selecionadas - 2009

UF	Cidades	Densidade de instituições participativas	Diversidade de instituições participativas	Durabilidade das instituições participativas (em gestões)	Capacidade deliberativas das instituições participativas (pelos Ris)
RJ	Rio de Janeiro	25	1	2	0,960
	Petrópolis	33	2	5	1,000
	Volta Redonda	29,7	2	5	1,113
MG	Belo Horizonte	44,3	3	9	1,085
	Juiz de Fora	42,3	3	4	1,085
	Montes Claros	18,5	2	2	1,085
	Poços de Caldas	33,7	3	3	1,133
	Uberlândia	26,7	2	2	1,028
SP	São Paulo	30	2	4	1,085
	Campinas	39	2	3	1,227
	Cubatão	21	1	4	1,040
	Sorocaba	12,7	1	4	1,000

Fonte: AVRITZER, 2010, p. 36 (Adaptação Julio C. L. Ramires)

A partir de pesquisa documental sobre os três conselhos constatou-se que os mesmos estão em consonância com a Resolução nº 333 de 2003 do Conselho Nacional de Saúde que disciplina o funcionamento dos conselhos de saúde no país. Todos possuem dotação orçamentária própria, realizam cursos de capacitação dos seus conselheiros, possuem outras instâncias colegiadas (conselhos locais, distritais, regionais), e possuem comissões temáticas para subsidiar e acompanhar a discussão de determinados assuntos relacionados à saúde.

As comissões do CMS de Belo Horizonte são aprovadas por resoluções internas e abordam questões muito específicas, a saber: Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica; Comissão Interinstitucional de Saúde Humana na sua relação com os animais; Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; Mesa Permanente de negociação no âmbito do SUS.

No caso do CMS de São Paulo há uma Comissão InterConselhos, fato que pode ser apontado como um elemento positivo no sentido de evitar o insulamento dos diversos conselhos abrindo possibilidades de discussão e construção de políticas intersetoriais. Por outro lado, no CMS do Rio de Janeiro há uma Comissão Especial para Acompanhar Eventos de Massa, passível de questionamentos de sua real necessidade.

Deve-se ainda destacar que há comissões específicas para DST/AIDS (no CMS-RJ e CMS-SP), Gênero, Raças e Etnias (CMS-RJ) e Saúde da População Negra e Saúde Da Mulher (CMS-SP), não se constatando o mesmo para o CMS – BH.

Na tabela 3 é apresentado a composição dos três conselhos, e por meio dela verifica-se que São Paulo, a cidade com mais de 10 milhões de habitantes possui apenas 32 conselheiros, levantando questionamentos acerca da sua representatividade. Por outro lado, o CMS-RJ é o que possui maior número de conselheiros, mas por outro lado, é aquele que apresenta o pior nível de desenvolvimento. Assim sendo, há que se levar em conta a qualidade da participação nesses espaços.

Tabela 3 - Composição dos conselhos municipais de saúde de Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo – 2014/2015

Representantes	Belo Horizonte	Rio de Janeiro	São Paulo
Usuários	18	20	16
Trabalhadores da Saúde	9	10	8
Prestadores de Serviço	4	6	4
Gestores	5	4	4
Total	36	40	32

Fonte: Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde e Sites dos Conselhos.

Os presidentes dos conselhos são eleitos, merecendo destacar que as eleições para eleição do presidente do CMS-RJ aconteceram após mudança em seu regimento interno em 2009, que até então assegura a presidência do conselho para o Secretário Municipal de Saúde. Para a presidência do CMS-BH há um revezamento anual entre um representante dos usuários e um representante dos trabalhadores da saúde. O presidente e os conselheiros do CMS-RJ tem mandato de 4 anos. A página do CMS-BH é a que apresenta melhor nível de organização e mais disponibilidade de informações, contendo apresentação, histórico, estrutura, apresentação das câmaras técnicas e comissões temáticas, representantes, normatização (legislação, regimento interno, atas de todas as reuniões e resoluções internas desde 1991), biblioteca (jornais do conselho, Plano Municipal em vigor, e alguns relatórios).

Os CMS-BH e CMS-SP possuem página no facebook, mas para o Rio de Janeiro, e apenas o Conselho Distrital de Saúde da AP 3.1 está presente nessa rede social.

Um fato interessante na composição do CMS de Belo Horizonte é a participação de um representante da Câmara Municipal de Vereadores. Conforme nos lembra Takamatsu (1996, p. 160)

A inclusão de um representante do Poder Legislativo municipal, foi ponto polêmico desde o primeiro esboço do Projeto de Lei de criação do Conselho. Durante o ano de 1995, o representante da Câmara Municipal não compareceu a nenhuma reunião. A Câmara não formalizou a substituição de seu representante, nem o Conselho de Saúde providenciou a sua dispensa, apesar do regimento interno prever esta medida em caso de falta de 3 reuniões consecutivas, sem motivo justificado, ou 6 intercaladas no período de 1 ano (Art. 7º).

Conforme destaca Tatagiba (2004), há certa polêmica na literatura especializada sobre os mecanismos de participação de outros níveis de governos nos conselhos gestores de políticas públicas, na medida em que esta participação fere princípios da autonomia entre os poderes executivo, legislativo e judiciário.

Deve-se, entretanto, destacar que a aproximação dos Conselhos Municipais, a Câmara dos Vereadores e entidades do poder judiciário são importantes para o funcionamento mais harmonioso dos conselhos.

Resultados apresentados em 2012 sobre o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) elaborado pelo Ministério da Saúde para cada município e estado do país revelaram que dos três municípios objetos de nossa análise, Belo Horizonte apresentou o melhor desempenho. O Rio de Janeiro por sua vez, apresentou os piores indicadores de saúde dentre as grandes capitais. A criação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) a partir de 2009, como forma de enfrentar a crise gerencial do setor nesta cidade tem sido objeto de críticas, apesar de atualmente apresentar uma ligeira melhoria de alguns indicadores. Deve-se ressaltar que o IDSUS foi construído a partir de dados de 2008/2010.

Mesmo considerando as críticas a esse indicador, e a impossibilidade de estabelecermos correlações diretas com a atuação dos conselhos municipais de saúde na formulação e fiscalização das políticas para o setor, o bom desempenho de Belo Horizonte pode estar associados aos avanços do controle social na cidade.

Deve-se levar em conta que nos conselhos municipais de saúde há uma ampla gama de competências, o trato com temas de difícil compreensão para a maioria dos membros, bem como a árdua tarefa de discutir, formular, implementar e fiscalizar as políticas de saúde. Isso exige conhecimentos específicos e disponibilidade de tempo. (BISPO JR.; GERSCHMAN, 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os avanços e retrocessos podem da participação nas três cidades analisadas estão associados aos diferentes momentos da história política de cada uma dessas localidades e suas relações com contextos mais amplos, como no caso do Rio de Janeiro, marcado pelo signo de ter sido capital do país.

As três cidades apresentam grandes problemas relacionados à saúde de população e uma história de lutas sociais em prol da sua melhoria bastante expressivas. Merece destacar o fato de que os conselhos de Belo Horizonte e São Paulo foram criados antes da legislação federal que disciplinou o funcionamento dos conselhos municipais de saúde no país em 1990, e isso não pode ser dissociado do peso dos movimentos sociais organizados e do perfil político ideológico das administrações municipais do período.

Por meio do material levantado e analisado foi possível constatar que Belo Horizonte se coloca em melhor posição nos avanços da participação democrática no setor saúde, quando comparados a São Paulo e Rio de Janeiro. A participação parece ser mais exitosa nas cidades com administrações mais comprometidas com as práticas democráticas. Este é o caso de Belo Horizonte que teve sucessivamente administrações com perfil mais democrático; em São Paulo esse processo foi marcado por avanços em recuos, enquanto no Rio de Janeiro foi muito incipiente. Não se pode negar o importante papel que os atores estatais possuem na lógica de

funcionamento dos conselhos municipais de saúde com importantes implicações na condução da política deste setor.

Deve-se destacar que a criação dos conselhos municipais de saúde de São Paulo e Belo Horizonte ainda em 1989, antecipando a legislação federal que institucionalizou a sua obrigatoriedade frente aos repasses de verbas do SUS, evidencia os avanços dos movimentos sociais organizados em torno das demandas de saúde nessas duas localidades.

A comunicação interna e externa dos conselhos de saúde são fundamentais para a consolidação do controle social, exigindo investimentos em meios formais de comunicação. Apenas no CMS de Belo Horizonte evidenciou-se esse empenho, por meio da edição e circulação de uma jornal informativo do conselho – Consaúde - com uma tiragem de quase 19 mil exemplares, que são distribuídos em várias partes da cidade e também está disponível em sua versão digital no site do conselho. Além disso, as páginas dos conselhos de São Paulo e Rio de Janeiro são bastante limitadas, enquanto a de Belo Horizonte é mais completa, inclusive com todas as atas de reuniões e resoluções desde a sua fundação.

Merece destacar que no resgate da literatura acadêmica sobre os três conselhos, verificou-se um número bem menor de estudos sobre o CMS do Rio de Janeiro, sendo necessário estudos mais aprofundados para explicar este fato.

A literatura sobre os conselhos municipais de saúde no Brasil reforçam a ideia de que o processo de construção democrática não é linear, mas comporta conflitos, contradições e fragmentações. Logo, é previsível que esses conselhos gestores reproduzam as ambigüidades e fragilidades da sociedade brasileira.

Nos três conselhos há recortes espaciais para o planejamento e ações de saúde que são utilizados para a operacionalização dos mecanismos de participação social, sem nenhuma preocupação mais apurada no sentido de potencializar a dimensão territorial nesses processos. Nas grandes metrópoles, com milhões de habitantes, e com um espaço intra-urbano complexo e marcado por extremas desigualdades sociais, é importante incorporar essa dimensão socioterritorial nos processos de participação das políticas de saúde. Alguns esforços já foram implantados, como os conselhos regionais, distritais e locais, mas é necessário avançar tanto em termos teórico-conceituais como operacionais.

Tendo em vista a grande complexidade que envolve o setor da saúde, não se deve atribuir aos Conselhos Municipais das três cidades a única responsabilidade na eliminação das iniquidades do setor por meio da formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.

Os conselhos de saúde não resolverão todos os problemas de saúde da população, mas podem contribuir para a consolidação de uma sociedade mais democrática e inclusiva, e a geografia deve incorporar essa temática em suas agendas de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. C. R.; CUNHA, E. S. A produção de conhecimento sobre os conselhos de políticas públicas: alguns desafios metodológicos; In: AVRITZER, L.; SILVA, E. M. (org.) **Metodologias e participação..** Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2009.

AVRITZER, L. Introdução. In: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação social no Brasil.** São Paulo; Cortez, 2010, p. 7-56.

BISPO JR., J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2013.

BÓGUS, Claudia Maria. **Conselhos gestores de políticas no município de São Paulo: identidade, limitações e potencialidades na perspectiva da promoção da saúde.** São Paulo. 2009. 220 f. Tese (Livre-docência em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CASTRO, I. E. de. Democracia como problema para a geografia: o fundamento territorial da política. In: CASTRO, I. E. de.; RODRIGUES, J. N.; RIBEIRO, R. W. (org.) **Espaços da democracia: para a agenda da geografia política contemporânea.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013, p. 23-55.

CÔRTEZ, S. V. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. In: \_\_\_\_\_. (org.). **Participação e saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 19-39.

COUTINHO, J. A. A participação popular na gestão da saúde de São Paulo. **Lutas Sociais,** São Paulo, v. 2, p. 125-140, 1º semestre de 1997.

DUTRA, V. de C. de A. **Controle social e participação na gestão da saúde: a experiência do município do Rio de Janeiro.** 2010. 207 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GOHN, M. da G. Associativismo civil, conselhos de gestão na saúde e as cidades brasileiras. In: RASSI NETO, E.; BÓGUS, M. (org.) **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada.** Brasília: OPAS, 2003, p. 41-63.

\_\_\_\_\_. **Conselhos gestores e participação sociopolítica.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

HELD, D. **Modelos de democracia.** Belo Horizonte: Paidéia, 1987.

LÜCHMANN, L. H. H. Os sentidos e desafios da participação. **Ciências Sociais Unisinos,** São Leopoldo, v. 42, n. 1, p. 19-26, jan./abr. 2006.

MOTA, A. Sobre contexto(s) e história (s):o centralismo como limite concreto à possibilidade de efetivação de práticas de participação política ampliada. In: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação social no Brasil.** São Paulo; Cortez, 2010, p. 305-332.

PIRES, R. C.; VAZ, A. C. N. Participação faz diferença? Uma avaliação das características e efeitos da institucionalização da participação nos municípios brasileiros. In: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação social no Brasil.** São Paulo; Cortez, 2010, p. 253-304.

ROMÃO NETTO, J. V. **Participação popular em saúde: o caso dos conselhos gestores das subprefeituras de São Paulo.**2006. 257 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SACARDO, G. A. **A participação no conselho gestor da unidade de saúde do Jardim Tietê – Zona Leste do Município de São Paulo.** São Paulo. 1995. 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1995.

SOUZA, M. F. **Comunicação e democracia nos conselhos de saúde: um estudo sobre os processos deliberativos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro. 2011. 153 f. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) -Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

TAKAMATSU, S. L. **Gestão pública participativa**: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Rio de Janeiro. 1996. 226 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getulio Vargas/Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1996.

TATAGIBA, L. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. In: AVRITZER, L. (org.) **A participação em São Paulo**. São Paulo: UNESP, 2004, p. 323-370.

WAMPLER, B. Instituições, associações e interesses no orçamento participativo de São Paulo. In: AVRITZER, L. (org.) **A participação em São Paulo**. São Paulo: UNESP, 2004, p. 371-407.

\_\_\_\_\_. Transformando o Estado e a sociedade civil por meio da expansão das comunidades – política, associativa e de políticas públicas. In: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação social no Brasil**. São Paulo; Cortez, 2010, p. 394-439.