RGe ISSN: 2177-3246

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: ARRANJOS E PRÁTICAS EM CONSELHOS LOCAIS DE BELO HORIZONTE, MG

SOCIAL CONTROL IN HEALTH: ARRANGEMENTS AND PRACTICES IN LOCAL COUNCILS OF BELO HORIZONTE, MG

CONTROL SOCIAL EN SALUD: DISPOSICIONES Y PRÁCTICAS EN LOS CONSEJOS LOCALES DE BELO HORIZONTE, MG

10.56238/revgeov17n4-148

Diogo Neves Pereira
Doutor em Antropologia Social
Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)
E-mail: diogo.pereira@ufsj.edu.br
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8364998110962640
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1181-9279

RESUMO
O controle social é componente central do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Está vinculado à efetivação de vários de seus princípios, com destaque para a participação da comunidade. Sua estruturação ocorre, sobretudo, por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, presentes nas esferas federal, estaduais e municipais. Neste estudo buscou-se explorar a problemática do controle social no âmbito do SUS, tendo como contexto a política de saúde da família do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram realizadas observações etnográficas de 35 reuniões realizadas por Conselhos Locais de Saúde de 23 Centros de Saúde da cidade, além de 14 entrevistas semiestruturadas com alguns de seus integrantes. Objetivou-se alargar a compreensão acerca dos processos por meio dos quais são estabelecidas relações entre Estado e população no plano dos Conselhos Locais de Saúde e investigar os limites e possibilidades da constituição prática e ideológica da noção de controle social em um contexto específico. O trabalho analisa cinco tensões relacionadas aos arranjos e práticas desenvolvidos no contexto estudado, a saber: a noção de controle social; os níveis de organização do controle social; as formas e condições da participação; certa dualidade nas relações de cooperação; a concepção de comunidade. Argumenta-se que o controle social no SUS se apresenta enquanto um modo específico de construção do Estado que alia, de maneira particular, ideias de produção da democracia e de produção da saúde.

Palavras-chave: Controle Social. Conselho de Saúde. Comissão Local de Saúde.

ABSTRACT
Social control is a central component of the Brazilian Unified Health System (SUS). It is linked to the implementation of several of its principles, especially community participation. Its structuring occurs mainly through Health Conferences and Councils, present at the federal, state, and municipal levels. This study sought to explore the problem of social control within the SUS, using the family health policy of the municipality of Belo Horizonte, Minas Gerais, as a context. Ethnographic observations were made of 35 meetings held by Local Health Councils from 23 Health Centers in the city, in addition

to 14 semi-structured interviews with some of their members. The objective was to broaden the understanding of the processes through which relationships between the State and the population are established at the level of Local Health Councils and to investigate the limits and possibilities of the practical and ideological constitution of the notion of social control in a specific context. The work analyzes five tensions related to the arrangements and practices developed in the studied context, namely: the notion of social control; The levels of organization of social control; the forms and conditions of participation; a certain duality in cooperative relations; the concept of community. It is argued that social control within the Brazilian Unified Health System (SUS) presents itself as a specific mode of state construction that uniquely combines ideas of democratic production and health production.

Keywords: Social Control. Health Council. Local Health Commission.

RESUMEN
El control social es un componente central del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño. Está vinculado a la implementación de varios de sus principios, especialmente la participación comunitaria. Su estructuración se produce principalmente a través de las Conferencias y Consejos de Salud, presentes a nivel federal, estatal y municipal. Este estudio buscó explorar el problema del control social dentro del SUS, utilizando como contexto la política de salud familiar del municipio de Belo Horizonte, Minas Gerais. Se realizaron observaciones etnográficas de 35 reuniones celebradas por Consejos Locales de Salud de 23 Centros de Salud de la ciudad, además de 14 entrevistas semiestructuradas con algunos de sus miembros. El objetivo fue ampliar la comprensión de los procesos mediante los cuales se establecen las relaciones entre el Estado y la población a nivel de los Consejos Locales de Salud e investigar los límites y posibilidades de la constitución práctica e ideológica de la noción de control social en un contexto específico. El trabajo analiza cinco tensiones relacionadas con los arreglos y prácticas desarrollados en el contexto estudiado, a saber: la noción de control social; los niveles de organización del control social; Las formas y condiciones de participación; una cierta dualidad en las relaciones de cooperación; el concepto de comunidad. Se argumenta que el control social dentro del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño se presenta como un modo específico de construcción estatal que combina de manera singular ideas de producción democrática y producción de salud.

Palabras clave: Control Social. Consejo de Salud. Comisión Local de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A constituição histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro ocorreu aliando ideais de *produção da saúde* e de *produção da democracia*. Tendo surgido com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS foi o resultado de diversas lutas políticas travadas ao longo de todo o século XX. Estas tiveram múltiplos sentidos, a depender dos inúmeros atores que delas participaram e dos distintos contextos nos quais aconteceram (Mercadante, 2002, p. 237-248; Gerschman; Santos, 2006). Não obstante, as características adquiridas pelo SUS em boa medida representaram uma vitória relativa do que se convencionou denominar como *movimento da Reforma Sanitária* (Escorel *et al*., 2005; Lima *et al*., 2005). O SUS assimilou suas aspirações de instauração no país de políticas de saúde públicas, universais, de qualidade e geridas com a participação organizada e duradoura da sociedade. Essa associação entre *saúde pública* e *participação social* foi instrumentalizada, sobretudo, por meio da noção de *controle social* (Guizardi *et al*., 2004).

No que tange à caracterização legal da noção de controle social em nível nacional, é importante apreciar, especialmente, três proposições. Primeiro, o artigo nº 198 da Constituição de 1988, que estabeleceu a "participação da comunidade" como diretriz integrante da organização e da execução das ações em saúde pública (Brasil, 1988). Segundo, a lei nº 8.080, de 1990, que regulamentou o SUS e reapresentou, em seu artigo nº 7, a "participação da comunidade" como um dos princípios do sistema (Brasil, 1990a). Por fim, a lei nº 8.142, também de 1990, que instituiu as *Conferências de Saúde* e os *Conselhos de Saúde* nos três entes federativos, concedendo-lhes caráter estável e deliberativo (Brasil, 1990b).

A criação do primeiro Conselho Nacional de Saúde no Brasil data de 1937. Com o passar dos anos as funções e os sentidos desta instituição se modificaram conforme contextos históricos específicos. Como efeito da lei nº 8.142, a partir da década de 1990 este Conselho ganhou maior relevância e estabilidade. Contudo, isso não impediu que continuassem ocorrendo alterações em sua importância no setor das políticas de saúde, em sua composição e no teor de suas decisões (Côrtes *et al*., 2009). De forma similar, as Conferências Nacionais de Saúde, que tiveram início no país ainda na década de 1940, também sofreram alterações em seus propósitos com o passar do tempo (Escorel; Bloch, 2005). Embora a efetividade de suas deliberações ao longo da história possa ser questionada, elas certamente constituíram instância relevante para a manifestação de interesses divergentes e para a caracterização de parâmetros mais amplos das políticas públicas de saúde. Marcando um influxo histórico fundamental, com a lei nº 8.142 as Conferências passaram a ser instâncias periódicas e deliberativas, enquanto os Conselhos tornaram-se permanentes e igualmente deliberativos. De ambos tomariam parte todos os segmentos sociais envolvidos no SUS (fundamentalmente gestoras, profissionais e usuárias).

A noção de *controle social* ganha, assim, uma posição proeminente no SUS. Sua concretização

passará, pois, pelas ações desenvolvidas nos Conselhos de Saúde que funcionariam nos municípios brasileiros. Este trabalho foi concebido considerando o panorama deste cenário histórico e ideológico. Ele apresenta os resultados de pesquisa realizada no âmbito de estágio de pós-doutorado desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, entre os anos de 2013 e 2014. Neste estudo buscou-se explorar a problemática do *controle social* no SUS, tendo como contexto a política de saúde da família do município de Belo Horizonte.

2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

2.1 CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE

A lei nº 8.142 instituiu a criação de Conselhos de Saúde em todos os municípios brasileiros, inclusive tornando suas existências necessárias para o recebimento de certos recursos. Entretanto, em diversas cidades, além do Conselho Municipal de Saúde, foram também formadas instâncias institucionalmente inferiores de exercício do *controle social* que atuariam de acordo com princípios semelhantes. Este é o caso do município de Belo Horizonte. À época da pesquisa, além do Conselho Municipal de Saúde, na cidade funcionavam nove Conselhos Distritais de Saúde, um para cada Distrito Sanitário do município. Além destes, nos hospitais municipais existiam Conselhos de Usuários e em cada Centro de Saúde fora criado um Conselho Local de Saúde (CLS)[1].

Neste quadro, a participação em cada Conselho acompanha a lógica da vinculação dos sujeitos à instituição ou ao respectivo patamar da organização administrativa (Belo Horizonte, 1998; Conselho Municipal de Saúde, 2016). De sorte que, basicamente, um CLS é composto por usuárias da instituição, por parte de suas trabalhadoras e por suas gestoras. Dentre as integrantes dos CLS das instituições localizadas em um mesmo Distrito Sanitário são eleitas aquelas que comporão o Conselho Distrital de Saúde. Por sua vez, dentre as integrantes dos Conselhos Distritais de Saúde são eleitas aquelas que comporão o Conselho Municipal de Saúde.

Deste modo, a sistematicidade da institucionalização do *controle social* em Belo Horizonte acompanha a forma de organização das suas políticas de saúde, pelo que os princípios da *territorialização*, da *descentralização* e da *hierarquização* se tornam determinantes (Brasil, 2011). Por conseguinte, tendo em vista as características especificas da política de saúde da família brasileira, os CLS existentes nos Centros de Saúde[2] correspondem à instância de exercício do *controle social* mais descentralizada, na mais baixa posição hierárquica e vinculada a territórios mais reduzidos (Goulart,

[1] Conquanto existisse alguma discordância semântica entre suas participantes, em consonância com a legislação municipal, a expressão mais comumente utilizada em Belo Horizonte para se referir a estas instâncias do *controle social* era *Comissão* Local de Saúde e não *Conselho* Local de Saúde. Todavia, na intenção de estar em sintonia com a terminologia normalmente utilizada no Brasil, especialmente na literatura especializada sobre a temática em questão, este trabalho opta pelo uso do termo *Conselho*.

[2] Este tipo de instituição de saúde, principal responsável pela operacionalização da atenção primária à saúde no país, por vezes recebe as denominações de "Unidade Básica de Saúde", de "Posto de Saúde" ou de "Estratégia Saúde da Família".

2002, p. 49-141; Mendes, 2002; Sousa, 2007, p. 57-86). Estando na "franja" do sistema institucionalizado de *controle social* da cidade, os CLS dos Centros de Saúde sequer possuem um caráter deliberativo direto. Por outro lado, por estarem na "ponta" do processo de inclusão dos sujeitos à dinâmica do *controle social*, os CLS dos Centros de Saúde podem ser considerados a base a partir da qual o *controle social* em saúde é erigido na cidade. Espalhados por todo o município, em 2014 havia, aproximadamente, 150 CLS vinculados a um igual número de Centros de Saúde. Levando em conta a cobertura populacional da política de saúde da família, seria possível afirmar que estes CLS manteriam um lastro com, aproximadamente, 1,7 milhão de pessoas, ou 70% do total de habitantes da cidade, residentes em cerca de 75% de seu território.

2.2 OBJETIVOS, METODOLOGIA E PRODUÇÃO DOS DADOS

O estudo que originou este trabalho possuía dois objetivos principais. Inicialmente, alargar a compreensão acerca dos processos por meio dos quais são estabelecidas relações entre Estado e população no plano dos CLS. Além disso, ambicionou também investigar os limites e possibilidades da constituição prática e ideológica da noção de *controle social* em um contexto específico. Para tanto, buscou caracterizar a composição, a dinâmica de funcionamento e os processos sociais que estruturam as práticas desenvolvidas nos CLS presentes em Centros de Saúde de Belo Horizonte.

Metodologicamente, a pesquisa assumiu como fundamentos determinados preceitos teórico-analíticos de acordo com os quais privilegiou-se a investigação da noção de *controle social* num contexto empírico periférico e com foco em seus mecanismos concretos de realização (Foucault, 1999, p. 32-40; 2014, p. 128-140). Ou seja, tratava-se de apreender os arranjos e as práticas em torno da noção de *controle social* não nas suas instâncias centrais, mas sim nas suas extremidades, naqueles pontos nos quais ela se capilariza no corpo social. Entendeu-se que o sentido da estruturação global do *controle social* não se dá desde um núcleo central e superior que se desdobraria localmente, mas, ao contrário, ele ocorre inicialmente em ordenamentos periféricos que são, posteriormente, arregimentados em dispositivos totalizantes. Além disso, buscou-se analisar o *controle social* não a partir de suas intenções, mas sim a partir de suas práticas reais e efetividas. Procurou-se, ainda, estudar o *controle social* não como um fato estabelecido de modo fixo e que opera unidirecionalmente com base em elementos normativos e/ou institucionais, mas sim enquanto fenômeno em constante trânsito e cujo funcionamento circula envolvendo múltiplos componentes.

As reflexões aqui expostas são resultado de pesquisa qualitativa de caráter antropológico, efetuada entre os meses finais de 2013 e iniciais de 2014, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Neste período foram empreendidas observações etnográficas de 35 reuniões realizadas por 23 CLS vinculados a um mesmo número de Centros de Saúde. Estas instituições estavam distribuídas pelos 9 Distritos Sanitários da cidade. Para a escolha dos CLS nos quais a pesquisa seria levada a efeito foram

empregadas informações advindas do Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS), criado pela Prefeitura do município (Turci, 2008, p. 21-26). O planejamento da pesquisa tentou possibilitar a obtenção de um amplo panorama da complexidade intrínseca à totalidade dos CLS de Belo Horizonte, bucando realizar a investigação em Centros de Saúde situados em territórios com IVS o mais díspares possível. Sendo assim, o uso dos parâmetros territoriais gerados pelo IVS permitiu a seleção de CLS inseridos em realidades socialmente diferenciadas. Isso possibilitou o contato com distintas situações de exercício do *controle social*. A tabela abaixo explicita a quantidade de reuniões observadas em cada Distrito Sanitário e em cada Centro de Saúde:

Tabela 1. Reuniões dos Conselhos Locais de Saúde acompanhadas

Distrito Sanitário	Total de reuniões acompanhadas	Centros de Saúde (total de reuniões acompanhadas)
Barreiro	4	Barreiro (1), Pilar (2), Teixeira Dias/Diamante (1)
Centro-Sul	2	Menino Jesus (1), São Miguel Arcanjo (1)
Leste	4	Alto Vera Cruz (1), Boa Vista (1), Granja de Freitas (1), Paraíso (1)
Nordeste	5	Cidade Ozanan (1), Conjunto Paulo VI (2), São Marcos (2)
Noroeste	2	Carlos Prates (1), Dom Bosco (1)
Norte	5	Campo Alegre (1), Guarani (1), Novo Aarão Reis (3)
Oeste	4	Noraldino de Lima (3), Waldomiro Lobo (1)
Pampulha	5	Confisco (2), Dom Orione (1), Santa Terezinha (1), São Francisco (1)
Venda Nova	4	Andradas (1), Jardim Leblon (1), Santa Mônica (1), Santo Antônio (1)

Fonte: dados da pesquisa

Além destas visitas às reuniões, foram também efetuadas 14 entrevistas semiestruturadas com integrantes dos CLS. Estas foram organizadas ponderando a representação proporcional entre os principais segmentos que tomam parte no *controle social* na esfera do SUS. De modo que, dentre estas 14 entrevistas, 2 ocorreram com gestoras, 5 com trabalhadoras e 7 com usuárias. As entrevistadas foram questionadas acerca de suas motivações para se integrarem aos CLS, sobre suas trajetórias e experiências nos CLS e a respeito de suas percepções em torno da questão do *controle social* no SUS.

Os eventos observados foram registrados em diário de campo elaborado pelo pesquisador responsável. As entrevistas foram gravadas em áudio, posteriormente decompostas e, por fim, sistematizadas de acordo com as problemáticas nelas abordados. Numa segunda etapa, tanto o diário de campo quanto a sistematização das entrevistas foram explorados considerando a perspectiva da análise de conteúdo (Bardin, 2011; Cavalcante *et al*., 2014).

O projeto de pesquisa em tela foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas (22408513.8.0000.5137) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (22408513.8.3001.5140). Todos os colaboradores manifestaram seus consentimentos em participar do estudo por meio de Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido.

Os principais resultados obtidos estão sintetizados nos próximos sete tópicos deste trabalho. Inicialmente será proposta uma tipologia das participantes dos CLS. No tópico seguinte serão apresentadas informações acerca do modo de funcionamento das reuniões. Na sequência, serão analisados cinco feixes de oposições, de encaminhamentos contrastantes, de interações conflituosas que, quando consideradas conjuntamente, permitem uma análise da totalidade dos sentidos e práticas construídos nos CLS de Belo Horizonete. Estes cinco feixes serão aqui discutidos enquanto *tensões* que envolvem o *controle social* neste contexto. São elas: a noção de controle social; os níveis de organização do controle social; as formas e condições da participação; certa dualidade nas relações de cooperação; a concepção de comunidade.

3 RESULTADOS

3.1 TIPOLOGIA DAS PARTICIPANTES

Competem aos CLS vinculados aos Centros de Saúde de Belo Horizonte, sobretudo, ações de proposição, acompanhamento, fiscalização e avaliação. Embora existam diretrizes gerais que afetem a todos, cada CLS possui liberdade para definir suas próprias normas internas de funcionamento. Apesar disso, a pesquisa indicou que eles tendem a apresentar, do ponto de vista organizacional, formatações bastante semelhantes. Em regra constroem hierarquias internas com a eleição da "mesa diretora": uma presidente, uma vice-presidente e uma secretária. Geralmente buscam dividir a ocupação destes cargos entre os três segmentos principais envolvidos nesta esfera do SUS: gestoras, profissionais e usuárias. Conquanto não tenha sido percebida uma inclinação predominante no que tange à ocupação de um ou outro destes cargos por tal ou qual segmento, é notória a valorização da possibilidade de que uma usuária ocupe a posição de presidente. O senso comum é de que tal fato explicitaria o êxito do CLS em fazer com que as usuárias participem dele de modo ativo e constante.

Para além destas três funções institucionalizadas, e independentemente dos segmentos aos quais pertençam, as demais integrantes dos CLS usualmente são distinguidas entre "conselheiras" e "participantes". As "conselheiras" seriam as integrantes assíduas às reuniões, que geralmente colaboram nas atividades e que podem, ocasionalmente, representar o CLS em circunstâncias especiais ou em ações externas. Por seu turno, as "participantes" seriam as integrantes ocasionais, conhecidas pelas demais, mas que não se associaram fortemente ao CLS, tendo uma participação pouco assídua e relevante. Esta é uma distinção cotidiana, usada e reconhecida pela maioria dos sujeitos que circulam neste contexto, ainda que não encontre um respaldo formal. Sendo assim, especialmente em decorrência do baixo número de integrantes, raros são os CLS nos quais esta distinção reverbera em prescrições institucionais, tais como a designação daquelas participantes com ou sem "direito a voto" nas deliberações realizadas nas reuniões. Enfim, no que tange ao exercício do *controle social*, para que

um CLS logre sucesso suas participantes normalmente entendem ser preciso que ele consiga, além da ocupação estável dos cargos da "mesa diretora", promover a participação de uma quantidade razoável de "conselheiras" usuárias e profissionais – uma vez que esta é parte de suas obrigações, muito dificilmente a gerente de um Centro de Saúde não participa do seu CLS, fazendo então com que não haja dificuldades com a participação do segmento da gestão.

Afora estas diferenciações empregadas e reconhecidas pelas participantes, os resultados da pesquisa sugerem que também é possível distinguir as usuárias com base nas relações que estabelecem com os CLS. Apresenta-se abaixo certa *tipologia* das usuárias que participam dos CLS, construída a partir das entrevistas e das observações feitas nas reuniões visitadas. Importante ressaltar que esta tipologia não se pretende exaustiva, tampouco inflexível. Consiste tão somente numa simplificação analítica concebida com o intuito de dar ocasião a uma perspectiva, ancorada em princípios sociológicos, acerca do modo como os sujeitos participam dos CLS. As usuárias poderiam, por conseguinte, ser caracterizadas como:

- *Visitante ocasional*: usuária que participa da reunião do CLS uma única vez. Geralmente o faz com a intenção de solicitar a obtenção de algum serviço de saúde, de reclamar pelo seu não oferecimento ou de reclamar por sua má realização. Menos frequentemente, o faz com a intenção de agradecer pela obtenção de algum serviço. Tende a pensar em termos de questões individuais e a perceber o CLS como espaço de solução de problemas particulares.
- *Participante esporádica*: usuária que participa ocasionalmente de reuniões do CLS. Nelas, geralmente não apresenta qualquer tipo de proposição (sugestão, reclamação, consideração etc.), tendo uma atuação mais discreta. Tende a pensar em termos de questões individuais e a perceber o CLS como espaço de solução de problemas particulares.
- *Participante permanente*: usuária que participa ininterruptamente das reuniões do CLS. Entretanto, nas reuniões geralmente não apresenta qualquer tipo de proposição (sugestão, reclamação, consideração etc.). Eventualmente opera como interlocutora entre o CLS e usuárias ausentes à reunião, transmitindo suas reclamações, dúvidas, sugestões etc. Tende a pensar em termos de questões individuais e a perceber o CLS como espaço de solução de problemas particulares. Ao que tudo indica, para este tipo de participante, a simples presença nas reuniões parece possuir um valor em si.
- *Conselheira líder*: usuária que participa ininterruptamente das reuniões do CLS e nelas ocupa uma condição de protagonismo. Durante as reuniões é ela quem conduz as discussões e encaminha as deliberações. Ao fazê-lo, assume a posição de líder com relativa naturalidade, uma vez que poucas são as usuárias que participam de maneira ativa e articulada nos debates. Envolve-se com o enfrentamento de todas as problemáticas relativas ao CLS ou que lhe são dirigidas. Tende a pensar em termos de questões coletivas e a perceber o CLS como espaço de

solução de problemas políticos e/ou institucionais.

- *Líder comunitária*: suas características são semelhantes àquelas da *conselheira líder*. A diferença é que esta não participa somente do CLS, atuando também em outros espaços de participação política na "comunidade" – tais como associações comunitárias, grupos religiosos ou conselhos de outras áreas, por exemplo. Por isso tende a encarar os processos que atravessam o CLS de maneira mais ampla, tratando-os enquanto "questões comunitárias".

Nota-se que, de acordo com a tipologia proposta, as usuárias que participam dos CLS distinguem-se, sobretudo, em função de dois fatores: a frequência com que participam das reuniões e a forma como privilegiam o tratamento de questões individuais ou coletivas. Tais fatores são determinantes dos pontos de vista da estabilidade de um CLS e da forma como o *controle social* é nele exercido.

É importante assinalar ainda três outros aspectos que colaboraram com a estruturação deste cenário. Primeiro, o fato de que, entre todas as participantes dos CLS, há uma predominância indubitável de mulheres – embora seja interessante observar que, no que tange às *conselheiras líderes* e às *líderes comunitárias* (minorias entre todas as usuárias), há maior equilíbrio entre os gêneros. Segundo, o fato de que há uma predominância indubitável de idosas no que tange às usuárias que frequentam as reuniões. Terceiro, que, independentemente do cargo que ocupem nas "mesas", as gestoras tendem a assumir posições de liderança nos CLS. Acerca disso, é significativo constatar que quando, por motivos quaisquer, as gestoras não podem comparecer às reuniões, estas normalmente são canceladas. Algo similar acontece com relação a uma usuária que faltará à reunião apenas quando esta é a presidente do CLS e, mesmo assim, tal tipo de cancelamento é menos recorrente.

O nível e a característica da institucionalidade subjacente ao contexto de exercício do *controle social* tem relação direta com as características dos sujeitos que dele participam e com as ações que realizam. Isso pode ser observado com nitidez quando estabelecemos um contraponto entre o quadro descrito anteriormente e as informações apresentadas pelo relevante estudo de Santos *et al*. (2011), que investigou o perfil das integrantes do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Ainda que esteja em tela o mesmo município, o fato de se estar em questão um ponto distinto do sistema implica em diferenças significativas. De acordo com as autoras, no Conselho Municipal haveria uma predominância de homens, enquanto nos CLS percebe-se uma maioria de mulheres. Não obstante a diferença de gênero, em ambos os contextos a maior parte dos representantes dos usuários encontra-se em uma faixa etária mais avançada. Outra diferença notável consiste no fato de que no Conselho Municipal prevaleceria a presença de representantes de longa duração (quase 80% exerceria a função há mais de um mandato), chegando as autoras a falar de uma possível "profissionalização dessa categoria" – o que não se observa nos CLS. Por fim, é importante destacar que, segundo Santos *et al*., os conselheiros atuantes no Conselho Municipal estariam, em sua maioria, também vinculados a outras

associações ou organizações (partidárias, religiosas etc.), correspondendo, portanto, ao que denominamos como "líder comunitária". Se nos CLS esse tipo de participante não compõe uma maioria, sua predominância na instância central do município de exercício do *controle social* sugere a existência de regimes distintos em operação nas diferentes partes do sistema.

3.2 CARACTERÍSTICAS DAS REUNIÕES

Conquanto não exista um impedimento de que os CLS desenvolvam atividades diversas e frequentes, no mais das vezes seus funcionamentos se resumem à realização de reuniões mensais em datas padronizadas – por exemplo, segundas quartas-feiras de todos os meses. Estas reuniões comumente acontecem nas dependências dos Centros de Saúde, embora não seja incomum a utilização de outros espaços localizados na área de abrangência da instituição – especialmente os salões de igrejas católicas ou evangélicas. No intervalo entre as reuniões, em regra somente as integrantes da "mesa" empreendem alguma atividade relacionada ao CLS e, ainda assim, em geral de modo bastante ocasional. Isto posto, é especialmente nestas reuniões que os CLS se compõem, se organizam e efetivam a noção de *controle social* no âmbito de seu campo de atuação.

Nas 35 reuniões acompanhadas ao longo da realização da pesquisa participaram um total de 367 pessoas. Em ordem crescente, o quantitativo de pessoas presentes em cada uma das reuniões acompanhadas foi o seguinte: 4; 4; 5; 5; 5; 6; 6; 6; 7; 7; 8; 8; 8; 9; 9; 9; 10; 10; 10; 10; 10; 11; 11; 12; 13; 13; 14; 14; 15; 15; 16; 18; 18; 19; 22. Assim, houve uma média entre 10 e 11 pessoas presentes em cada reunião. Todavia, esta média deve ser qualificada. Entre as dez reuniões com menor número de pessoas presentes houve uma média de 5,5 participantes. Já entre as dez reuniões com maior número de pessoas presentes houve uma média de 16,4 participantes.

É importante assinalar que, de acordo com o observado na pesquisa, não existe uma correlação imediata entre a quantidade ordinária de pessoas que participam das reuniões de um CLS e a sua estabilidade ou a profundidade com que exercita o *controle social*. Isso se dá porque, tal como apontado no item anterior, existem diferenças importantes no que se refere às relações que os sujeitos estabelecem com os CLS. Dificilmente um CLS possui mais do que duas ou três *líderes*, mas não é incomum que possua apenas uma ou nenhuma. De modo semelhante, dificilmente um CLS conta com a participação de mais do que duas ou três profissionais, não sendo incomum que dele participe apenas uma ou nenhuma. O mesmo poderia ser dito a respeito das *visitantes ocasionais.* Nesse sentido, o que varia consideravelmente entre os CLS é a presença das *participantes esporádicas* e *permanentes.* Porém, a presença destas nas reuniões eleva o quantitativo de pessoas presentes, mas pouco modifica suas dinâmicas. Por exemplo, um CLS cujas reuniões são comumente frequentadas por 6 pessoas pode ser altamente estável e atuante, se dele participarem uma gestora, duas profissionais com bom nível de engajamento e três *líderes*.

Contudo, é interessante salientar que em todos os CLS visitados, sem exceção, foi percebido um claro e manifesto sentimento de que haveria "pouca participação" – também entre as profissionais, mas, especialmente, entre as usuárias. A suposta pequena quantidade de usuárias frequentes às reuniões é, inclusive, tema de constantes debates nas reuniões. Discute-se reiteradamente as razões deste fato, suas consequências e as possíveis alternativas para revertê-lo. Porém, embora onipresente, este sentimento é menos forte nos CLS dos quais participam uma quantidade maior de *líderes*. Algumas inclusive verbalizaram, em certas reuniões observadas, restrições em torno da possibilidade de que os CLS passassem a receber um grande número de usuárias. A ideia subjacente é que as *líderes* seriam capazes de representar o conjunto das demandas, percepções etc. das "comunidades" e que, ademais, um grande número de usuárias prejudicaria o desenvolvimento dos trabalhos dos CLS – principalmente com o dispêndio de tempo e energia no trabalho com questões pouco adequadas ou relevantes.

A presença de *líderes* interfere diretamente, outrossim, na condução das reuniões e na seleção dos temas nelas debatidos. Reuniões com nenhuma ou poucas *líderes* tendem a ser mais centralizadas na figura da gerente do Centro de Saúde. Nestes casos, é ela quem coordena as discussões, que determina a ordem de prioridade entre os assuntos e que direciona as soluções a serem planejadas. Além disso, nestas circunstâncias as reuniões propendem a se restringirem à manifestação de queixas ou dúvidas pontuais por parte das usuárias, com decorrentes justificativas, esclarecimentos ou comprometimentos por parte da gerente. Os assuntos adquirem, deste modo, feições de "problemas isolados a serem resolvidos". Por seu turno, reuniões que contam com a presença de mais *líderes* tendem a ser menos centralizadas na figura da gerente. Quando presentes, as *líderes* colaboram na organização das reuniões e na definição de seus sentidos. Sobretudo, quase que tão somente as *líderes* incentivam o desenvolvimento, nas reuniões, de reflexões acerca de processos mais abrangentes que envolvem o Centro de Saúde. Por razões diferentes, dificilmente isso é feito pelas demais usuárias, pelas profissionais ou pelas gestoras. São as *líderes* que propõem reflexões, por exemplo, em torno da sistemática dos trabalhos nos Centros de Saúde, das políticas de saúde ou de como os Centros de Saúde podem atuar para atenuar os principais problemas sociais vividos pela "comunidade".

De todo modo, independentemente destas variações, as reuniões dos CLS são direcionadas, fundamentalmente, para o debate a respeito dos serviços prestados pelos Centros de Saúde – quer do ponto de vista das necessidades individuais, quer do ponto de vista de seus efeitos coletivos. Sendo assim, há uma tendência de que as múltiplas questões debatidas sejam englobadas por dois prismas. Primeiro, a apreciação da qualidade dos serviços. São constantes as discussões sobre se determinado serviço deve ser classificado como "bem" ou "mal executado". Dessa classificação derivam inúmeras consequências: se certa reclamação é justa, se a administração deve ser pressionada, se certa prática profissional deve ser alterada etc. Num segundo prisma, os debates reverberam em elucidações sobre as formas mais adequadas das usuárias fazerem uso dos serviços e de, associadamente, pleitearem seus

direitos. Gestoras, profissionais e *líderes* cumprem esse papel pedagógico diante das usuárias. Tais elucidações são relevantes porque concorrem decisivamente para a modificação de percepções sobre os serviços, além de transformarem discussões acerca de seus objetivos e fundamentos em discussões acerca das melhores estratégias para utilizá-los.

3.3 PRIMEIRA TENSÃO: NOÇÃO DE CONTROLE SOCIAL

Desde um horizonte mais amplo, a noção de *controle social em saúde* está vinculada, sobretudo, à institucionalização de relações entre sociedade e Estado. Sendo assim, Labra afirmou:

> A respeito do controle social, este se refere à relação entre Estado e sociedade e à possibilidade de a sociedade exercer o controle sobre a gestão pública através de mecanismos de participação social, sendo para tanto condição sine qua non a institucionalização e existência dos conselhos e a realização de conferências (2005, p. 356).

Nesse sentido, alguns aspectos a ela associados são mais constantes, tais como as ideias de *participação*, de *fiscalização*, e de *acompanhamento* no que tange à atuação da sociedade para com o Estado e/ou para com o governo; ou as ideias de *qualificação*, *adequação* e de *democratização* no que tange aos seus resultados do ponto de vista das políticas públicas. No entanto, observa-se que, a despeito dessas ideias mais recorrentes, a noção de *controle social* é essencialmente plural e localmente definida, assumindo contornos específicos dependendo do contexto em que é utilizada (Guizardi; Pinheiro, 2006; Soratto *et al*., 2010). Em cada circunstância ela adquire características particulares que, desde uma abordagem sociológica, devem ser necessariamente consideradas (Côrtes, 2009).

No caso dos CLS vinculados aos Centros de Saúde de Belo Horizonte, observou-se que os sentidos da noção de *controle social* manifestam certa multiplicidade. Esta multiplicidade está relacionada, sobretudo, às práticas de *divulgação*, de *legitimação* e de *conscientização* que envolvem a dinâmica interna das ações rotineiras efetivadas nos e pelos CLS.

Sobre a dimensão da *divulgação*, a pesquisa constatou que a maioria das gestoras, das profissionais e das *líderes* entende que uma dentre as principais funções dos CLS seria divulgar informações, eventos, a realização de trabalhos etc. e os serviços oferecidos nos Centros de Saúde. Desse modo, exercer o *controle social* significaria inteirar-se e, ao mesmo tempo, tornar popularmente conhecidos aspectos relacionados aos Centros de Saúde. Daí a comum percepção de que as usuárias que frequentam as reuniões dos CLS cumpririam, na comunidade, uma função de "alto-falante" – em expressão amplamente usada neste contexto.

A dimensão da *conscientização* surge, em certo sentido, como desdobramento da dimensão da *divulgação*. A ideia de "falta de consciência das usuárias" é um recurso explicativo reiteradamente acionado para a elucidação de problemas ocorridos na execução dos serviços dos Centros de Saúde. Assim, ao participarem das reuniões dos CLS, as usuárias poderiam se informar acerca dos princípios

organizacionais que permeiam os Centros de Saúde e, por conseguinte, se *conscientizarem* sobre o que deve ou não ser feito, sobre o que deve ou não ser criticado, sobre como tal fato deve ou não ser apreciado etc. Desse modo, o exercício do *controle social* significaria a *conscientização*, especialmente das usuárias, acerca de problemáticas relacionadas aos Centros de Saúde.

Já a dimensão da *legitimação* aparece associada às de *divulgação* e de *participação* (que será discutida mais à frente). Muitas gestoras e profissionais percebem as usuárias que frequentam as reuniões tanto como "porta-vozes" quanto como "representantes" das "comunidades". De maneira que, ao transmitir-lhes determinadas informações e/ou instruções estariam fazendo-o em relação a toda a "comunidade". Por outro lado, ao obter delas a aprovação para tal ou qual arranjo institucional estariam legitimando-o frente à "comunidade". Desse modo, o exercício do *controle social* significaria – independentemente de qualquer processo de *acompanhamento* ou *fiscalização* – a legitimação "comunitária" das ações do Centro de Saúde. Destaque-se que, ao contrário do que acontece, por exemplo, no Conselho Municipal de Saúde, os CLS não têm um caráter deliberativo consagrado. Portanto, os CLS não podem definir autonomamente as diretrizes dos Centros de Saúde, mas podem, quando politicamente necessário, referendá-las na medida em que são compostos por usuárias que "representariam" a "comunidade" e, em tese, examinariam tais diretrizes no fluxo formal das reuniões.

3.4 SEGUNDA TENSÃO: NÍVEIS DE ORGANIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL

As instâncias institucionalizadas de *controle social* no SUS acompanham sua organização hierárquica. Nesse sentido, existem, basicamente, o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e os Conselhos Municipais. Embora esses patamares mantenham laços entre si, cada um deles apresenta, além de competências próprias, especificidades sociais e institucionais no que tange ao exercício do *controle social*. Os CLS vinculados aos Centros de Saúde de Belo Horizonte estão na base desse ordenamento. Em vista disso, uma das problemáticas que assinalam sua especificidade são os embates em torno da caracterização e adequação das questões neles discutidas aos diferentes níveis de organização do *controle social* no SUS – em especial aos níveis local, distrital, municipal e nacional.

A concepção predominante de que os CLS devem dirigir suas atenções quase que exclusivamente aos Centros de Saúde faz com que em suas reuniões sucedam constantes debates acerca da conformidade dos temas elencados ao que seriam seus campos de atuação. A definição sobre se um determinado assunto é da ordem do CLS ou da de outra esfera do *controle social* quase sempre gera incertezas e, não raramente, conflitos. Estes surgem especialmente porque da associação de uma questão a determinado nível deriva imediatamente a responsabilização de sujeitos nele posicionados. Por exemplo, caberia ao conselheiro local ou ao conselheiro municipal pressionar pela reforma do Centro de Saúde? Ou então, caberia à gerente do Centro de Saúde ou à secretária municipal de saúde contratar mais profissionais? Em vista disso, entende-se que um dos primeiros e mais fundamentais

aprendizados de uma integrante de qualquer CLS seria saber identificar aquilo que deve ou não ser nele discutido – ou, nos termos geralmente utilizados, ela deve "aprender a reclamar". "Saber reclamar" significaria, fundamentalmente, direcionar demandas e/ou críticas ao nível de organização do *controle social* adequado.

Muitas discussões, demandas ou reclamações suscitadas por usuárias são desqualificadas nas reuniões dos CLS porque se argumenta que elas deveriam ser apresentadas nas instâncias distritais, municipal ou nacional de exercício do *controle social*. Nesse sentido, é interessante assinalar que muitas usuárias julgam que os CLS, se por um lado constituem um caminho para a manifestação de suas reivindicações, por outro funcionariam como uma "barreira", na medida em que impediriam que certas reivindicações fossem direcionadas às gestoras de instâncias mais centralizadas das políticas de saúde. Tal tipo de bloqueio não seria explícito e tampouco intencionalmente produzido pelos sujeitos, sendo um efeito perverso da organização do sistema de *controle social.*

De forma associada há, entre todos os segmentos, uma forte percepção de que as instâncias superiores deste sistema seriam ineficientes em responderem aos pleitos encaminhados desde os CLS, estando preocupadas praticamente apenas com as questões que lhes seriam próprias. Por exemplo, o Conselho Distrital daria pouca importância ao pleito advindo de um CLS específico porque estaria ocupado com as matérias da conjuntura distrital. Daí um constante debate acerca da legitimidade de que ações sejam promovidas "desde fora" dos CLS. Demandas surgidas nos CLS e cujas soluções não pudessem ser ali encontradas deveriam ser transmitas aos Conselhos Distritais e, talvez, posteriormente ao Conselho Municipal. Mas, diante da possibilidade de que esse encadeamento não seja efetivado, aos sujeitos desponta a opção de buscar tais instâncias superiores diretamente. No entanto, em contrapartida tal alternativa deslegitimaria a dinâmica regular de exercício do *controle social* que, supostamente, deveria ser iniciada nos CLS.

É interessante observar também que o processo de adequação de questões às diferentes escalas de exercício do *controle social* mantém uma afinidade com a percepção acerca de sua "politização". A ideia de que os CLS têm uma profunda referência "comunitária", somada à de que eles devem se ocupar somente com os problemas dos Centros de Saúde, faz com que haja certo consenso de que, neste contexto, o *controle social* não deve ser "político": nas reuniões não devem participar políticos profissionais e nem mesmo seus assessores, não devem ser debatidos temas eleitorais, não devem ser assumidos posicionamentos que (des)favoreçam grupos políticos organizados etc. Tal "politização" seria aceita e justa apenas nos níveis superiores de exercício do *controle social*.

3.5 TERCEIRA TENSÃO: FORMAS E CONDIÇÕES DA PARTICIPAÇÃO

Para além de seus significados na esfera do *controle social em saúde*, o tema da *participação* ou, mais especificamente, da *participação social* ou da *participação cidadã*, possui um universo

semântico próprio. Certamente, boa parte dos sentidos dessas noções existem vinculados à questão conceitual e histórica da democracia (Ugarte, 2004). No entanto, é certo que a ideia de participação é bastante plural e manifesta problemáticas específicas em função do âmbito no qual é empregada (Teixeira *et al*., 2009.). Geralmente apreendida como possuidora de um valor em si mesma, a ideia de participação assume definições particulares a depender das correntes teóricas que dela se valem, das intencionalidades dos sujeitos que a utilizam e das condições empíricas nas quais se apresentam.

No caso do contexto aqui estudado, conforme assinalado anteriormente, existe um sentimento comum entre as integrantes dos CLS de que profissionais e usuárias participariam pouco de suas reuniões. Essa percepção por vezes aparece associada a certa narrativa segundo a qual no passado os CLS eram mais ativos e deles "as pessoas participavam mais". A ideia da *participação* surge, sob este prisma, em contraposição à de *reclamação*. É comum ouvir das integrantes dos CLS que "as pessoas em geral querem *reclamar*, mas não gostam de *participar*", ou então que elas "não sabem reclamar". Outra ideia importante neste contexto é a de "consciência", relativa ao conhecimento acerca dos deveres, limites e possibilidades intrínsecos tanto às instituições quanto aos sujeitos. Sendo assim, usuárias e profissionais reiteradamente desfeririam críticas aos Centros de Saúde, mas não se disporiam a participar dos CLS e, assim, a exercer o *controle social*. Num certo sentido, não se "conscientizariam" dos processos que envolvem os Centros de Saúde e, por isso, não participariam – e vice-versa. Para participarem seria necessário, portanto, terem a "consciência" de que a participação é importante e de que ela é capaz de modificar a realidade dos Centros de Saúde.

No entanto, a avaliação sobre os efeitos concretos da participação nos CLS é também tema de frequente debates. Existe muita divergência entre integrantes de todos os segmentos sobre se a atuação dos CLS de fato pode transformar a realidade dos Centros de Saúde. Há quem afirme que a participação só produz resultados efetivos quando estes vão ao encontro dos desígnios da administração municipal. Há quem afirme que a participação produz resultados efetivos, mas que estes devem ser observados tão somente numa escala de tempo mais larga. Concepções sobre a eficácia política dos CLS têm um impacto direto nas percepções em torno da participação.

Os integrantes dos CLS possuem diversas interpretações acerca das razões que fariam com que em certos contextos houvesse maior ou menor participação nos CLS. Uma das mais comuns é que nos CLS vinculados a Centros de Saúde que atendem "comunidades" mais pobres a participação seria maior. Os sujeitos dependeriam mais dos serviços públicos de saúde e, por conseguinte, lutariam mais por seus melhoramentos. Contudo, a pesquisa não permitiu uma corroboração desta visão. Não parece haver uma correlação forte entre as condições socioeconômicas das "comunidades" e suas tendências a participarem dos CLS. Índices mais elevados de participação nos CLS, ao que tudo indica, estão mais associados não à vulnerabilidade social e econômica, mas sim à presença de *líderes* entre suas integrantes. Ao contrário do que comumente se afirma, em "comunidades" mais pobres a participação

depende fundamentalmente das *líderes*, uma vez que a atuação nos CLS pode gerar indisposições entre usuárias e gestoras ou profissionais, algo prejudicial para as usuárias que necessitam dos serviços dos Centros de Saúde.

Conquanto a participação seja algo desejado nos CLS, ela tende a ser mal vista quando extrapola certos limites ou vem acompanhada de associações outras. Não é incomum que sejam mal vistos sujeitos com atuações de longa data no campo do *controle social* (os chamados "conselheiros de carteirinha"), ou então que intentam fazer com que as atividades dos CLS extrapolem as circunstâncias das reuniões. O suposto é que estes não compreenderiam os limites adequados à influência dos CLS nos Centros de Saúde ou então que buscariam ganhos pessoais inconvenientes ao exercício do *controle social.* Paralelamente, sujeitos que participam intensamente dos CLS estão constantemente sendo questionados acerca de seus "comprometimentos" com articulações políticas que transcendem o que seria próprio ao exercício do *controle social* no âmbito dos Centros de Saúde. Seus posicionamentos poderiam estar "comprometidos" com projetos de "organizações políticas" externas quaisquer que, em tese, não deveriam atuar internamente aos CLS.

Noutro sentido, a participação entraria em conflito com certo "comprometimento" interno. Haveria, nesse campo de questões, dois tipos de "comprometimentos" inescapáveis e excludentes entre si: "com a gestão" e "com o *controle social*". A ideia é que todas as integrantes dos CLS deveriam participar estando "comprometidas apenas com o *controle social*" – ou seja, em sentido amplo, engajadas com causas e com benefícios coletivos. Estando "comprometidas com a gestão", gestoras e profissionais privilegiariam estratégias de ação que não colocariam suas carreiras ou empregos em risco, enquanto as usuárias privilegiariam estratégias de ação que não prejudicariam seus acessos individuais aos serviços dos Centros de Saúde. E quanto mais institucionalizada a posição do sujeito na hierarquia do CLS, maior a preocupação acerca do seu tipo de "comprometimento". Daí o incômodo de que gestoras e profissionais assumam, ainda que informalmente, a presidência dos CLS.

3.6 QUARTA TENSÃO: DUALIDADE NAS RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO

O movimento da participação nos CLS vinculados aos Centros de Saúde de Belo Horizonte exige que suas integrantes cooperem entre si. O avanço nos debates, a concretização de planos, o estabelecimento de linhas de ação etc. passam pelo trabalho em conjunto entre gestoras, profissionais e usuárias. Ao longo do tempo esses processos de cooperação adquirem determinados formatos (firmados social ou institucionalmente) que, em geral, seguem duas perspectivas aparentemente contraditórias: numa direção, igualitárias; noutra, hierárquicas. O acionamento de uma ou outra destas perspectivas contrastantes em situações particulares é motivo de várias controvérsias.

A oposição entre essas perspectivas sem dúvida transcende o plano dos CLS. Em uma abordagem bastante mais extensa, Dumont (1992) explorou a distinção entre essas perspectivas

contrapondo o "holismo" característico do sistema de castas na Índia, que se fundamentaria numa lógica hierárquica, com o "individualismo" característico das sociedades ocidentais modernas, que se fundamentaria numa lógica igualitária. Na primeira ideologia predominariam os valores coletivos, enquanto na segunda o indivíduo é entendido como a unidade fundamental da vida social. Mais especificamente sobre o caso brasileiro, temos a clássica obra de DaMatta (1997), que examina os conflitos decorrentes da coexistência entre essas perspectivas no país. No presente trabalho, argumentamos que o antagonismo entre elas é atualizado no que tange às práticas desenvolvidas nos CLS.

A ideia de que todas as participantes dos CLS devem estar "comprometidas com o *controle social*" (em expressão usualmente empregada neste contexto), somada à de que o exercício do *controle social* favorece o conjunto da sociedade por meio da qualificação das políticas de saúde, incentivam a adoção de valores igualitários entre os sujeitos envolvidos. Todas as participantes seriam iguais dentro dos CLS, inclusive no que tange às relações entre gestoras, profissionais e usuárias. Disso proviria, substancialmente, a existência de certa noção segundo a qual a participação possuiria um valor intrínseco – ou seja, não importaria tanto a "profundidade" ou o "rendimento" da participação do sujeito, pois sua simples presença nas reuniões já seria algo positivo. Esta horizontalidade legitimaria o exercício do *controle social* tendo em vista seu caráter "social" e "comunitário", além de incentivar a participação de cada vez mais pessoas.

Por outro lado, a ideia de que a boa participação nos CLS envolve certo saber, certa "consciência", certo domínio das questões que atravessam o funcionamento dos Centros de Saúde, aliada à ideia de que a estabilidade institucional dos CLS requer o estabelecimento de um organograma interno formal, incentivam a adoção de valores hierárquicos entre os sujeitos envolvidos. Os sujeitos se diferenciariam em função de suas relações com o conjunto do CLS. Alguns seriam mais "experientes" e deveriam ser mais considerados, outros seriam mais "responsáveis" por determinadas tarefas, outros teriam mais recursos para agir e não deveriam ser muito contrariados etc. Esta verticalidade impulsionaria o exercício prático do *controle social* e promoveria o reconhecimento das diferentes posições alcançadas pelos sujeitos ao longo do tempo.

Nem sempre é consensual o momento em que deve ser acionada uma ou outra dentre essas duas perspectivas. A depender de objetivos específicos os sujeitos podem dar maior importância a uma ou a outra destas formas de cooperação. O triunfo de uma ou outra quase sempre é decisivo para o estabelecimento do merecimento que uma opinião, uma atitude, uma linha de ação etc. receberá. Por exemplo, nas reuniões dos CLS todas as participantes teriam direito a se expressarem, mas quais experiências pessoais deveriam ser consideradas como parâmetros de ação confiáveis? Desse modo, o sucesso do exercício cooperativo do *controle social* no âmbito dos CLS envolve a capacidade de suas integrantes em conseguirem equilibrar o uso destas perspectivas e a ocasional preponderância de uma

sobre a outra.

3.7 QUINTA TENSÃO: CONCEPÇÃO DE COMUNIDADE

Diferentemente do que ocorre em outros níveis do SUS, na esfera dos CLS vinculados aos Centros de Saúde de Belo Horizonte determinada concepção de "comunidade" aparece como um pano de fundo crucial que concede fundamento político ao exercício do *controle social.* Neste caso, seriam as "comunidades" que participariam dos CLS e de suas particularidades nasceriam formulações específicas em torno das políticas de saúde. Ou seja, nas reuniões de um CLS não participariam indivíduos quaisquer explicitando pontos de vista aleatórios, mas "representantes de uma comunidade" explicitando pontos de vista ancorados territorialmente.

No entanto, as "comunidades" não são dados da realidade que existem para além de certos arranjos territoriais, políticos, institucionais e sociais (Scott, 2008; Pereira, 2016). No contexto particular aqui em questão, as "comunidades" concebidas pelos CLS são efeitos do entrecruzamento instável de aspectos ligados, sobretudo, à organização da política de saúde da família e a certas características das populações que residem nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde.

No limite, desde o ponto de vista da política de saúde da família, cada "comunidade" corresponderia ao conjunto de pessoas que residem no território adscrito a certa instituição. Em Belo Horizonte, a definição dos territórios associados aos Centros de Saúde considera as similaridades e diferenças sociais existentes em cada região geográfica com base na utilização de informações produzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – notadamente aquelas que definem os *setores censitários*. Porém, tal consideração não esgota, tampouco corresponde perfeitamente às formas como os próprios sujeitos percebem estas similaridades e diferenças. Mesmo a noção de "território" não é um dado transcendente da realidade, mas um diagrama, uma perspectiva, um dispositivo intelectivo acionado com vistas à intervenção sobre uma totalidade arbitrariamente construída (Pereira, 2016).

A definição das "comunidades" que atuariam nos CLS privilegia, portanto, a consideração do local de moradia dos sujeitos. Sendo assim, tal opção tende a desconsiderar outros aspectos potencialmente relevantes no que se refere aos modos como os sujeitos se relacionam com as instituições de saúde e com as múltiplas territorialidades da cidade. Além disso, desconsidera o fato de que as integrantes dos CLS nem sempre mantêm laços firmes com as demais moradoras da área em questão. A sobreposição implícita entre as noções de "população residente" e de "comunidade" gera, por conseguinte, seguidos conflitos. Isso porque na concepção de "comunidade" está embutida certa noção de "homogeneidade social, cultural e política". Algo que nem sempre existe entre as potenciais frequentadoras dos CLS. Isso não quer dizer que não existam quaisquer sensos de pertencimento social compartilhados entre as integrantes das CLS. As dificuldades surgem com o uso homogeneizante

destes sensos na institucionalização do *controle social*.

Sujeitos residentes nos territórios dos Centros de Saúde frequentemente possuem valores e interesses dissonantes. Concebem e praticam o *controle social* de modos diferentes. Não obstante, no âmbito do CLS, a ação legítima é aquela tida como "comunitária" – não a "individual" e nem sequer a "coletiva". É o vínculo "comunitário" que concede representatividade às demandas e aos sujeitos. Portanto, no exercício do *controle social* os sujeitos não podem se afastar demasiadamente da concepção de "comunidade", uma vez que ela é cara tanto à política de saúde da família, quanto ao sistema de *controle social* no SUS. É improdutivo que as integrantes dos CLS atuem como "grupos distintos" ou como "grupos com interesses específicos".

Decorre disso o constante dilema que acomete as participantes dos CLS: converter "problemas específicos" em "problemas comunitários" e, em seguida, em "participação política". Não apenas fazer que os problemas sejam apreendidos por uma quantidade maior de pessoas, mas, principalmente, fazer que eles sejam percebidos como questões cujas condições de existência e de solução estão intimamente relacionadas às suas "naturezas comunitárias". Em vista disso, a inserção da lógica da "comunidade" no discurso do *controle social* é, neste nível, uma das ferramentas mais importantes para que ele encontre legitimidade e eficácia. Parte das interações conflituosas que se dão nos CLS decorrem, enfim, do fato de que a "comunidade" é um objeto a ser tensamente neles construído, e não uma base sólida a partir da qual o *controle social* pode ser praticado.

4 CONCLUSÃO

Entre as integrantes dos CLS há uma difundida preocupação em formular explicações sobre porque as moradoras das "comunidades" geralmente participam pouco de suas reuniões. Isso ocorre, em boa medida, a partir de três supostos implícitos. Primeiro, a noção de que o SUS merece ser "defendido". Segundo, a noção de que é bom que as "comunidades" sejam "representadas". Terceiro, que o *controle social* é uma "conquista política" da sociedade frente ao Estado. Portanto, às usuárias do SUS que não participam dos CLS faltaria, especialmente, "consciência*"* em acolher estas três premissas. Elas seriam a base elucidativa para a razão de existir e para o funcionamento exitoso ou falho dos CLS. A abordagem que este trabalho procurou desenvolver caminha, em algum sentido, numa direção oposta. Com base na pesquisa realizada, procurou-se explorar aqui a hipótese de que o *controle social* é um processo social em incessante (re)construção que se dá, geralmente, a partir de certas tensões – ou seja, a partir de interações entre práticas e valores contrastantes que convivem sem que haja um triunfo permanente por parte de qualquer elemento, sem que uma solução perpétua seja produzida.

Estas *tensões* foram aqui erigidas enquanto instrumentos analíticos dirigidos ao entendimento do contexto particular em foco. Embora atravessem cada CLS com intensidades específicas, elas se

fazem presentes de maneira fundamental em todos eles, sendo, no limite, peças constitutivas da composição da participação dos sujeitos. As cinco *tensões* acima discutidas intentaram sistematizar esta proposta analítica sem, contudo, esgotar todas as problemáticas que atravessam esse contexto. Outras *tensões* poderiam ser trabalhadas, tais como, por exemplo, o embate social e institucional em torno do processamento das demandas, a oposição entre movimentos de manutenção e de transformação das políticas de saúde, as incertezas decorrentes da justaposição e/ou dissensão entre a ampliação de direitos e o melhoramento dos serviços, ou a multifacetada função desempenhada pelos CLS relacionada à mediação de conflitos.

Não obstante, é possível conceber que os processos aqui discutidos podem cooperar com a compreensão de dinâmicas mais amplas envolvidas com o exercício do *controle social* no SUS. Entende-se que o *controle social*, na esfera do SUS, não deve ser concebido unicamente como a abertura de espaços institucionais para que a sociedade participe da concepção, da execução e da avaliação das políticas públicas de saúde. Ele envolve práticas socialmente situadas. "Comunidades", "territórios", "organizações institucionais", "segmentos sociais" etc. são diferenciados interna e externamente, adquirindo características e sentidos particulares dependendo do contexto. A composição contextual destes e de outros elementos pode ser interpretada com o apoio das *tensões* aqui discutidas.

Não há dúvida de que os CLS desempenham um papel histórico fundamental no que tange à construção da democratização da sociedade brasileira em seus múltiplas dimensões (Aciole, 2003; Labra, 2005). Entretanto, mais além, este trabalho procurou explorar, lateralmente, a tese de que o *controle social* no SUS se apresenta enquanto um modo específico de construção do Estado que alia, de maneira particular, ideias de *produção da democracia* e de *produção da saúde*. No que tange aos CLS vinculados aos Centros de Saúde de Belo Horizonte, o *controle social* inclui o objetivo claro de qualificar a política de saúde da família. O acompanhamento das ações nela desenvolvidas contribuiria para que o Estado produzisse saúde de maneira mais adequada e eficiente. Conjuntamente, esta mesma participação das "comunidades" contribuiria para que a política de saúde da família adquirisse seu fundamento nas necessidades e nos anseios daqueles que dela se servem, tornando-a, em vista disso, mais democrática.

Esta junção entre as dimensões da saúde e da política significa, por conseguinte, algo além do que tão somente a participação da população na definição das trajetórias das políticas de saúde. Mais do que isto, está em operação a construção do Estado como parte de um processo mais amplo de governo da vida (Foucault, 2008). Esta condução, gestão e regulação da vida seria, nesta perspectiva, o encontro entre processos de estatização e a instituição de condições populacionais determinadas. Poderíamos dizer assim que, no encontro entre o Estado e a sociedade, o *controle social* recobra múltiplas acepções: controle do Estado *pelo/desde o* social, mas também controle *do/sobre o* social

ISSN: 2177-3246

pelo Estado. Nenhum destes sentidos logra existir isoladamente, uma vez que esta dupla orientação é inescapável aos mecanismos de constituição das políticas estatais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio concedido para a realização desta pesquisa, por meio de bolsa de estudos de pós-doutorado júnior. Agradeço também à professora Luciana Teixeira de Andrade pela orientação, atenção e apoio concedidos durante todo o estágio de pós-doutorado que deu origem a este trabalho.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, jan./abr. 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BELO HORIZONTE. Lei nº 7.536, de 19 de junho de 1998. Altera a Lei nº 5.903/91, que cria, na área da saúde, o Conselho Municipal, a Conferência Municipal, os Conselhos Distritais e as Comissões Locais. **Diário Oficial do Município**, de 20 de junho de 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 18 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

_____. Lei nº 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 de saúde e outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 out. 2011.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade**: Estudos, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO CMS/BH – 397/16**. *Regimento Interno Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte*. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/conselho/normatizacao/regimento-interno>. Acesso em 10 abr 2026.

CÔRTES, Soraya V.; SILVA, Marcelo K.; RÉOS, Janete C.; BARCELOS, Márcio. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. In: CÔRTES, Soraya V. (org.). **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

CÔRTES, Soraya V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de V. C. (org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

DAMATTA, Roberto. **Carnavais, malandros e heróis**: para uma sociologia do dilema brasileiro. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DUMONT, Louis. **Homo Hierarchicus**: o sistema de castas e suas implicações. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, Nísia T.; GERCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio C. **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R. do; EDLER, Flavio C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia T.; GERCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio C. **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FOUCAULT, Michel. Aula de 14 de janeiro de 1976. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____.O sujeito e o poder. **Ditos e Escritos IX**: Genealogia da Ética, Subjetividade e Sexualidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 21 (61), 2006.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Experiências em Saúde da Família**: Cada Caso é um Caso?. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

GUIZARDI, Francini L.; PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de; SANTANA, Ana Débora; MATTA, Gustavo da; GOMES, Márcia C. P. A. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Vol. 14 (1), 2004.

GUIZARDI, Francini L.; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3), 2006.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia T.; GERCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio C. **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. (org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

PEREIRA, Diogo Neves. Em relação às comunidades. Reconhecendo os territórios. **A Saúde da Família**: em Cuba e no Brasil. Curitina: Appris, 2016.

SANTOS, Sílvia França; VARGAS, Andréa Maria D.; LUCAS, Simone Dutra. Conselheiros usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saúde e Sociedade**, Vol. 20 (2), 2011.

SCOTT, Russel P. Prevenção e poder na transformação dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS) em programas de saúde da família (PSF). In: CAROSO, Carlos. (org.). **Cultura, Tecnologias em Saúde e Medicina**: perspectiva antropológica. Salvador: EDUFBA, 2008.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina R.; FARIA, Eliana M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2(4), 2010.

SOUSA, Maria Fátima de. **Programa de Saúde da Família no Brasil**. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

TEIXEIRA, Maria Lucia; VIANNA, Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando?. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 11, nº 21, jan./jun. 2009.

TURCI, Maria Aparecida (org.). **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.

UGARTE, Pedro S. Que participação para qual democracia?. In: COELHO, Vera S. P.; NOBRE, Marcos (org.). **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. 34, 2004.