



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

**Eixo temático: Política Social e Serviço Social**

**Sub-eixo: Lutas sociais e Controle Democrático nas políticas sociais**

## **CONSELHOS DE SAÚDE: CONFORMISMO OU POSSIBILIDADE DE ALARGAMENTO DE DIREITOS E DE SOCIALIZAÇÃO DA POLÍTICA?**

**TEREZA CRISTINA PIRES FAVARO <sup>1</sup>**

**WALDEREZ LOUREIRO MIGUEL <sup>2</sup>**

### **RESUMO:**

O artigo discute a participação popular à luz da teoria social crítica, articulando pesquisas bibliográfica, documental e de campo com usuários, trabalhadores e gestores. Objetiva apreender, no processo histórico do SUS em Goiânia, o controle social exercitado pelo Conselho de Saúde em duas gestões distintas, verificando seus limites e possibilidades.

**Palavras-chave:** política de saúde. controle social. conselho de saúde participação. direitos de cidadania.

### **ABSTRACT:**

The article discusses popular participation in the light of critical social theory, articulating bibliographic, documentary and field research with users, workers and managers. It aims to apprehend, in the historical process of the SUS in Goiânia, the social control exercised by the Health Council in two different administrations, verifying its limits and possibilities.

**Keywords:** health policy. social control. health council participation. citizenship rights.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Goiás

<sup>2</sup> Pontifícia Universidade Católica -GO - Goiânia

## 1 Introdução

Este artigo é resultado de reflexões desenvolvidas durante o Curso de Mestrado em Serviço Social da PUC-Goiás acerca da participação popular, princípio constitucional orientador do Sistema Público de Saúde brasileiro, regulamentado pela Lei nº 8.142 de 1990 (Brasil, 1990). Nesse entendimento e à luz da teoria social crítica, o estudo mantém uma abordagem qualitativa, que articula pesquisas bibliográfica, documental e de campo, com usuários, trabalhadores e gestores. Objetiva apreender, no processo histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) em Goiânia, o controle social exercitado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), sua implantação e implementação, em duas gestões distintas: de 1989 a 1992, gestão do PMDB, e de 1993 a 1996, gestão do PT. Os resultados apontam limites e possibilidades no exercício do controle social por meio do Conselho e evidenciam a importância da capacitação no sentido de conselheiras (os) contribuírem na construção de uma política pública de saúde alinhada à realidade do município e com os princípios e diretrizes do SUS.

Nesse sentido, a leitura das categorias de Gramsci (1987) contribuiu para o entendimento do processo de formação brasileira, marcado por decisões pelo alto e pelo alijamento das classes subalternas do processo decisório. Ao construir historicamente o termo controle social e sua utilização, quer pela coerção, quer na perspectiva da sociedade civil participando e fiscalizando as ações do Estado, outras categorias foram sendo desvendadas, como hegemonia, Estado, cidadania, democracia, descentralização, direitos e participação. Todas essas categorias mantêm estreita relação com a trajetória da política de saúde no Brasil, quando analisada na perspectiva da totalidade, da relação entre Estado e sociedade civil e mudanças operadas por meio do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), no fio condutor da promulgação da Constituição Brasileira (1988).

Em princípio, o exercício do controle social junto às políticas públicas foi uma construção desafiadora diante da formação histórica brasileira, centrada, desde o Brasil Colônia, no modelo tradicional de dominação patrimonialista e clientelista, modelo bem típico das oligarquias, cujos poderes e exercícios estão, ainda hoje, representados por grupos familiares que mantêm sob controle os instrumentos de decisão no âmbito econômico, político, social e cultural, ao monopolizarem a autoridade e o prestígio de alguns desses setores ou de todos eles (Vieira, 1998). Ressalte-se, ademais, a naturalização, por parte dos governantes, do uso do poder público como extensão da vida privada (Balestrin; Barros, 2008).



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

Por essa razão, refletir sobre o controle social – com o olhar voltado para o Conselho de Saúde – na perspectiva da sociedade civil organizada é trazer ao debate o sentido da participação popular na construção do SUS e dos direitos sociais. No âmbito do SUS, a participação foi defendida pelo MRS e assegurada no artigo 1º da Lei 8.142/90 (Brasil, 1990), materializando-se por meio de duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, presentes nas três esferas de governo como mecanismos legais de controle social<sup>1</sup> e que dispuseram, na sua composição, de usuários, trabalhadores, gestores públicos da saúde e prestadores de serviços privados, escolhidos durante conferências participativas. A participação popular tem a ver com o direito de tornar o Estado efetivamente um bem público, contrariar interesses e descentralizar a tomada de decisão a partir da construção e do acompanhamento das políticas públicas de saúde. O Conselho Municipal é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, integrante da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. Os conselhos são objetos de reflexões de forças progressistas e conservadoras: “A diferença é que eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração, pelos liberais, e como vias ou possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder, pela esquerda” (Bravo; Souza, 2009, p. 68).

De todo modo, a participação é na perspectiva de elaborar, implementar e fiscalizar. Em outras palavras, entender a saúde com participação popular significa colocar-se na contramão de um modelo conservador, pautado no modelo clínico, individualizante e curativista, com planejamento de ações e serviços que, muitas vezes, não expressam a necessidade da população usuária.

De outro lado, os conselhos e as conferências são espaços tensos, onde diferentes interesses estão em disputa, mas também são possibilidades de contribuir com inovações políticas e institucionais no formato das políticas públicas brasileiras, mudanças num país em que, quase sempre, a democracia colocou-se mais como exceção de que como regra. Essas experiências, com todas as suas limitações e entraves, expressam a possibilidade de usuários e trabalhadores romperem com a histórica centralização das gestões públicas, embora não se negue que o exercício do controle social por meio dos conselhos e conferências de saúde, nas diferentes esferas de governo e dentro das condições existentes, aponte indícios de um distanciamento entre o que está definido constitucionalmente e o que é efetivado no cotidiano. Daí

---

<sup>1</sup> Existem outros mecanismos, como: Ministério Público, órgãos de defesa do consumidor, meios de comunicação oficiais e conselhos profissionais.



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

a importância da história do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia, que tem sido pouco pesquisada e, por isso, é pouco conhecida, quase que restrita às pessoas envolvidas nas discussões. É necessário criar estratégias que assegurem a visibilidade de suas ações para o seu fortalecimento, principalmente pelo perfil conservador de nossa sociedade em suas relações sociais, avessa à participação das massas no poder decisório.

Com a finalidade de descentralizar sua atuação, o CMS hoje conta com o apoio dos conselhos locais de saúde, órgãos consultivos, em cujas atribuições estão as proposições de demandas e reivindicações locais para discussão e deliberação do CMS. Atualmente o conselho funciona fora das dependências da SMS.

De maneira que, dentro do recorte proposto, 1989 – 1996, dois partidos construíram alianças possíveis e conduziram a prefeitura de Goiânia: o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o Partido dos Trabalhadores (PT). Historicamente, o PMDB, inicialmente Movimento Democrático Brasileiro (MDB), é tido como o fiel da balança, desde que, durante a ditadura e a vigência do bipartidarismo, em que era permitido apenas um partido de oposição, aglutinou opositores ao regime militar e se tornou um símbolo de resistência. Com o fim da ditadura militar, outros partidos surgiram, e o PMDB, de alguma forma, passou de opositor que era para se manter sempre ligado ao poder. O PT, de base operária, lutou contra a ditadura e pela redemocratização do país, reunindo lideranças operárias, sobretudo dos sindicatos do ABC<sup>2</sup>, intelectuais e militantes ligados às organizações que se engajaram na luta contra a ditadura, membros das Comunidades Eclesiais de Base ligados à Teologia da Libertação, artistas, estudantes, profissionais liberais, entre outros.

Das experiências recolhidas durante a pesquisa, foi possível depreender que, na primeira gestão conduzida pelo PMDB, entre 1989/1992, a ênfase recaiu na organização do setor de saúde com reformas e ampliação da estrutura física, a fim de assegurar o atendimento nas unidades básicas e na implantação do serviço de apoio diagnóstico. Diante de uma estrutura ruim, o grande desafio do gestor foi, além de uma melhor estruturação para a Secretaria Municipal de Saúde, buscar os meios e as condições para a municipalização em Goiânia. Convém mencionar que a presença municipal na área da saúde era baixa, quase toda vinculada ao governo estadual: a política nacional, a gestão de políticas, ações e diretrizes passavam pela esfera estadual para se concretizarem no município, cuja posição era de receptor das ações federais e estaduais. Já a iniciativa privada, responsável pelo maior número de leitos cadastrados, expressava uma política

---

<sup>2</sup> Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano, cidades paulistas, berço do movimento operário.

de investimento na assistência à doença, mediante uma cultura hospitalocêntrica em detrimento de investimentos na prevenção e na promoção da saúde (Favaro, 2009).

Sob essa ótica, a política de saúde em Goiânia foi construída de forma a estar restrita a necessidades do atendimento médico, ignorando as condições de vida dos usuários, o que tornava a saúde vinculada ao estar doente e à possibilidade de sobrevivência. Assim se explica o fato de uma parcela significativa da população recorrer aos serviços sanitários na manifestação da doença e não nas condições necessárias para manter a sua saúde, impedindo que esta fosse apreendida na dimensão coletiva e como questão de cidadania (Favaro, 2009).

A lógica que orientava as políticas sociais, em particular a saúde, era a emergencial e terapêutica, de modo a recuperar a força de trabalho para atender à lógica do capital. Em vez de assegurar saúde como direito de todos, transformavam-na em assistência para segmentos pauperizados da população, tornando “as formas sociais dos serviços de atenção à doença” distantes da sua essência de preservação da saúde, para compor as condições gerais da produção (Cohn *et al.*, 2002, p. 92).

No processo de mudança constitucional, a efetivação do SUS expressou o rompimento com o caráter excludente configurado em duas classes de cidadãos: aqueles que tinham a previdência e o de segunda categoria, indigente, desempregado, vivendo de subemprego. O SUS ampliou o acesso e a cobertura da população do país, impactando os indicadores de saúde e, por meio do controle social, investiu numa gestão mais próxima do cidadão, ainda que tenha reproduzido a dualidade histórica público x privado nesse sistema (Favaro, 2009).

De maneira que, sem ufanismo, o SUS representou e representa uma conquista civilizatória do povo brasileiro desde que colocou a saúde em uma outra dimensão: como direito e dever do Estado, num sistema descentralizado, com participação popular. Assim, dentro da realidade de Goiânia, foi possível uma mudança no perfil do gestor público:

[...] com o advento do SUS, mudou um pouquinho. [...] antes, o Secretário de Saúde era o médico particular ou do Prefeito ou do Governador. Esse era o perfil: o médico particular era o Secretário de Saúde. Isso mudou muito. Hoje, você tem a preocupação de formação de gestores: o gestor [deve] ser pessoas que entendam [daquilo] que estão fazendo, seja em qualquer área da administração pública, na área da saúde [...] Hoje, [...] há pessoa com formação de gestor, que entende de gestão pública, [...] de administração pública, que saiba gerir recursos financeiros [...] esse foi um processo de melhoria, preparando depois para o processo de municipalização que viria logo a seguir, [ao] colocar enfermeiros como Diretores das Unidades de Saúde (Entrevista 6, gestor).

Ao longo do tempo, o SUS foi sendo impactado pelo subfinanciamento que compromete a universalização do acesso e a qualidade na prestação dos serviços por conta da política



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

econômica regressiva, com corte de gastos sociais em favor do superávit primário, orientado pelo ajuste fiscal de matriz neoliberal que por aqui aportou ainda no início da década de 1990. Esse aporte impulsionou o Estado mínimo, com enfrentamento da questão social<sup>3</sup> com políticas restritas e fragmentadas. Aliada a esses fatores, gestores reforçaram a cultura política brasileira de manter as classes subalternas sob controle, desmobilizadas, apáticas à participação e, com isso, afastadas do poder decisório:

O projeto democracia restrita, com a concepção de Estado mínimo, ou seja, máximo para o capital e mínimo para as questões sociais, restringe os direitos sociais e políticos. O enxugamento do Estado é a grande meta, como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas (Bravo; Souza, 2009, p. 58).

Ademais, lançaram mão do discurso da governabilidade para desestimular as classes subalternas de apresentarem demandas sociais legítimas. Fomentou-se a mobilização da sociedade civil na direção de práticas filantrópicas, naturalizaram-se as desigualdades e despolitizaram-se as expressões da questão social. Tal retrocesso vem sendo aprofundado por sucessivas gestões, sobretudo a de 2016-2022.

## **2 Conselho Municipal de Saúde de Goiânia: desafios e possibilidades para a efetiva participação popular e o controle social na gestão do SUS**

Durante o período delimitado deste estudo, foram realizadas três Conferências Municipais de Saúde em Goiânia - em 1991, 1993 e 1995 -, que contribuíram para uma maior visibilidade do SUS na instância local e asseguraram avanços significativos no processo de municipalização da saúde em Goiânia, à medida que gestores, profissionais e usuários comprometidos com esse sistema empreenderam uma luta para democratizar o acesso à saúde e à sua gestão, ainda que com recursos insuficientes.

Na gestão peemedebista (1989-1992), foi criado o Conselho Municipal de Saúde (CMS), expressão da luta pela democratização da política de saúde e, concomitantemente, do debate, em nível nacional, da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Assim, em 1991, a cidade, ao realizar sua primeira Conferência Municipal de Saúde, demonstrou a força dos diversos movimentos sociais atuantes ou engajados na área. Ao acatar a indicação da Conferência de criar o CMS e em conformidade com a Lei 8.142/90, o prefeito Nion Albernaz, em seu penúltimo ano de

<sup>3</sup> “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão” (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 77).



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

administração, criou o CMS pelo Decreto Municipal nº 1.426, de 11 de novembro de 1991 (Goiânia, 1991). Tal feito veio expressar mais uma conquista do MRS:

[...] A Lei [8.142] regulamentava normas que estabeleciam critérios para repasse de recursos. E conquistamos que o Conselho de Saúde fosse um dos critérios para que os municípios pudessem receber recursos da esfera federal. Isto impulsionou, alguns acham que não, acho que foi um bom começo [...] como estava vindo de um lado o repasse de recurso, houve [...] criação de Conselho muito de gabinete. O prefeito queria aquele recurso e criava um conselho sem participação popular [...]ficaram muitos conselhos assim, cartorial, por muito tempo (Entrevista1, liderança política).

Inicialmente, o CMS não ficou imune a essa prática, na visão de uma liderança política: “Aqui, aconteceu assim: criação do Conselho [...] que inicialmente foi criado cartorialmente. Depois, [...] conseguimos reverter a situação: [...] [em outra] Conferência de Saúde, [...] a gente deu uma outra dimensão para a participação popular” (Entrevista 1, liderança política).

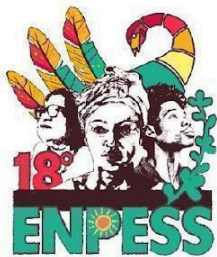
No entanto, o exercício do controle social, para alguns gestores, evidenciava uma obrigatoriedade de cima para baixo, cumprindo determinação imposta pelo governo federal ao condicionar o repasse dos recursos na adoção de programas e projetos definidos em âmbito central. Essa situação reforçava a tutela e o centralismo no processo de gestão da política de saúde do município e tornava natural para o gestor local reproduzir a lógica burocrática centralizadora nas suas relações com os munícipes, em detrimento de uma prática capaz de romper com o clientelismo, assegurar o exercício da cidadania e a democratização da gestão da saúde (Favaro, 2009).

Assim, ao limitar os processos de socialização da política, a relação caminhou na contramão da concepção gramsciana ampliada de Estado e o Conselho, espaço em potencial para o alargamento da democratização e dos direitos sociais, tornou-se mero instrumento de dominação de práticas clientelistas. Em outra interlocução, foi confirmada a lei como estratégia para assegurar sua criação:

Eles [os gestores] precisariam do Conselho para a municipalização, porque, se não tivesse o Conselho, não teria como municipalizar e todo prefeito daquela época queria municipalização, porque (era) a maneira de gerenciar a saúde. Às [...] vezes, se não tivesse vontade política, mas pelo regime [militar] que vinha, pela mudança [redemocratização] que teve, eles tinham a obrigação de ter a municipalização em cada município [para] ter a verba. Se não tivesse a municipalização, não vinha verba federal (Entrevista 9, usuária).

A participação deve ser pela sociedade civil organizada partilhando o poder, opinando nas decisões, na execução e fiscalização das políticas sociais, “na redistribuição e emprego do fundo público para a maioria da população” (Iamamoto, 1999, p. 264).

Por essa razão, a participação não deve transformar o povo em coisa e nem virar



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

estratégia de gestor para conseguir verbas nos orçamentos, ou seja, torná-lo mero ocupante de espaço, retirando-lhe a capacidade de autoria histórica. Deve, sim, dar concretude ao direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública, reconhecer o cidadão como “sujeito do poder e da história, presente na multiplicidade dos espaços sociais e políticos”, com capacidade para interferir na direção intelectual e moral da vida pública na defesa da democracia plena (Iamamoto, 1999, p. 265). Por outro lado, na particularidade de Goiânia, no decorrer do processo, o Conselho foi mostrando sua força para a concretização do SUS:

[...] eu penso que, no início, na primeira gestão, [...] era um tema novo e difícil, não é fácil para o gestor. Então, eu sentia que, no início, existia até certo temor – como que é esse negócio de abrir as portas para o usuário para todo mundo vim dar palpite? Não é fácil [...] Mas eu considerei que foi um processo que foi sendo construído, porque foitodos, inclusive o gestor, entendendo que não foi para atrapalhar. Porque eu penso que o primeiro impacto foi esse mesmo, de que não é fácil abrir as portas assim da secretaria para alguém vir aqui dar palpite (Entrevista 10, trabalhadora).

Ao analisar os dados recolhidos e as atas das reuniões do período estudado, percebe-se que as demandas do CMS expressaram questões pontuais em relação ao seu funcionamento, como as precárias condições materiais. Essas foram questões que permearam os debates. Registra-se, ainda, a pouca ou quase nenhuma capacitação dos conselheiros, ou de meios de propiciar o efetivo exercício do controle social, especialmente para a verticalização das questões orçamentárias:

[...] eu penso que faltava muito conhecimento de todas as partes, tanto dos gestores, dos profissionais de saúde. Do usuário nem se fala. Para ele, muitas coisas eram grego, muitos assuntos eram aprovados sem um aprofundamento adequado, até porque, às vezes, tinha coisas mais urgentes que tinha que ser encaminhado (Entrevista 10, trabalhadora).

Essas questões também foram reafirmadas na interlocução desta usuária:

[...] nós, conselheiros, às vezes não sabemos como fiscalizar, porque a gente entra para o Conselho escolhido pelas entidades. E uma entidade, às vezes, manda um conselheiro que [...] não conhece nada do controle social, [...] como é que você faz o trabalho do Conselho. [...] Por isso que perde muito na fiscalização: por não saber (Entrevista 9, usuária).

De certa maneira, as afirmações dessas participantes deixam transparecer os limites impostos aos conselheiros. Por vezes, as deliberações ocorriam para cumprir prazos e o município não ser prejudicado, não perder recursos, bem como atender à “chantagem institucional do poder executivo ao acenar com o prejuízo para a população, caso as propostas apresentadas sejam[fossem] contestadas pelos conselheiros” (Bravo; Souza, 2009, p. 72). Anote-se também o despreparo ou mesmo a falta de acesso às informações, que vieram burocratizando esse espaço de formulação de estratégias e de controle da execução da política



de saúde. Mas outros desafios se apresentaram no sentido de potencializar a ação e o alcance de todo o processo:

[...] falta de respeito pelo poder público das deliberações dos conselhos, como também das leis que regulamentam seu funcionamento; burocratização das ações e dinâmica dos conselhos que não viabilizam a efetiva participação dos representantes; posicionamento dos conselhos de forma tímida em relação à agenda neoliberal; falta de conhecimento da sociedade civil organizada sobre os conselhos [...]; e falta de soluções jurídicas mais ágeis quanto à necessidade de enfrentamento com o executivo. Outro aspecto a ser ressaltado é a articulação da luta por direitos com o movimento por transformações no plano econômico, superando a visão politicista da política social (Bravo; Souza, 2009, p. 72).

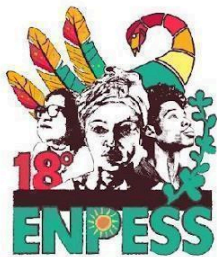
Se, por um lado, todas essas questões foram e ainda são pertinentes e demonstraram os desafios para o exercício do controle social, por outro,

[...] o conselho representou uma força que empurrou a aplicação do projeto do SUS e, se não fosse os Conselhos, a gente estaria no mesmo ponto da estrutura. Porque toda participação do profissional, do usuário, como do gestor deu uma outra dimensão para o Sistema Único de Saúde. Talvez um ponto tão bonito dessa proposta, desse controle social, porque [deram] responsabilidade a mais pessoas. Nós precisamos ter gestores responsáveis, mas temos que ter usuários [e trabalhadores] responsáveis também (Entrevista 10, trabalhadora).

Explicita-se, nesse último depoimento, a concepção do SUS como proposta de efetivação de cidadania, i.e., de que todos os sujeitos devem se responsabilizar pela construção da saúde como direito social: os diferentes segmentos que compõem o CMS e a conseqüente relação de interesses existente no seu interior devem se estabelecer pelos intelectuais orgânicos vinculados ou às classes subalternas ou a serviço da classe dirigente. Dentre os intelectuais orgânicos vinculados às classes subalternas, a pesquisa identificou a participação, dentre outros, do Conselho Regional de Serviço Social 19ª Região. Isso reforça a contribuição das(dos) assistentes sociais nesse processo, de fortalecer a organização política dos espaços de controle social, do seus segmentos, conseqüentemente, o projeto ético-político profissional e de reforma sanitária na direção da socialização da política e do universalismo do direito à saúde.

Compreende-se, daí, o papel do intelectual orgânico capaz de buscar a “construção de um consenso ativo entre as massas, insistir na consolidação e no progressivo alargamento desses espaços duramente conquistados” (Nogueira, 1985, p. 138), de modo a inverter, progressivamente, a correlação de forças. É sob essa ótica que pode ser percebida a instância de controle social: pelo potencial de socialização da política e de alargamento dos direitos.

Considera-se que os conselhos são mecanismos importantes para “a democratização do espaço público e não podem ser nem super valorizados, nem subvalorizados” (Bravo; Souza, 2009, p. 72). São espaços que sinalizam para uma nova relação Estado e sociedade, ao



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

assegurarem um alargamento da participação da sociedade civil nos negócios públicos no sentido de construir uma nova “cultura alicerçada nos pilares da democracia representativa e na possibilidade de construção de democracia de massas” (Bravo; Souza, 2007, p. 48):

Eu via o seguinte: muito esforço das entidades que estavam compondo o Conselho para que acontecessem as mudanças. Esses faziam, porque tinham muita força da sociedade. [...] Então, era o momento forte e estava todo mundo querendo mudança e todo mundo então abraçava a causa, cada um no seu [modo] (Entrevista 9, conselheira).

A implementação do controle social na gestão do PMDB, que durou um curto período de tempo, constituiu a base para a gestão seguinte. O eixo básico da proposta de governo petista (1993-1996) era uma mudança na relação com os trabalhadores da saúde e a ampliação da participação popular na gestão, o que fortaleceu o processo de municipalização preconizado pelo modelo da Reforma Sanitária brasileira ao buscar construir uma rede organizada para o desenvolvimento de ações de superação da concepção de saúde/doença centrada em práticas curativa e o fortalecimento da atenção primária (Favaro, 2009).

Em princípio, a gestão manteve o modelo anterior de organização do setor. Posteriormente, ampliou a rede física, criando e ampliando as unidades básicas e colocando em funcionamento o serviço de saúde mental. Ocorreu ainda mudança do regimento da Secretaria, aprovado pela Lei nº 7.407, de 29/12/95 (Goiânia, 1995), com implementação do Fundo Municipal de Saúde. Pela análise de documentos, constataram-se: ampliação dos investimentos financeiros no setor e a celebração de convênios com a esfera federal para o desenvolvimento de programas, especialmente de prevenção, reconhecendo que

[...] muitos gestores usam o conceito de saúde de forma oportunista, em dizer que limpeza é saúde, não sei o quê é saúde... e dilui ou embute na saúde aquilo que não é do sistema. Quando [o que] a gente fala [é]: tal porcentagem é pro Sistema de Saúde para estruturação do Sistema, manutenção, garantir o funcionamento dos programas, ações de saúde diretamente (Entrevista 1, liderança política).

A gestão petista<sup>4</sup> assumiu o poder reforçando a importância da participação popular. Contudo, somente no dia 10 de janeiro de 2002, em outra gestão de Nion Albernaz, agora no Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), e do secretário de saúde Elias Rassi Neto, foi efetivada a criação do CMS, Lei municipal nº 8.088/2002, após doze anos de luta por essa legitimação (Favaro, 2009). Passou a dispor de infraestrutura básica para seu funcionamento dentro das dependências da Secretaria Municipal de Saúde. A pesquisa aponta que, nessa

<sup>4</sup> Prefeito Darci Accorsi e Deo Costa Ramos, Secretário Municipal de Saúde, ambos filiados ao Partido dos Trabalhadores.



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

gestão, houve o fortalecimento na ação do Conselho: “[...] eu participei ativamente[...] foi a época que o Conselho realmente começou a se estruturar melhor, começou mesmo a se tornar um Conselho” (Entrevista 10, trabalhadora).

A partir das entrevistas com conselheiros (as), trabalhadores (as), gestores e leitura das atas de reuniões, observa-se que ocorreu a ampliação das atividades do Conselho, embora com predomínio de questões pontuais/emergenciais, priorizando a burocracia recorrente, com aprovações de ações, programas ou projetos voltados à prestação de serviços assistenciais, sem uma efetiva interferência na política de saúde e com pouca visibilidade das ações junto à população em geral, restrita, em parte, aos usuários das unidades de saúde. (Favaro, 2009).

A presença dos diferentes grupos de interesse expressava a possibilidade de democratização da gestão pública, ao explicitar os conflitos, mas também a politização das questões sociais (Santos, 2000). De outro lado, porém, interesses particularistas iriam constituir um fator enfraquecedor da luta do CMS para formulação de uma política de saúde dentro dos princípios mencionados.

[...] lembro bem que, nas primeiras reuniões para [essa] Conferência de Saúde, praticamente todos os donos de hospital foram, porque sabiam que ali ia avançar, ia ter controle do recurso público, ia limitar o direito do ganho deles. Quando eles perceberam que o Darci não implementava de fato essas mudanças, eles ficaram tranquilos [...] e depois sumiram na Conferência e nós continuamos a Conferência sem eles (Entrevista 7, trabalhador).

Os prestadores de serviços, porque vendem serviços ao SUS, têm interesses corporativistas a defender no âmbito da política de saúde. Dessa forma, ações foram empreendidas para assegurar uma ampla participação popular na Conferência, com o objetivo de tornar as discussões e as deliberações de interesse comum. A estratégia preparatória para a Conferência, i.e., a realização das etapas local e regional, trouxe à tona a discussão do controle social nos serviços e a necessidade da criação dos conselhos locais nas unidades de saúde do município de Goiânia.

Como evidência desse processo, Favaro (2009) ressalta que a realização da conferência constituiu um momento bastante significativo para o Conselho, dado que assegurou não só um reconhecimento ao trabalho desenvolvido pelos conselheiros, mas também uma forma de avançar na agenda da saúde e nas cobranças junto ao gestor municipal:

[...] a conferência de saúde é uma maneira de capacitação, de formação dos conselheiros. Eu acho que é uma maneira muito rica, muito turbulenta, principalmente quando chega a escolha das entidades para ser representadas. [...] Mais importante que a Conferência em si é toda essa preparação para a Conferência (Entrevista 8, usuária).



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

Ou seja, dentro das correlações de forças, as discussões mais intensas ocorreriam nas etapas local e regional, fortalecendo as discussões sobre o processo de municipalização da saúde e do controle social. A criação dos conselhos locais foi/é uma demonstração disso. Sua criação foi apresentada pela vereadora Olívia Vieira (à época filiada ao PC do B), pela Lei nº 18, de 18/10/1993 (Goiânia, 1993):

[...] então, houve uma ampla discussão do controle social a partir do local. Goiânia foi a primeira cidade a ter Conselhos Locais de Saúde [...]. Conseguimos reverter a situação, que teve, de novo, uma Conferência de Saúde, e a gente deu uma outra dimensão para a participação popular (Entrevista 1, liderança política).

Desse modo, a criação dos Conselhos Locais veio demonstrar a força e a articulação dos movimentos populares e sociais, que culminaram, posteriormente, na sua regulamentação legal, em busca de “construir o bloco histórico, ou seja, realizar uma unidade de forças sociais e políticas diferentes, [...] conservá-las juntas através da concepção do mundo que ela traçou e difundiu” (Gruppi, 1978, p. 78). É necessário que os conselheiros incorporem a “noção de Conselho, enquanto espaço legítimo de participação da sociedade, e exerçam o potencial político” de sua representação nesse espaço e para além dele (Bravo, 2006, p. 29):

Desta maneira, tanto o Conselho Municipal de Saúde como os Conselhos Locais expressaram a possibilidade de assegurar o cumprimento dos preceitos constitucionais [pelo] controle social [...] Ele tem um papel fundamental, mas depende também de [como] está participando dele, porque há um grande risco no próprio controle social de haver infiltração de interesses político-partidários, de interesses pessoais (Entrevista 1, liderança política).

Nesses espaços é que foram discutidas as demandas por saúde e também realizada a eleição dos conselheiros representantes junto ao CMS, com decisões de caráter deliberativo. Com isso, impôs-se a necessidade de assegurar a legitimidade da representação, mediante sua efetiva articulação com as bases. No entanto, a representação não é uma posição de status que uma pessoa passa a ter para obter vantagens; é, sobretudo, compromisso com a coletividade, suas necessidades e demandas. E, nos documentos do Conselho, nada foi identificado em relação aos conselheiros e o repasse de informações e deliberações às suas bases como elemento legitimador dessa representação e da democratização da esfera pública. Em outras palavras, a representação acabou sendo mera formalidade.

Não obstante, cabe ressaltar que a articulação é um princípio fundamental não somente no âmbito local, como também no próprio Conselho Municipal, para garantir o “ingresso na esfera pública de um número cada vez maior de novos sujeitos políticos individuais e coletivos” (Coutinho, 2000, p. 170). O depoimento da Entrevista 8 expressa a importância da representação:



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

[...] o Conselho de Saúde [pode] ser manipulado, sim. No ano passado, até houve o caso de um vereador que chegou ao Conselho Local, eu nem lembro o nome dele, nem da unidade, mas os membros da nossa comissão estavam presentes e presenciaram a fala desse vereador [...] falando que SUS não presta, se precisar de ajuda pode procurá-lo. Eu sinto que é um desaforo muito grande, que um vereador faça uma coisa dessa (Entrevista 8, usuária).

Nesse aspecto, é fundamental o entendimento do “papel do Conselho, suas competências e atribuições, para se alterar esta dinâmica e avançar” (Bravo 2006, p. 26). Nessa direção, é esclarecedora e politizada a avaliação da conselheira: “[...] eu comecei a minha caminhada, aprendendo e errando, mas, pouco a pouco, percebemos que precisávamos criar estratégias, só oba-oba, só agressão, só manifestações não resolvia” (Entrevista 8, usuária).

Nessa afirmação, estão contidos os princípios que norteiam a luta empreendida pelo Conselho, além de apontar em direção a uma práxis política transformadora:

[...] o Conselho Municipal de Saúde, associado com a Câmara de Vereadores, [por intermédio do] vereador Elias Rassi, tomou várias medidas e uma delas foi o tombamento do Patrimônio Histórico [Centro de Medicação de alto custo Juarez Barbosa] daquele prédio. Então, o controle social [...] se não conseguia resolver o problema, pelo menos evitava que piorasse. Sobretudo, no final da década de 1990, tem a descoberta da regra que é tudo para todos, então isso foi massificando ao ponto que nós, provavelmente Goiânia foi uma das principais cidades onde a sociedade passou a usar muito a justiça, pelo seu direito à saúde. [...] que a gente chamava de protocolo da receita médica, onde facilitava a pessoa entrar na justiça pelo medicamento que ela não conseguia na unidade (Entrevista 7, trabalhador).

Assim, a participante reforça o caráter político assumido pelo CMS na gestão petista, com o alargamento das forças democráticas na discussão da saúde por meio de interlocutores significativos da sociedade civil. Todavia, é preciso destacar o grau do engajamento dos gestores nesse processo, nem sempre respeitando as atribuições legais dos conselhos ou democratizando as informações também pelo acesso a elas, o que pode ser constatado pela entrevista seguinte:

[...] para o Conselho, [a prestação de contas é feita] através do documento. Nós não tínhamos acesso aos relatórios financeiros [...] que] estava incluído com o relatório de gestão, mas global, não discriminado [...]. O Conselho [...] aprovava sem querer entender muito (entrevista 8, usuária).

Isso significa que uma outra articulação também deve ser priorizada: a questão da informação, de maneira a tornar a sociedade melhor informada sobre a política de saúde municipal, o andamento das ações públicas, das deliberações das conferências, dos processos licitatórios, dos preços neles praticados, de modo a tornar o CMS efetivamente referência do controle social nas diretrizes das políticas de saúde do município, além de expressar um “potencial de tornar a população interessada em participar” (Oliveira *et al.*, 2008, p. 60).

E, nesse sentido, são imprescindíveis condições apropriadas de participação na esfera



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

pública. Esses cidadãos estarão sendo chamados a investir muitas e boas energias, buscando fazer escolhas com efeitos políticos, sobretudo com resultados efetivos para as demandas coletivas e “incorporando-se ao patrimônio ético-político da sociedade” (Nogueira, 2005, p.166):

[...] É uma luta para ver os direitos reconhecidos, é respeitar e dialogar com a comunidade, com os profissionais da área de saúde, com os gestores, com os políticos, para, junto, a gente encontrar o melhor caminho e solução. [...] ser conselheiro não é ter privilégio, assim a gente ajudará a construir [...] a saúde que atende a todos [...]. Esse é o papel do conselheiro (Entrevista 9, usuária).

Ainda nesse sentido:

Nestes anos todos, estou caminhando nestes conselhos em várias instâncias, e faz parte da minha fé, de trabalhar pela transformação da sociedade. Eu sei que sozinho ninguém faz milagre, mas ajudando o povo entender sua força, acho que é uma maneira de transformar a sociedade [...] de incentivar a participação [...] nas instâncias de cidadania, que, para mim, são os conselhos (Entrevista 8, usuária).

As conselheiras demonstram entendimento em relação ao direito à saúde como inerente aos direitos sociais, distanciando-se da visão assistencialista, clientelista e meritocrática que, historicamente, tem permeado a política social brasileira, para concebê-la como direito de cidadania.

### 3 Considerações Finais

A partir das condições existentes, o estudo apontou que o exercício do controle social por meio do CMS expressou avanços e recuos tanto na democratização das decisões como na responsabilidade da gestão dessa política. Tem-se a possibilidade de construção de uma esfera pública na medida em que os diferentes sujeitos coletivos buscam transformar sua participação em demandas coletivas e superar a cultura clientelista e autoritária que atravessa as relações das políticas sociais públicas, em especial a da saúde.

É evidente que a participação nessa instância não ocorreu de maneira linear e homogênea. Muitos conselheiros pautaram sua atuação por interesses corporativistas, politiqueiros e pela crença de que a função lhes asseguraria privilégios junto aos serviços de saúde. Contudo, alguns conselheiros assumiram seu papel junto ao CMS, cientes do seu protagonismo diante da possibilidade de alteração das relações até então presentes no interior da política de saúde. Numa sociedade marcada pelo perfil conservador em suas relações sociais, avessa às participações das massas no poder decisório, tais conselheiros construíram possibilidades de ruptura dessa lógica e buscaram incorporar uma concepção de relação social



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

em que não impera apenas a lei do consenso, mas se assumam os conflitos e se os enfrentem.

A própria dinâmica do Conselho, com conselheiros tidos como intelectuais orgânicos, construiu estratégias para a ampliação da participação e do controle social, como: realização periódica de conferências de saúde, audiências públicas, reuniões extraordinárias; realização de cursos de capacitação e qualificação dos conselheiros;; e criação de conselhos locais de saúde. Percebe-se uma representatividade política dos trabalhadores da saúde, sobressaindo a dos usuários, nas discussões, nos encaminhamentos dos trabalhos, muito embora também ocorra, por parte dos usuários, uma paridade apenas numérica e não no âmbito da participação política em si.

Sem negar que, a ausência de mecanismos efetivos de capacitação para os conselheiros, em especial para os usuários, também contribui para que muitas decisões sejam adotadas de cima para baixo, sem uma discussão mais detalhada. É fundamental garantir aos conselheiros uma participação qualificada e propositiva, a partir da capacitação, da divulgação do relatório de gestão detalhado, com linguagem acessível a todos, da análise da conjuntura, do diagnóstico da política de saúde nas três esferas, em especial a municipal, da prestação de contas daquilo que foi deliberado pela última Conferência e realmente efetivado. Isso assegurará aos participantes a possibilidade de maior pressão sobre o poder público na garantia dos direitos constitucionais e, conforme Gramsci (1987), colocá-los na ordem do dia, conferindo-lhes uma dimensão educativa a partir da possibilidade de construção de sujeitos historicamente ativos, que buscam mecanismos para romper com a submissão e a subalternidade.

Se ainda não foi possível a consolidação de um sistema de saúde universal e resolutivo com integralidade, pelo menos se demonstra uma resistência ao que antes era imposto de cima para baixo, pela coerção como única possibilidade. Isso reforça a importância dessas instâncias de controle social como espaços estratégicos a serem ocupados pelas classes subalternas na direção da construção da cidadania, da socialização da política e do fortalecimento dos espaços de democracia.

## Referências

BALESTRIN, M. F.; BARROS, S. A. B. A política de saúde no município de Ponta Grossa-PR a partir da constitucionalização do SUS. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, n. 8, v. 1, p. 105-117, 2008. Disponível em <http://www.uepg.br/emancipacao> Acesso em: jan. 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 10 jan. 2009.



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

BRAVO, M. I. S. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* (org.). **Saúde e serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2006. p. 25-47.

BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. O. Conselhos de Saúde e serviço social: luta política e trabalho profissional. **SER Social**, Brasília, n. 10, p. 57–92, 2009. Disponível em:  
[https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12922](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12922). Acesso em: 4 jul. 2024.

BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. O. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO M. I. S.; PEREIRA, P. A. **Política social e democracia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 43 – 65.

COHN, A. *et al.* (org.). **A saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COUTINHO, C. N. **Contra corrente**: ensaios sobre a democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

FAVARO, T. C. P. **Construção do Sistema Único de Saúde pelo controle social**: a experiência de Goiânia em duas gestões (1988 a 1996). Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.

GOIÂNIA. **Decreto nº 1.4826, de 14 de novembro de 1991**. "Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde". Diário Oficial do Município: Goiânia, n. 972, p. 8, 1991. Disponível em:  
[https://www.goiania.go.gov.br/Download/legislacao/diariooficial/1991/do\\_19911129\\_000000972.pdf](https://www.goiania.go.gov.br/Download/legislacao/diariooficial/1991/do_19911129_000000972.pdf)

GOIÂNIA. Decreto nº 7.407, de 29 de dezembro de 1995. Reorganiza a estrutura administrativa da Prefeitura de Goiânia e dá providências. **Diário Oficial do Município**: Goiânia, n. 1.320, p. 1, 1995. Disponível em:  
[https://www.goiania.go.gov.br/Download/legislacao/DiarioOficial/1994/do\\_19941229\\_000001320.pdf](https://www.goiania.go.gov.br/Download/legislacao/DiarioOficial/1994/do_19941229_000001320.pdf)

GOIÂNIA. **Lei complementar nº 18, de 18 de outubro de 1993**. Cria os Conselhos Locais de Saúde e dá outras providências. Goiânia: Gabinete Civil, 1993. Disponível em:  
[https://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete\\_civil/sileg/dados/legis/1993/lc\\_19931018\\_000000018.html#:~:text=Cria%20os%20Conselhos%20Locais%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias..](https://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete_civil/sileg/dados/legis/1993/lc_19931018_000000018.html#:~:text=Cria%20os%20Conselhos%20Locais%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias..) Acesso em:

GRAMSCI, A. **A concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

GRUPPI, L. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. 2. ed. São Paulo: Cortez. 2005.





Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

NOGUEIRA, M. A. Gramsci, a questão democrática e a esquerda no Brasil. *In*: COUTINHO, C. N.; NOGUEIRA, M. A. **Gramsci e a América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 1985.

OLIVEIRA, A. N. *et al.* Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. **Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 48-61, jun. 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-496731>. Acesso em: 12 jan. 2009.

SANTOS, M. R. M. **Conselhos municipais**: a participação cívica na gestão das políticas públicas. 2000. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

VIEIRA, J. N. **A Municipalização da saúde na gestão Goiânia Viva 1993-1996**: a implementação do Conselho Municipal de Saúde. 1998. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)-Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 1998.