

GOVERNANÇA E CONTROLE SOCIAL NO SUS: DESAFIOS DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Priscila de Oliveira Rodrigues¹
Nelson Guilherme Machado Pinto²
Rafael Marcelo Soder³
Thiago Machado Budó⁴
Gabriel Anderson Wachholz⁵

RESUMO

O estudo analisou a organização dos conselhos municipais de saúde (CMS) em três municípios de pequeno porte do Rio Grande do Sul, sob a perspectiva da governança pública e do controle social no SUS. A pesquisa, de natureza qualitativa e descritiva, identificou desafios na implementação do SUS, destacando a necessidade de maior compreensão das ferramentas de governança nos espaços participativos. Os resultados revelaram limitações significativas nos CMS, como o desconhecimento dos conselheiros sobre suas funções, comprometendo o engajamento, a autonomia e o protagonismo. Prevalencem hierarquia e verticalidade nas decisões, com predominância do agente público. Conclui-se que é essencial a responsabilização do Estado para garantir o cumprimento do arcabouço legal existente. Como limitações, destacam-se a subjetividade na análise qualitativa e a amostra restrita a três conselhos. Sugere-se a realização de estudos semelhantes em mais municípios e regiões para ampliar a compreensão das problemáticas e potencialidades da governança pública nos CMS.

Palavras Chave: Governança Pública. Participação. Controle Social. SUS.

GOVERNANCE AND SOCIAL CONTROL IN THE SUS: CHALLENGES OF ORGANIZING MUNICIPAL HEALTH COUNCILS IN SMALL MUNICIPALITIES

ABSTRACT

The study analyzed the organization of municipal health councils (CMS) in three small municipalities in Rio Grande do Sul, Brazil, from the perspective of public governance and

¹ Mestre em Gestão de Organizações Públicas pela UFSM

² Doutor em Administração pela UFSM

³ Pós-Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

⁴ Estudante de Administração da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

⁵ Estudante de Administração da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

social control within the Unified Health System (SUS). The research, qualitative and descriptive in nature, identified challenges in the implementation of SUS, highlighting the need for a better understanding of governance tools in participatory spaces. The results revealed significant limitations in the CMS, such as council members' lack of knowledge about their roles, which undermined engagement, autonomy, and leadership. Hierarchy and top-down decision-making prevailed, with dominance by public agents. It is concluded that it is essential for the State to take responsibility to ensure compliance with existing legal frameworks. Limitations include the subjectivity of qualitative analysis and the restricted sample of three councils. It is suggested that similar studies be conducted in more municipalities and regions to broaden the understanding of the challenges and potential of public governance in CMS.

Keywords: Public Governance. Participation. Social Control. SUS.

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, conforme exposto por Allebrandt (2016) a gestão pública enfrenta o desafio de substituir os modelos tradicionais por uma forma de governança mais colaborativa. Essa abordagem, fundamentada em valores democráticos e de cidadania, busca estabelecer uma nova dinâmica na relação entre Estado e sociedade, focada nas questões sociais e baseada na participação e no controle social.

A *New Public Governance* (NPG), preconiza a mudança no modo de articulação das relações institucionais entre setor público e sociedade, a partir da articulação de redes entre organizações dentro e fora do governo, para coprodução de bens públicos (Klijn; Koppenjan, 2012; Koppenjan; Koliba, 2013; Osborne, 2006; Pereira; Ckagnazaroff, 2021).

Os atributos da governança pública estão diretamente relacionados aos pilares democráticos que norteiam e sustentam o Sistema Único de Saúde (SUS). A história da saúde pública no Brasil, com o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) como marco temporal, caracterizou-se pela mobilização social de diferentes segmentos da sociedade, principalmente de profissionais de saúde e usuários, em luta pela saúde, cidadania e pelo Estado Democrático de Direito (Fontes *et al.*, 2021).

Em meio ao processo de redemocratização, nasce a Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã por conceder aos brasileiros direitos inéditos e instituir um modelo de democracia participativa e semidireta. O Brasil buscava a superação do regime ditatorial e assim, a política passou a ser entendida como de interesse de todos os cidadãos, com a participação popular como elemento basilar (Allebrandt, 2016; Constituição, 1988; Magalhães; Xavier, 2019; Fontes *et al.*, 2021).

A saúde se torna direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988) e são promulgadas as leis orgânicas da saúde, regulamentadoras do SUS. A Lei Nº 8.080, de 1990, que institui o SUS e versa sobre seus princípios norteadores (Brasil, 1990); e a Lei Nº 8.142, que trata do controle social na gestão do SUS e transferências dos recursos financeiros (Brasil, 1990).

Dentre os espaços de controle social previstos pela Lei 8.142/90 estão os conselhos de saúde, definidos como colegiados deliberativos e permanentes, responsáveis pela formulação de estratégias, controle e execução da política de saúde, incluindo questões relacionadas ao financiamento do SUS, na sua esfera de atuação (Brasil, 1990). No entanto, a literatura nacional

aponta limitações relacionadas aos atributos da governança pública nos conselhos municipais de saúde (CMS).

Assim, esta pesquisa teve como objetivo analisar e descrever o modelo de organização dos CMS, sob a ótica da governança pública no exercício do controle social no SUS. A escolha do tema deve-se aos muitos desafios práticos e teóricos para implementação do SUS, política pública que nasce ancorada em um modelo democrático, mas ainda hoje, incipiente, frágil e que demanda esforços coletivos para sua efetivação. Também, ante a necessidade descrita por diferentes autores, de estudos que possibilitem a maior compreensão das ferramentas de governança pública nos espaços de participação e de controle social existentes. (Allebrandt, 2016; Fung 2015; Pereira; Ckagnazaroff, 2021; Sullivan, 2018; Fontes *et al.*, 2021).

A pesquisa analisa a governança pública nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) em municípios pequenos, identificando potencialidades e limitações para fortalecer esses espaços. Contribui para a literatura sobre governança pública, participação social e accountability, oferecendo ferramentas contextualizadas e baseadas em evidências para atores sociais e pesquisadores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Governança pública e participação: uma perspectiva teórica

A governança nasce da separação entre as funções de propriedade e de controle, como forma de tornar as organizações mais eficientes. Pereira e Ckagnazaroff (2021), sob a ótica da *New Public Governance*, conceituam a governança pública como a relação entre governantes e governados, conexas à coprodução do desenvolvimento, mas sobretudo, à construção de uma democracia inclusiva, onde o cidadão exerce, coordena e avalia as políticas públicas, por meio de processos deliberativos, na busca de soluções inovadoras para os problemas sociais.

Em relação à dimensão democrática, é imperativo lembrar que a democracia e a governança estão intrinsecamente ligadas, sendo a democracia representativa uma solução de governança para as falhas inerentes à democracia direta. A governança é democrática na medida em que estabelece meios para a participação social no planejamento e avaliação da ação pública, sendo fundamental para o funcionamento da democracia, mecanismos de controle social sobre a ação de políticos e burocratas (Buta; Teixeira, 2020).

Para Tavares e Romão (2021), as reformas na administração pública devem pautar-se pelas demandas da sociedade e estarem direcionadas para a defesa das políticas de interesse público, com intuito de promoção do desenvolvimento social. Fung (2015) traz à reflexão, o porquê de envolver os cidadãos, dado o custo de tempo e coordenação que esse envolvimento representa. Ele argumenta que os cidadãos podem contribuir para resolver problemas complexos ao enquadrar o problema de maneiras mais precisas e viáveis, devido à sua posição privilegiada para julgar trocas éticas ou materiais importantes. No entanto, apesar dos avanços em iniciativas

de governança participativa, Fung (2015) identifica desafios para aprofundar a democracia por meio da participação ampla dos cidadãos.

Para Ishii (2017) questões como quem pode participar e se os participantes são representativos de toda a comunidade, são pontos centrais da governança participativa, a menos que seja alcançada a participação direta de toda a população. O autor traz à reflexão, a representatividade dos participantes em relação aos seus coletivos de origem, por vezes de maneira deficiente, e a possibilidade de dominação de interesses setoriais (Ishii, 2017). Sullivan (2018) corrobora ao afirmar que é provável que se sobressaiam aqueles que estão no poder, em relação aqueles que se sentem excluídos ou sub-representados no processo de tomada de decisão.

Assim, sob a luz da governança pública, em uma perspectiva de fomento à participação efetiva e legítima da sociedade, o próximo tópico discute os conselhos administrativos públicos.

2.2 Conselhos administrativos públicos: espaços democráticos em prol da governança

Os conselhos administrativos públicos constituem estruturas formais, que integram o aparelho do Estado brasileiro, ligados à gestão pública dos municípios, estados e União. Foram instituídos pela Constituição Federal de 1988, com intuito de ampliar a participação dos cidadãos na elaboração e implementação das políticas públicas, contribuindo para fortalecer a democracia participativa e aumentar a confiança na administração pública (Bronstein; Fontes; Pimenta, 2017).

Com vistas à tomada de decisões, fruto da participação e diálogo dos diversos atores sociais, surge a democracia deliberativa. Essa, entendida como um conjunto de práticas e normativas, de cunho formal e informal, que minimiza os óbices para a cooperação e o diálogo livre e igual. Dessa forma, interfere positivamente nas condições de desigualdades sociais, ancoradas no pluralismo, na igualdade política e na deliberação coletiva (Allebrandt, 2016).

Nesse plano de debate, se inserem os conselhos gestores de políticas públicas. Instâncias participativas e legalmente constituídas, os quais materializam, em tese, arenas de excelência para o exercício da democracia deliberativa (Cozzolino; Irving, 2015). Esses conselhos retratam uma política descentralizada que possibilita a articulação entre sociedade civil e o Estado (Fontes *et al.*, 2021). Estes espaços são importantes conquistas no plano da democratização do poder político no Brasil, visto que significam a participação da sociedade no desempenho de funções públicas, na formulação, implementação e fiscalização das políticas governamentais (Lüchmann; Almeida; Gimenes, 2016).

De acordo com Bronstein *et al.*, (2017), os conselhos gestores se envolvem diretamente nos processos decisórios sobre bens e serviços públicos e participam das decisões sobre políticas públicas das áreas como saúde, trabalho e emprego, assistência social, desenvolvimento rural, educação, meio ambiente, planejamento e gestão urbana, entorpecentes, direitos da criança e do adolescente, do negro, da mulher, dos portadores de deficiências, do idoso, entre outros. Os autores destacam que a maior parte dos conselhos se atrela ao planejamento e fiscalização da aplicação dos recursos públicos e ao monitoramento das políticas.

Estes espaços apresentam diferentes características e especificidades, que incluem o perfil dos participantes, a competência (se consultivo, deliberativo, fiscalizador e/ou normativo), a distribuição de representações entre diferentes instâncias e segmentos (tripartite, paritário etc.), e do montante de recursos disponíveis. Essa pluralidade está relacionada aos diferentes arranjos

institucionais que vigoram nas distintas áreas de políticas e ao histórico específico de institucionalização dos conselhos nesse contexto (Lüchmann *et al.*, 2016).

Para Bronstein *et al.*, (2017), uma estrutura de governança adequada em conselhos deve ser capaz de estimular a participação dos cidadãos e assim fomentar a maior credibilidade da administração pública perante a sociedade civil. Essa definição de governança abarca o conceito de participação focado na organização de espaços que estimulam a inclusão de grupos anteriormente excluídos do processo democrático e, conseqüentemente, incrementam os mecanismos de controle de instituições e recursos. Todavia, não basta existir espaços constituídos formalmente para garantir a efetiva participação da sociedade no governo.

Em continuidade busca-se elucidar brevemente o controle social no SUS, com ênfase nos CMS, aqui considerados potenciais espaços de governança pública.

2.3 Controle social no SUS e os conselhos municipais de saúde

A Constituição Federal de 1988 é o marco legal que incorporou à democracia brasileira a participação da sociedade civil e instituiu o estado democrático de direito. A carta magna estabelece o SUS como integrante do sistema de seguridade social, responsável pelas ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (Constituição, 1988).

Posteriormente, foram promulgadas duas leis regulamentadoras do Sistema de Saúde Brasileiro. A Lei Nº 8.080, que define seus princípios e diretrizes. E a Lei Nº 8.142, que institui o controle social na gestão do SUS, com os conselhos e conferências de saúde como espaços de participação comunitária, bem como regulamenta as transferências de recursos financeiros (Brasil, 1990).

A Lei Nº 8.142, de 1990, estabelece que o CMS promoverá a participação no processo de formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; que a presença dos conselhos de saúde é pré-requisito para o repasse de recursos federais para todos os municípios, estados e Distrito Federal; bem como, que as conferências de saúde acontecerão a cada quatro anos, com a representação dos mais variados segmentos sociais, a fim de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (Brasil, 1990).

A Resolução Nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) regulamentou a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, estabelecendo competências como promoção do controle social no SUS, elaboração de propostas para conferências de saúde, participação na formulação e controle da política de saúde, fiscalização e avaliação das ações, e promoção de ações de informação sobre saúde (Brasil, 2003; Fontes, et al., 2021).

A Resolução Nº 453/2012 do CNS revogou a resolução anterior, atualizando as diretrizes para os conselhos de saúde, incluindo a composição paritária entre sociedade civil, usuários, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços (Brasil, 2012; Brasil, 2012). Posteriormente, a

Resolução 554/2017 aprovou diretrizes adicionais para os conselhos de saúde, a serem aplicadas em conjunto com a Resolução CNS nº 453/2012 (Brasil, 2017).

Neste contexto, o campo da saúde assume protagonismo em relação ao controle social no Brasil, com o fomento da participação da comunidade na defesa de seus direitos. A participação popular e o controle social em saúde destacam-se pela relevância social e política, por garantirem que a população participe do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde (Rolim; Cruz; Sampaio, 2013).

A participação social e o controle social são instrumentos que se complementam, todavia com funções distintas. A participação social nas políticas públicas permite à sociedade ser ouvida no processo de tomada de decisão. Já o controle social, oportuniza à sociedade fiscalizar as ações do Estado, com a análise da prestação de contas do governo sobre o uso dos recursos públicos. Para os autores, ao menos em tese, os conselhos de saúde exercem ambas as funções (Fontes *et al.*, 2021)

2.4 Modelo para análise do tema

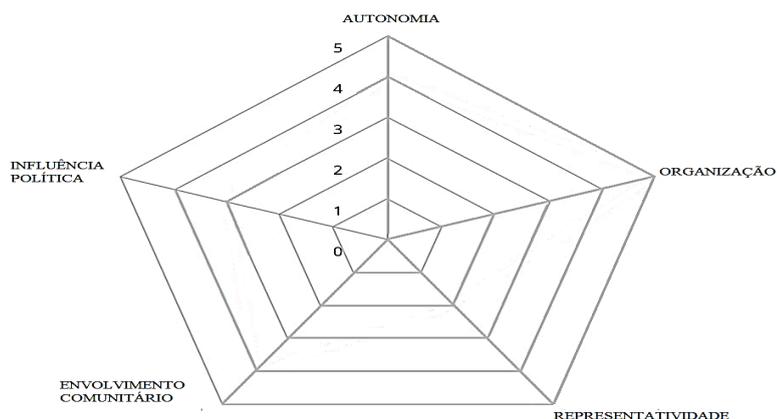
Para subsidiar a análise dos dados, apresenta-se um modelo encontrado na literatura recente, proposto por Rocha, Moreira, e Bispo Júnior (2019), no artigo “Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho”. O estudo não está diretamente relacionado à governança, mas atende aos seus principais atributos.

O referencial teórico e metodológico foi fundamentado no método *Spidergram*, adaptado por Rocha *et al.* (2019) à realidade dos conselhos de saúde. Esse método tem sido utilizado em diversas experiências internacionais para avaliar a efetividade das instâncias de participação em diferentes cenários (Baatiema *et al.*, 2013; Carlisle, 2018; Rocha *et al.*, 2019).

O modelo original, de Rifkin, Muller, e Bichmann (1988), utiliza as seguintes dimensões: avaliação das necessidades (*needs assessment*); liderança (*leadership*); organização (*organization*); mobilização de recursos (*resource mobilization*); e gestão (*management*). Já Rocha *et al.* (2019), consideraram na sua matriz avaliativa cinco dimensões de maior influência sobre a participação: autonomia, organização, representatividade, envolvimento comunitário e influência política.

O Spidergram é um gráfico de cinco eixos que expressa o nível de desenvolvimento das dimensões avaliadas e suas relações. Cada dimensão é marcada em uma escala de 1 a 5, sendo 1 incipiente e 5 amplo desenvolvimento. Os pontos são conectados, e formatos mais expansivos indicam estados avançados de participação, enquanto uma configuração mais próxima do centro representa um nível restrito (Rocha *et al.*, 2019). O modelo proposto está ilustrado na Figura 1.

Figura 1 Expressão gráfica Spidergram adaptado por Rocha; Moreira; Bispo Júnior (2019).



Fonte: Rocha, Moreira, e Bispo Júnior. (2019).

A aplicação da matriz, segundo Rocha *et al.* (2019), mostrou-se adequada e viável para a avaliação de desempenho dos CMS. Os autores destacam como limitação do estudo, que a ferramenta foi aplicada em um município de grande porte, Vitória da Conquista, Bahia, com forte tradição participativa. Logo, sugerem que ele seja testado em outras localidades, especialmente em municípios de médio e pequeno porte, o que pode revelar diferentes problemáticas e fragilidades.

3. MÉTODO

O estudo é uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. Segundo Gil (2008), pesquisas descritivas visam descrever características de populações ou fenômenos e estabelecer relações entre variáveis. A pesquisa qualitativa, conforme Richardson (2011), busca compreender detalhadamente significados e processos vividos por grupos sociais, sendo adequada para situações complexas ou peculiares.

A estratégia adotada foi o estudo de múltiplos casos, que permite uma análise profunda do objeto de estudo, proporcionando um amplo conhecimento sobre ele (Gil, 2008; Godoy, 1995). Yin (2001) destaca que estudos de casos múltiplos são mais convincentes e devem seguir uma lógica de replicação, e não de amostragem, para garantir sua robustez.

O estudo foi desenvolvido com três CMS, escolhidos entre os municípios do território de abrangência da 15ª CRS do Rio Grande do Sul. A escolha do objeto de pesquisa considerou o fato de serem instituições participativas formalizadas, incorporadas legalmente ao processo de gestão de saúde e disseminadas em todos os municípios do Brasil.

A escolha por municípios da 15ª CRS deve-se ao fato de serem, em maioria, de pequeno porte e apresentarem características demográficas, organizacionais e de acesso aos serviços de saúde semelhantes. A região conta com 26 municípios de referência, 65 % com menos de 5.000 habitantes. Os municípios participantes do estudo possuem uma população estimada em 2021 de 2.563 habitantes, 4.185 habitantes e 2.025 habitantes (IBGE, 2022).

Para a coleta de dados, utilizaram-se fontes primárias e secundárias, com instrumentos como entrevistas semiestruturadas, observação não participante e análise documental. Esses instrumentos foram adaptados a partir do modelo de Rocha et al. (2019), que considera as dimensões autonomia, organização, representatividade, envolvimento comunitário e influência política. A triangulação de dados foi empregada para alcançar os objetivos da pesquisa, permitindo o uso de diferentes fontes e evidências para observar o objeto, identificar linhas convergentes de investigação e verificar repetições (Stake, 1994).

Para as entrevistas, consideradas instrumentos de excelência na pesquisa social, foi utilizado um roteiro-guia elaborado com base nas dimensões do modelo de Rocha *et al.* (2019) e na literatura referenciada. Participaram da pesquisa doze conselheiros, sendo dois usuários, um gestor e um profissional de saúde, incluindo onze titulares e um suplente, todos assíduos nas reuniões e que se dispuseram a colaborar. As entrevistas foram realizadas presencialmente com oito conselheiros e online, via WhatsApp, com quatro conselheiros.

Na Tabela 1 está a codificação dos entrevistados, de modo a garantir o anonimato, com a identificação do segmento e o tempo de atuação no respectivo CMS.

Tabela 1. Codificação dos entrevistados

CMS	Entrevistados	Segmento	Entidade	Tempo no CMS
CMS A	Usuário 1	Usuário (Presidente do Conselho)	ACI	1 ano
	Usuário 2	Usuário (suplente)	ACI	1 ano
	Gestor 1	Gestor	SMS	10 anos
	Profissional 1	Profissional de Saúde	SMS	1 ano
CMS B	Usuário 3	Usuário (Presidente do Conselho)	Comunidade rural	12 anos
	Usuário 4	Usuário	Comunidade rural	4 anos
	Gestor 2	Gestor	SMS	4 anos
	Profissional 2	Profissional de Saúde	SMS	10 anos
CMS C	Usuário 5	Usuário	Clube de mães	6 anos
	Usuário 6	Usuário	Igreja	3 anos
	Gestor 3	Gestor	SMS	6 anos
	Profissional 3	Profissional de Saúde	SMS	8 anos

Fonte: Dados da pesquisa. (2023).

A pesquisa documental analisou documentos como atas de reuniões (janeiro a dezembro de 2022), regimentos internos, leis municipais que instituíram os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), decretos de nomeação de conselheiros, resoluções e outros materiais pertinentes. O uso de documentos amplia a riqueza de informações ao contextualizar aspectos históricos e socioculturais, incorporando a dimensão do tempo à compreensão do social (Sá-Silva, 2009). Complementarmente, foi realizada observação não participante durante visitas aos conselhos em fevereiro e março de 2023, com a presença do pesquisador informada aos presidentes dos CMS e gestores, que comunicaram ao plenário. A observação buscou captar aparências, eventos e comportamentos, seguindo um roteiro e os objetivos da pesquisa (Godoy, 1995).

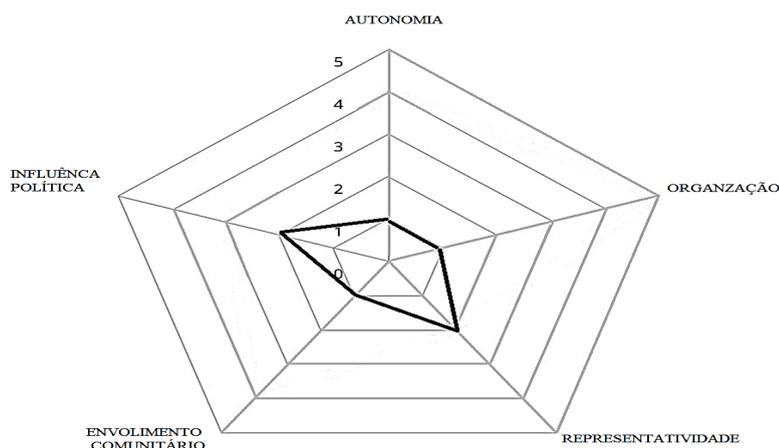
Para interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (1979), dividida em três fases. Na primeira, organizaram-se as ideias iniciais e selecionaram-se os

documentos, alinhados às dimensões do modelo de Rocha *et al.* (2019). A segunda fase envolveu a exploração do material, com codificação, decomposição e enumeração, aprofundando a análise com base no referencial teórico. Na terceira fase, os resultados ganharam significação e validade (Bardin, 1979), apresentando o nível de participação social segundo as dimensões analisadas e suas interfaces com os pressupostos da governança pública.

4. NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL SEGUNDO DIMENSÕES ANALISADAS

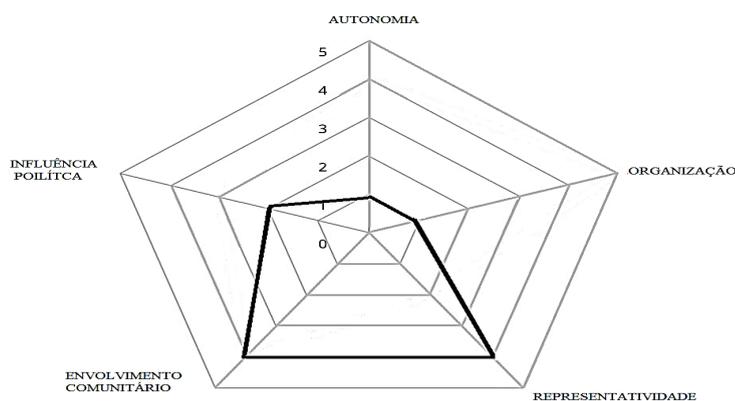
Com base no método *Spidergram*, adaptado por Rocha *et al.* (2019), o nível de desempenho e participação social nos três CMS considerados nos levam a duas representações gráficas díspares. A primeira, referente aos CMS A e C, com níveis idênticos em todas as dimensões avaliadas, e a segunda, no conselho B, o qual diverge dos primeiros somente nas dimensões representatividade e envolvimento comunitário. As dimensões de autonomia, organização e representatividade foram incipientes nos três conselhos, enquanto o envolvimento comunitário foi incipiente em dois e avançado em um. A influência política teve desempenho restrito em todos os conselhos analisados, conforme apresentado na Figura 2 e Figura 3.

Figura 2 Nível de participação social segundo dimensões nos CMS A e C



Fonte: Dados da pesquisa. (2023).

Figura 3 Nível de participação social segundo dimensões no CMS B



Fonte: Dados da pesquisa. (2023).

O modelo multidimensional *Spidergram*, utilizado na análise de pequenos municípios, mostrou-se eficiente para identificar as potencialidades e fragilidades, com uma representação gráfica clara e de fácil entendimento. Deste modo, tendo em vista que a governança pública impõe como desafio à compreensão das relações institucionais, cooperativas e interativas entre o governo e a sociedade civil (Tavares; Romão, 2021), iniciaremos com a análise da dimensão autonomia dos CMS.

4.1 Autonomia

A dimensão autonomia, de acordo com o modelo de análise proposto por Rocha *et al.* (2019), refere-se às condições de funcionamento do CMS e ao nível de independência em relação à gestão da saúde. Essa dimensão baliza-se pelos indicadores: estrutura física; secretaria executiva ou equivalente; orçamento próprio; e eleição para a mesa diretora. Nesta, os três conselhos apresentaram autonomia incipiente, nível 1 do *Spidergram* (Figura 2 e 3).

Os dados revelaram que, dos quatro indicadores, os três primeiros não foram contemplados. As reuniões acontecem em espaços cedidos por outros órgãos, os quais variaram ao longo do período analisado em todos os conselhos. Não há secretaria executiva ou equivalente nos conselhos, e as atas e documentos são redigidos e arquivados por representantes da gestão na secretaria municipal de saúde. Além disso, não há recursos próprios nos orçamentos dos conselhos.

Em relação à mesa diretora, todos os conselhos têm suas mesas formalizadas em atas. Nos conselhos A e C, as reuniões são coordenadas pelo gestor de saúde e no conselho C, pelo Presidente. Durante a observação não participante no CMS A, o gestor coordenou a reunião, iniciando a pauta sem o necessário quórum e sem a presença do Presidente. Esses achados apontam para importantes limitações em dois conselhos, com a gestão exercendo manipulação e controle sobre o colegiado, descumprindo o regimento interno e a legislação que orientam seu funcionamento.

Diante do exposto, é perceptível a necessidade de instrumentalizar gestores e cidadãos para identificar tais limitações e fomentar a organização e o funcionamento dos CMS, garantindo

autonomia, na busca da sua plena efetividade. (Fung 2015; Allebrandt, 2016; Fontes *et al.*, 2021). Assim, para aprofundar essa reflexão, passaremos a explicar a dimensão organização.

4.2 Organização

Para Bronstein *et al.*, (2017), uma estrutura de governança adequada em conselhos deve estimular a participação dos cidadãos, direta ou indiretamente, com organização de espaços que promovam a inclusão de grupos excluídos do processo democrático. Todavia, não basta existir espaços constituídos formalmente para que haja a participação efetiva da sociedade no governo. Refere-se à periodicidade e organização do plenário, bem como à existência e funcionamento de comissões temáticas. O presente estudo incluiu nessa dimensão, além dos indicadores propostos no modelo de Rocha, *et al.* (2019), a qualificação/educação permanente de conselheiros.

Na análise dessa dimensão, nos três conselhos em estudo o desempenho mostrou-se incipiente. Nos conselhos A e C as reuniões plenárias são restritas, realizadas quando solicitadas pela gestão, na maioria das vezes, no período de apresentação de relatórios obrigatórios ou quando há ajustes financeiros a serem realizados, ou seja, não há calendário regular de reuniões. O conselho B conta com agenda fixa de reuniões, a cada 45 dias, o que permite o acompanhamento e avaliação das políticas de saúde continuamente, embora em desacordo com o preconizado.

A Resolução N° 453, do CNS, estabelece que as reuniões do CMS deverão ser realizadas mensalmente e extraordinariamente conforme definido em regimento interno, bem como, serão, obrigatoriamente, abertas ao público. Silva e Passador (2018) afirmam que a regularidade de reuniões possibilita a continuidade das discussões, além de indicarem diretamente o caráter ativo do conselho.

Verificou-se também, a rotatividade dos locais de realização das reuniões, bem como horários alternados, o que dificulta a ampla participação da comunidade e a participação dos próprios conselheiros. Do mesmo modo, ainda que houvesse datas, locais e horários fixos para as reuniões, os espaços utilizados são pequenos, o que impossibilita a ampla participação da comunidade.

No conselho A, observa-se na leitura das atas a prática recorrente de encaminhar documentos via grupo de WhatsApp e, com frequência, aprová-los por resolução, para posterior apresentação ao plenário do conselho, já com o processo que demandou a apreciação encaminhado ou concluído. Deste modo, ainda que haja discordância, não implica em impedimento ou reorientação de decisões ou ações. Tal fato pode representar uma estratégia de coerção, inviabilizando debates profícuos, com claras barreiras ao processo deliberativo. Característica de coerção e restrição de debates também identificada no estudo de Magalhães e Xavier (2019).

Outro ponto a destacar, observado nos conselhos A e C, é a apresentação de relatórios e planos de modo protocolar, com o relato do título e breve descrição do conteúdo, utilização de siglas e abreviaturas, sem citar, esclarecer e discutir dados e informações. Como menciona

Sullivan (2018), é observado um ritual vazio, que impossibilita aos indivíduos intervir de fato sobre os processos que governam as suas vidas.

O estudo de Zermiani, Freitas, Pessali e Ditterich (2019) mostrou que os CMS participam somente parcialmente na problematização das proposições e no acompanhamento das metas e negociações para a saúde. Para os autores, essa prática fragiliza a instituição no fortalecimento das políticas de saúde, haja vista que o controle social diz respeito ao vínculo da sociedade com os processos decisórios, concepção e implementação das políticas públicas.

Em relação às comissões, nenhum conselho estudado possui em atividade, embora no CMS C esteja previsto no regimento a organização de três comissões. Segundo o gestor desse município (Gestor 3), o regimento existe, mas não é seguido: “O conselho pelo que eu percebi, ele foi instituído e copiado um regimento né?! Esse regimento, tem ele impresso lá, mas na prática não se segue”. Cabe mencionar que a mesa diretora e gestão desconheciam a localização e conteúdo do regimento interno de seu CMS, o qual foi encontrado pelos pesquisadores no SIACS.

Quanto à qualificação, somente um conselheiro (Profissional 3), com 8 anos de participação, refere que realizou capacitações sobre CMS, já há algum tempo. Os demais afirmam que não participaram. No estudo realizado por Silva, Novais e Zucchi (2020) com base nos dados do SIACS, 40% dos conselhos não realizam educação permanente, apesar de ser uma determinação da Resolução 453/2012 e fundamental para o pleno exercício de suas funções. Além disso, destacam que a falta de qualificação compromete a eficácia no monitoramento e deliberação dos conselhos sobre a política pública de saúde.

4.3 Representatividade

Para Ishii (2017) questões como quem participa e se os participantes representam toda a comunidade são centrais na governança participativa. De modo geral, a dimensão representatividade analisa a composição do plenário, a escolha dos representantes pelas entidades, a relação entre representante e entidade, bem como, os tipos de interesses representados pelos conselheiros (Rocha *et al.*, 2019). Ao analisar a dimensão representatividade, obtivemos um escore restrito, nível 2 do *Spidergram*, nos conselhos A e C (Figura 2) e no conselho B, um escore avançado, nível 4 (Figura 3).

Observa-se que os conselhos têm formação paritária e a composição privilegia a representação de diferentes segmentos sociais e populares. Em todos os conselhos 50 % são usuários, 25 % ou mais são trabalhadores, sendo a menor representação de gestores e prestadores. Para Rezende e Cordeiro (2019) a diversidade na composição do CMS e a integridade na representação são fatores essenciais para conferir robustez à participação da sociedade.

Os indicadores de escolha dos representantes e a relação representante-entidade revelam fragilidades e potencialidades nos conselhos. Os conselhos A e C adotam critérios não eleitorais, com representações definidas por consenso ou indicação. Já o conselho B realiza a escolha por meio de processo eleitoral, elegendo representantes em assembleias comunitárias. A maior representação de usuários nos conselhos visa incluir efetivamente a comunidade na elaboração de políticas públicas, garantindo a representatividade de atores sociais imparciais e não suscetíveis à manipulação. Ribas e Mesa (2018) destacam a importância dos conselhos gestores representarem interesses coletivos, buscando espaço para diversas classes no cenário político.

Em relação a espaços de troca com a base de representação sobre os temas discutidos no CMS, em nenhum conselho estudado há encontros organizados com esse propósito. Segundo mencionado pelos entrevistados: “Na verdade, não se faz” (Usuário 1); “Às vezes converso entre a gente, colegas, mas não tem um dia específico” (Profissional 2); “Da minha entidade não. Deveria ter?” (Usuário 6). É perceptível na fala dos sujeitos o desconhecimento sobre sua função enquanto conselheiro de saúde no que tange a representatividade, contrariando princípios da democracia indireta, em uma atuação desconexa de suas bases.

Em um contexto semelhante, Rezende e Cordeiro (2019) apontam para a desconexão entre representantes e representados nos conselhos de saúde, especialmente entre os usuários, devido às limitações do processo eleitoral. Fontes *et al.* (2021) mencionam a falta de divulgação das atividades e das decisões dos conselhos de saúde como obstáculos para a efetiva atuação dos CMS, resultando em baixa adesão da população ao processo decisório local.

No indicador representação de interesses, todos relatam defender os interesses da comunidade, conquanto sem discussões profícuas com as bases de representação. O Usuário 4, ao ser questionado sobre o papel do CMS, destaca a representatividade e defesa de interesses coletivos:

O conselho, ele é um grupo de pessoas que têm essa responsabilidade de representar os demais, né?! Toda a sua população. Um conselho bem atuante vai dar um respaldo maior para sua comunidade, porque aqui se discute, cada um é convidado a ter a sua ideia, cada um é convidado a trazer aquilo que pensa, né?! Então se o conselho estiver bem unido, bem forte, quem vai ganhar vai ser a população. Você vê que somos os grandes guardiões da comunidade. (Usuário 4, 2021)

Conselheiros municipais de saúde não devem representar interesses individuais, e sim, representar o interesse da coletividade. Esses devem propor e avaliar a partir das necessidades, da viabilidade e das prioridades, sob a ótica do interesse coletivo (Rezende; Cordeiro, 2019). A análise da dimensão representatividade revela que a forma de escolha dos representantes pode comprometer ou potencializar a efetiva participação da comunidade, com impacto na qualidade das ações do CMS e no pleno exercício do controle social.

Em municípios de pequeno porte, a dinâmica das comunidades, com diferentes espaços de convivência, pode ser um fator positivo para envolvimento e engajamento de partes interessadas, mas demanda o interesse e articulação de lideranças para incluí-los no processo de governança participativa e empoderá-los, em uma perspectiva emancipatória e de promoção da autonomia.

4.4 Envolvimento Comunitário

Na dimensão envolvimento comunitário, de acordo com o modelo de Rocha, *et al.* (2019) são avaliados o engajamento e participação das representações sociais no conselho, o que inclui os conselheiros ou a população em geral. Os indicadores analisados referem-se à frequência dos conselheiros representantes sociais às reuniões; frequência de não conselheiros; fala de não

conselheiros nas reuniões; e perfil de atuação dos representantes sociais. Nos conselhos A e C observa-se um escore incipiente, nível 1 do *Spidergram* (Figura 2). No conselho B verifica-se um escore avançado, nível 4 (Figura 3).

A governança pública defende a participação da sociedade nos processos deliberativos em espaços públicos, com eficiência e legitimidade democrática (Lynn; Malinowska, 2018). Na avaliação do indicador frequência dos conselheiros, de acordo os registros em ata, observa-se quórum na maioria das reuniões, em todos os conselhos; todavia, nas visitas nos conselhos A e B, as reuniões não contaram com o quórum mínimo e seguiram sem impedimentos. Isso prejudica a atuação e a tomada de decisões dos CMS (Bronstein, *et al.*, 2017; Fontes *et al.*, 2021), sendo que a legislação exige quórum mínimo de metade mais um dos conselheiros para validar as decisões do CMS (Ministério da Saúde, 2013).

Quanto aos indicadores relacionados à presença e participação de não conselheiros, considerados representantes da sociedade civil, foi observada apenas no conselho B, em uma reunião descentralizada. Nos outros conselhos, a presença externa limitou-se a profissionais, gestores ou empresas de assessoria, que participaram para apresentar pautas. Quanto ao perfil dos conselheiros, nos conselhos A e C, predomina o perfil votante e fiscalizador. No conselho B, além desses perfis, em alguns momentos foi evidenciado o perfil avaliativo/propositivo, reivindicativo ou votante, cumprindo também funções mobilizadoras, deliberativas e consultivas, principalmente relacionadas à organização das atividades do conselho.

Ao serem questionados sobre o conhecimento dos demais membros do conselho acerca do papel do CMS, os entrevistados destacam limitações, como podemos evidenciar na fala a seguir:

Bem sinceramente, eu acho que tem alguns que conhecem o papel, são participativos, sabem o que é que eles estão fazendo e o que estão representando, enfim, qual a importância, mas infelizmente alguns são conselheiros por indicação. A gente sabe, às vezes uma entidade, não são da área e acabam não se aprofundando, não tem muito esse conhecimento (Gestor 1, 2021).

Nesta perspectiva, em todos os conselhos, os conselheiros apontam que o desconhecimento sobre a função do CMS está relacionado à falta de capacitação. Os gestores reforçam a importância do conselho na gestão em saúde, destacando sua função de fiscalização. O Gestor 3 menciona a preocupação da gestão municipal em envolver a comunidade por meio do CMS na definição de políticas públicas.

Daqui deve sair todas as normativas para que ande bem a saúde no município. E justamente no momento não é o que tá acontecendo, os conselheiros não estão entendendo qual é o seu papel. E é um sonho que a gente realiza de fomentar essa participação dos conselheiros, para que saia daqui os projetos, saia daqui as ações, saia daqui as discussões, seja aqui aprovado ou aqui comentado que não tá legal para a gente mudar, né?! Para gente colocar a mão na massa (Gestor 3, 2021).

No que se refere ao entendimento dos entrevistados, sobre o conselho cumprir ou não o seu papel, as falas foram no mesmo sentido: “Nem sempre. Às vezes até por certa falta de

conhecimento” (Usuário 1); “Acredito que eles não têm qualificação técnica para fazer isso” (Gestor 3).

Característica semelhante foi encontrada na pesquisa de Gomes *et al.* (2018), em que se evidenciou que os conselheiros desconhecem seu papel e sentem a necessidade de compreensão mais clara de suas atribuições. Os autores salientam que esse desconhecimento das funções a serem exercidas pode colaborar para o desinteresse em participar.

Ao serem questionados acerca do acompanhamento das políticas de saúde do município, conselheiros destacam que se torna viável diante da proximidade da população com as ações desenvolvidas, por tratar-se de município pequeno:

Nosso município é pequeno. O pessoal consegue saber o que passa no município. É assim, o pessoal conversa no município. Um vai na saúde, vê um probleminha, se não tá uma coisa, chega lá e fala no conselho. Município pequeno todo mundo sabe o que acontece né?! Então é muito fácil o secretário e do conselho trabalhar junto. (Usuário 3, 2021)

Sobre o controle social na perspectiva da *accountability*, observamos que são repassadas superficialmente informações acerca dos recursos recebidos e investidos. Não há informações, participação e controle social efetivo sobre a execução dos investimentos. Pinto *et al.* (2019) salientam o desconhecimento de conselheiros sobre o processo de prestação de contas e ressaltam a importância desta análise e controle, com intuito de fortalecer a iniciativa participativa e o controle social.

A Lei Complementar Nº 141, de 2012, atribui aos conselhos de saúde o papel de avaliar a gestão do sistema a cada quadrimestre e emitir parecer conclusivo sobre os gastos anuais, garantindo direitos ao acesso e solicitação de informações necessárias (Brasil, 2012). Ishii (2017) destaca a importância de conscientizar a comunidade e gestores sobre a participação popular para fortalecer a governança participativa em nível local, evitando o distanciamento dos espaços de participação da população e o descrédito na governança local.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), apesar de serem concebidos como espaços de governança participativa e controle social no SUS, enfrentam limitações significativas em sua efetividade. A discrepância entre a teoria e a prática revela um cenário marcado pela baixa autonomia dos conselheiros, falta de instrumentalização para o exercício de suas funções e prevalência de decisões centralizadas pelos gestores públicos. Ainda que os CMS representem um avanço democrático, a ausência de estrutura adequada, apoio institucional e incentivo ao engajamento social compromete seu potencial como instrumentos de coprodução do bem público.

Além disso, observou-se que, entre os gestores, há maior reconhecimento das fragilidades desses espaços, mas sem esforços efetivos para sua transformação. A legislação garante a existência formal dos CMS, mas não assegura sua atuação plena e autônoma. Para que haja um

fortalecimento desses espaços, faz-se necessária a valorização da participação social, a qualificação contínua dos conselheiros e a garantia de condições estruturais e financeiras que viabilizem sua atuação independente e deliberativa.

A principal limitação do estudo reside na subjetividade inerente à análise qualitativa, que, apesar de sustentada por um referencial teórico sólido, pode refletir interpretações dos pesquisadores. Além disso, a amostra restrita a três municípios, embora representativa, não permite generalizações sobre a realidade dos CMS em todo o país, considerando a diversidade de contextos regionais e institucionais.

Recomenda-se a realização de pesquisas em um número maior de municípios, abrangendo diferentes regiões do Brasil, para ampliar a compreensão sobre os desafios e potencialidades da governança pública nos CMS. Estudos comparativos entre municípios de diferentes portes e graus de desenvolvimento podem contribuir para identificar fatores determinantes na efetividade desses conselhos e propor estratégias específicas para o fortalecimento da participação social no SUS.

REFERÊNCIAS

ALLEBRANDT, S. L.; CJ FILHO, M.; CERATTI, L. L. **Gestão social e deliberação em espaços públicos: categorias e indicadores para monitoramento e análise.** Cidadania, território e atores sociais, v. 4, p. 19-60, 2016.

BAATIEMA, L. *et al.* **Assessing participation in a community-based health planning and services programme in Ghana.** BMC Health Services Research, v. 13, p. 1-13, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.* Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 nov. 2021.

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) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003.** Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012.** Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017.** Aprova as diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/siacs/Reso554.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRONSTEIN, M. M.; FONTES FILHO, J. R.; PIMENTA, G. A. Organização dos Conselhos Municipais: governança e participação da sociedade civil. *Interações (Campo Grande)*, v. 18, n. 1, p. 89-102, 2017.

BUTA, B. O.; TEIXEIRA, M. A. C. **Governança pública em três dimensões: conceitual, mensural e democrática.** *Organizações & Sociedade*, v. 27, p. 370-395, 2020.

CARLISLE, K. *et al.* **Evaluating community participation: A comparison of participatory approaches in the planning and implementation of new primary health-care services in northern Australia.** *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 33, n. 3, p. 704-722, 2018.

COZZOLINO, L. F. F.; IRVING, M. de A. **Por uma concepção democrática de governança para a esfera pública.** *Revista de Políticas Públicas*, v. 19, n. 2, p. 497-508, 2015.

FONTES, F. L. *et al.* **Desafios enfrentados por Conselhos de Saúde no Brasil: uma revisão ancorada na biblioteca virtual SciELO (2015-2020).** *International Journal of Health Management Review*, v. 7, n. 1, 2021.

FUNG, A. **Putting the public back into governance: The challenges of citizen participation and its future.** *Public Administration Review*, v. 75, n. 4, p. 513-522, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES, P. O.; PINTO, N. G. M.; SODER, R. M.; BUDÓ, T. M.; WACHHOLZ, G. A.

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais.** *Revista de Administração de Empresas*, v. 35, p. 20-29, 1995.

GOMES, A. M. *et al.* **Reflexões e produção coletiva sobre o “ser” conselheiro municipal de saúde.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 496-504, 2018.

IBGE. **Censo Demográfico 2022.** Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102011>. Acesso em: 25 nov. 2021.

ISHII, R. **Community participation in local governance—An empirical analysis of urbanized local governments in the Philippines and Uganda.** *International Journal of Public Administration*, v. 40, n. 11, p. 907-917, 2017.

JÚNIOR, J. P. B. **Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de saúde do Brasil.** *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 117, p. 99-122, 2018.

KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. **Governance network theory: past, present and future.** *Policy & Politics*, v. 40, n. 4, p. 587-606, 2012.

KOPPENJAN, J.; KOLIBA, C. **Transformations towards new public governance: can the new paradigm handle complexity?** *International Review of Public Administration*, v. 18, n. 2, p. 1-8, 2013.

LÜCHMANN, L. H. H.; ALMEIDA, C.; GIMENES, É. R. **Gênero e representação política nos conselhos gestores no Brasil.** *Dados*, v. 59, p. 789-822, 2016.

LYNN JR, L. E.; MALINOWSKA, A. **How are Patterns of Public Governance Changing in the US and the EU? It’s Complicated.** *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, v. 20, n. 1, p. 36-55, 2018.

MAGALHÃES, F. G. G. P.; XAVIER, W. S. **Processo participativo no controle social: um estudo de caso do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora (MG).** *REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)*, v. 25, p. 179-212, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Para entender o controle social na saúde.** Conselho Nacional de Saúde. 1. ed. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://ebape.fgv.br/sites/default/files/paginas/dez/18/apa_portugues.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.

OSBORNE, S. P. **The new public governance?** *Public Management Review*, v. 8, n. 3, p. 377-387, 2006.

PEREIRA, B. A. D.; CKAGNAZAROFF, I. B. **Contribuições para a consolidação da New Public Governance: identificação das dimensões para sua análise.** *Cadernos EBAPE.BR*, v. 19, p. 111-122, 2021.

PINTO, J. R. *et al.* **(Dis)connections between health councils and audit: advancements and challenges in the democratization of public health management.** *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 27, p. 39-44, 2019.

REZENDE, A. C.; CORDEIRO, B. C. **Reflexão do papel da educação permanente sobre os desafios dos conselhos de saúde: revisão integrativa.** *Saúde em Redes*, v. 5, n. 2, p. 123-141, 2019.

RIBAS, J. A. N.; MEZA, M. L. F. G. **Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas: espaços de consolidação da administração pública societal?** *Administração Pública e Gestão Social*, v. 10, n. 1, p. 45-54, 2018.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A.; WANDERLEY, J. C. V. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1985.

RIFKIN, S. B.; MULLER, F.; BICHMANN, W. **Primary health care: on measuring participation.** *Social Science & Medicine*, v. 26, n. 9, p. 931-940, 1988.

ROCHA, M. B.; MOREIRA, D. C.; BISPO JÚNIOR, J. P. **Health councils and participatory effectiveness: a performance assessment study.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00241718, 2019.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. D. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. D. J. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** *Saúde em Debate*, v. 37, p. 139-147, 2013.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. D.; GUINDANI, J. F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.** *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SILVA, E. A.; PASSADOR, C. S. **Gestão da saúde pública em Minas Gerais sob a ótica dos conselhos gestores municipais.** *REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)*, v. 24, p. 50-82, 2018.

SILVA, R. D. C. C.; NOVAIS, M. A. P.; ZUCCHI, P. **Permanent education as an inalienable responsibility of health councils: the current scenario in the Unified Health System.** *Clinics*, v. 75, p. e1443, 2020.

RODRIGUES, P. O.; PINTO, N. G. M.; SODER, R. M.; BUDÓ, T. M.; WACHHOLZ, G. A.

STAKE, R. E.; DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

SULLIVAN, L. **Conservation in context: toward a systems framing of decentralized governance and public participation in wildlife management**. *Review of Policy Research*, v. 36, n. 2, p. 242-261, 2019.

TAVARES, P. V.; ROMÃO, A. L. **Transparência, Accountability e Corrupção: Uma Percepção Qualitativa da Governança Pública no Brasil e na África do Sul**. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 3, p. 23596-23633, 2021.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZERMIANI, T. C. *et al.* **A participação dos conselhos locais de saúde na contratualização de metas na atenção primária à saúde: a experiência de Curitiba, PR**. *Interações (Campo Grande)*, v. 20, p. 1115-1126, 2019.

SOBRE OS AUTORES

Priscila de Oliveira Rodrigues

Graduada em Enfermagem e Especialista em Saúde Coletiva; Especialista em Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital pela Faculdade São Leopoldo MANDIC; Mestre em Gestão de Organizações Públicas pela UFSM. Enfermeira/servidora municipal há 17 anos em Palmeira das Missões, atualmente na coordenação de equipe de Estratégia de Saúde da Família. Presidente do Conselho Municipal de Saúde e supervisora/ preceptora de acadêmicos de enfermagem da UFSM.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3822886146561026>

Contato: priscila_or@yahoo.com.br

Nelson Guilherme Machado Pinto Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Coordenador do PPGAGR da UFSM, Membro do Comitê Institucional de Inovação Tecnológica (COMIT) da UFSM. Doutor em Administração pela UFSM na linha de pesquisa de Economia, Controle e Finanças. Mestre em Administração pela UFSM na linha de pesquisa de Economia, Controle e Finanças. Bacharel em Administração pela UFSM. Atua nos seguintes temas: Governança, Enfrentamento às Mudanças Climáticas, Gestão da Inovação nos Agronegócios, Métodos Quantitativos de Pesquisa, Gestão de Crédito, Análise de Eficiência e Desenvolvimento Regional.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5647891554789516>

Contato: nelson.pinto@ufsm.br

Rafael Marcelo Soder

Graduado em Enfermagem pela Universidade de Caxias do Sul - UCS (2002). Especialista em UTI pela Universidade do Contestado - UNC (2004). Pós-Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Avaliador do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep/BASIS). Professor Associado, responsável pelo componente curricular de Enfermagem na Gestão do Cuidado e dos Serviços de Saúde do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Pesquisador Líder do Núcleo de Estudos em Gestão em Saúde - NEGESE. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade - PPGSR/UFSM Campus Palmeira das Missões.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3256384155681177>

Contato: rafaelsoder@hotmail.com

Thiago Machado Budó

Estudante de Administração da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), campus Palmeira das Missões, atualmente faz parte como bolsista de iniciação científica (IC) pelo CNPq.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9507092227393868>

Contato: thb.budo@gmail.com

Gabriel Anderson Wachholz

Acadêmico do Curso de Administração (Diurno) na UFSM campus Palmeira das Missões e bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Inovação Tecnológica e Desenvolvimento - PROBITI/CNPq. Formação como Técnico Subsequente em Agricultura pelo Instituto Federal Farroupilha, campus São Vicente do Sul/RS.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2936729816579127>

Contato: gabriel.wachholz1996@gmail.com

Como citar este artigo

RODRIGUES, Priscila de Oliveira; PINTO, Nelson Guilherme Machado; SODER, Rafael Marcelo; BUDÓ, Thiago Machado; WACHHOLZ, Gabriel Anderson. **Governança e controle social no sus: desafios da organização dos conselhos municipais de saúde em municípios de pequeno porte. Revista de Administração da Universidade Estadual de Goiás (RAUEG)**. Anápolis, v. 16, n. Fluxo Cont., p. 1-22, Jun 2025. Disponível em: link do artigo. Acesso em: dd mês ano (Ex.: 10 set. 2025).

RODRIGUES, P. O.; PINTO, N. G. M.; SODER, R. M.; BUDÓ, T. M.; WACHHOLZ, G. A.

Recebido em: 24/02/2025

Aprovado em: 03/06/2025

Sistema de Avaliação: Double Blind Review

Editor Científico: Dr. Marco Aurélio Pedrosa de Melo