



4º Encontro Internacional de Política Social
11º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações:
desafios à Política Social
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

Eixo: Democracia, participação e movimentos sociais.

AÇÕES EFETIVAS EM CONSELHOS DE SAÚDE

Sara Gonçalves Luiz¹
Bruna Ceruti Quintanilha²
Maristela Dalbello-Araujo³

Resumo

Os Conselhos de Saúde (CS) representam a instituição da participação social na Saúde Pública. A efetivação de suas ações é fundamental para a melhoria dos serviços e da própria política. Contudo, a literatura elenca mais os problemas existentes do que demonstra as conquistas destes. A partir disso, nos propusemos pesquisar as ações concretizadas em CS. Utilizamos abordagem qualitativa. Discorreremos neste trabalho sobre as ações efetivadas nos CS. Concluímos que há saídas possíveis para fortalecer os espaços dos conselhos e, com isso, seu caráter democrático.

Palavras-chave: Participação social. Conselhos de Saúde. Políticas de saúde. Espaços democráticos.

EFFECTIVE ACTION IN HEALTHCARE COUNCIL

Abstract

Healthcare Council (HC) represent the institution of social participation in Public Health. To accomplish the work of the HC is basic to improve the health politics. However, literature describes more the problems of what the conquests of the HC. From this, in we considered them to search the actions materialize in CS. We use qualitative boarding. We will discuss in this paper on the actions taken in CS. We conclude that it has possible to fortify the HC and its democratic character.

Keywords: Social participation. Healthcare Council. Healthcare policies. Democratic spaces.

Introdução

Participação é um termo polissêmico que reúne múltiplos significados nos diferentes campos; como os campos das ciências sociais, das ciências humanas e o das ciências da saúde. Notamos, assim, que não existe consenso sobre a definição deste termo. Tomamos, então, neste trabalho, como participação aquilo que nos parece ser comum nas diversas ciências. Deste modo, a entendemos como sendo uma ação transformadora, capaz de imprimir mudanças (ZANARDI; CORDONI JR, 2004).

¹ Especialista em Saúde Coletiva, aluna do mestrado em Saúde Coletiva da Universidade federal do Espírito Santo e Técnica administrativa em educação/enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: <saragluiz@gmail.com>.

² Mestre em Saúde Coletiva aluna de doutorado em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo e Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo. E-mail: <quintanilhac@gmail.com>.

³ Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo, professora do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: <dalbello.araujo@gmail.com>.

Coadunamos com Marilena Chauí (1993, p.26) quando afirma que “[...] a autonomia dos sujeitos nos processos decisórios é o elemento central da participação, requerendo consciência da realidade, das necessidades e dos requisitos para transformá-la”. Para essa autora, os processos participativos implicam no poder de participar (político), o direito de participar (jurídico) e o conhecimento (saber), a fim de que os atores sociais operem conscientemente na tomada de decisões. A clareza dos direitos e deveres individuais e sociais, só é possível por meio da formação da consciência política, que pode se desenvolver nos movimentos sociais.

Cabe, nesse sentido, analisarmos sucintamente a conjuntura atual do país, visto que este atravessa um cenário de instabilidade política, de política econômica recessiva, de aumento do desemprego e de exacerbação das desigualdades sociais. Na saúde pública, mais especificamente, vivenciamos a redução dramática de recursos orçamentários e financeiros para custear o Sistema Único de Saúde (SUS), a forte tendência de mercantilização da saúde, com subsídios cada vez maiores aos planos privados de saúde e com os novos modelos de gestão imperando— como Organizações Sociais (OSs), Organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIps), Fundações e Empresas brasileiras de serviços hospitalares (EBSERH) — que consistem na transferência da gestão das atividades das políticas públicas mediante repasse de recursos, de instalações públicas e de pessoal, além da ameaça da abertura do capital estrangeiro para a saúde. De modo que, nesse cenário tão desfavorável, discutir participação parece “demodê”. Por outro lado, essa é uma questão que está nas ruas, seja representada nas manifestações de 2013, seja nos protestos atuais realizados por brasileiros caracterizados em verde amarelo, que tem ido para as varandas de suas residências bater painéis, seja nos Fóruns de Saúde, seja na Frente Nacional contra à Privatização da Saúde, dentre outros.

Revisitar, então, como se deu a construção da democracia e da participação no país é de suma importância. Assim, vale ressaltar que, o início da edificação da participação e redemocratização no Brasil ganha ímpeto ainda no período da ditadura militar (CARVALHO, 2013). Na referida ocasião, diversas lutas efervesceram por todo país, intensas mobilizações populares se espalharam pelas ruas expressando as dificuldades enfrentadas pelo povo devido ao agravamento das desigualdades sociais (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010). Nesse período, a expressão do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) ganhou força e passou a representar uma agitação social propulsora de energias, que pautavam sobre a necessidade de uma reforma social

e política e pela redemocratização do país e democratização da saúde (AROUCA, 1988).

A partir de 1985 assistiu-se no país o fim da ditadura militar e a redemocratização foi alcançada. Diversos esforços, inclusive do MRSB, ecoaram na saúde alcançando-se importantes vitórias. Tendo, sobretudo a partir de 1986, ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, conquistas como a garantia constitucional da saúde como um direito social e um dever do estado (BRASIL, 1988), a implantação do SUS como política de saúde (BRASIL, 1990a) e o estabelecimento legal de instâncias de participação – conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990b).

Os Conselhos e as Conferências de Saúde, criados pela Lei Nº. 8.142 /90, passaram, então, a existir nas diferentes esferas de governo, compostos por distintos atores sociais: os conselheiros de saúde (BRASIL, 2005a). Sendo os conselhos colegiados de natureza permanente e deliberativa e as conferências movimentos sazonais, que em geral ocorrem a cada quatro anos, ou quando convocadas pelo poder executivo local ou pelos conselhos de saúde. Estes foram idealizados para serem espaços democráticos, palco de discussões e proposições sobre as questões de saúde. Nestes deve haver a participação de conselheiros de saúde que são, geralmente, eleitos e possuem a responsabilidade de representar usuários, trabalhadores, prestadores de serviços de saúde e governo (BRASIL, 2012).

Assim, a partir da promulgação da Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b) a participação foi institucionalizada na saúde. Esta norma foi avanço peculiar no cenário brasileiro, sendo concebida como “[...] uma ousadia democratizante” (MOREIRA, 2008, p.15). A promulgação dessa Lei representou a resistência dos movimentos sociais contra os vetos presidenciais à Lei Orgânica nº 8.080, dos artigos que pautavam sobre participação e financiamento público do SUS.

Ocorre que, em paralelo a essas conquistas, também assistiu-se, a partir da década 90, um processo de atrofia da consciência política imposto pelo avanço do mercado capitalista (SANTOS, 2008). Num processo de reestruturação produtiva, na qual os direitos sociais viabilizados pelas políticas sociais e garantidos na Constituição Cidadã de 1988 começam a ser postos em xeque. O que se assiste, desde então, é “[...] o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal [...]”, conforme destaca Bravo (2006, p.13). Na atualidade do SUS a conjuntura não é diferente, a pauta liberal está sobre a mesa e a crise brasileira tem sido palco para seu protagonismo (COSTA, 2015).

Vale citar, o boicote histórico sofrido pelo Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014, que pretendia instituir a Política Nacional de Participação Social (PNPS) que foi vetado pela Câmara dos deputados. Essa política previa “[...] fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre o governo federal e sociedade civil” (BRASIL, 2014, p.30).

A rejeição histórica desse decreto, por partes dos deputados, representou um retrocesso para a participação no Brasil, um ataque a democracia representativa brasileira. Sobretudo, porque este regulamento foi rejeitado sob a alegação de que uma maior articulação das instâncias participativas do país, como previa a PNPS, significaria uma vereda para uma possível reimplantação da ditadura no Brasil. Na verdade, o decreto não trazia nada novo, muito menos a proposta de mudança do sistema representativo como muitos alegaram. Pelo contrário, o que se buscava era reforçar o previsto na Constituição de 1988, que colocou as bases para uma democracia representativa e participativa no país, aproximando mais a sociedade civil e o Estado.

É nesse cenário de muitas limitações, que acreditamos que a participação é uma diretriz de grande relevância para o país e para o SUS. É uma conquista histórica e deve ser reforçada e estimulada nos diferentes níveis de gestão dos diversos setores do Estado.

A partir disso, entendemos ser fundamental investigar quais ações estão sendo efetivadas pelos conselhos de saúde. Isto porque, encontramos muito mais literatura sobre os desafios e problemas enfrentados nestas instâncias do que trabalhos que analisem como os conselhos têm conseguido avançar.

Nesse aspecto, vale ressaltar que há pouco material científico na literatura que destaca esses avanços e conquistas. Por isso, entendemos que é essencial citar o Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa em Saúde. Este foi instituído em 2005, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONSASEMS). O prêmio foi uma iniciativa que conseguiu evidenciar diversas experiências exitosas de gestão participativa em Conselhos de todo país (BRASIL, 2005b).

Vale ressaltar que essa premiação teve quatro edições e foi pensada também como forma de homenagear

[...] um dos mais importantes protagonistas da Saúde no Brasil, o médico, professor e deputado Dr. Antônio Sergio da Silva Arouca. [...] pois ele foi um

grande incentivador e militante intransigente da participação da sociedade no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2010, p. 11).

Ao revisar as súmulas dos estudos, que foram compiladas em três coletâneas (BRASIL, 2007, 2008, 2010), observamos um significativo destaque dos autores para o avanço no campo da educação permanente (EP). Esta é voltada para conselheiros de saúde, destaca-se que essa conquista foi possível tanto por esforços dos próprios colegiados, quanto do Ministério da Saúde e secretarias municipais e estaduais de saúde. A EP tem produzido transformações nesses espaços, pois tem qualificado melhor as práticas dos cidadãos que deles participam (NETO, 2007).

O progresso da educação permanente voltada para conselheiros representa, nesse sentido, uma ação que pode produzir a transformação desses sujeitos, pois estimula que estes atores vocalizem suas necessidades e problematizem as questões, avançando rumo a deliberações mais conscientes por parte desses sujeitos (LUIZ; QUINTANILHA; DALBELO-ARAÚJO, 2013; DUARTE; MACHADO, 2012).

O processo de monitoramento dessas deliberações também foi outra questão destacada. Tem-se observado um significativo aumento da fiscalização sobre as decisões tomadas nas plenárias dos Conselhos de Saúde, na tentativa de se avaliar a efetividade do processo participativo nesses espaços (ALBUQUERQUE, et. al.; 2007). Sem dúvida, essa melhoria no monitoramento ainda é tímida e não é uma realidade na maioria dos conselhos brasileiros. Contudo, as poucas experiências já denotam um amadurecimento político rumo a compreensão de que o processo deliberativo não pode ser fragmentado, ele deve ser avaliado e reavaliado a todo momento.

A multiplicação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) nos diversos municípios do país também foi considerada, por alguns autores, como algo positivo para a participação no país. Isto porque, os CLS são instâncias responsáveis por exercer a participação com maior proximidade da comunidade. São locais estratégicos, capazes de ampliar a cidadania comunitária, uma vez que reconhecem nos moradores/usuários do território, membros parceiros na condução das decisões a respeito da política de saúde (MALLMANN, *et al.*, 2007, PRIMO, 2007).

Outro aspecto ressaltado foi a crescente diversidade de movimentos sociais organizados ligados aos usuários, aos profissionais de saúde e aos prestadores de serviços, que vem se fazendo representar nos conselhos, contribuindo para que as deliberações dessas instâncias reflitam melhor as necessidades de saúde dos distintos atores e grupos sociais (VIRTUOSO, 2007).

O avanço da gestão participativa nos serviços de saúde, foi também ressaltado no Prêmio. Assim, a gestão participativa no SUS pode melhorar o processo de participação nos conselhos e vice-versa, pois estes colegiados são canais importantes de comunicação entre o cidadão e o governo (BRASIL, 2009). Tanto que a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), criada em 2007, tem dentre suas principais diretrizes e objetivos a

[...] valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular. (BRASIL, 2007a, p. 13).

Cabe ressaltar ainda o destaque dado a melhoria da transparência e divulgação das informações de gestão. No caso dos conselhos de saúde, é importante destacar o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos Locais (SIACS), que tem operado como um sistema virtual de informação importante no avanço da publicização das ações desses espaços (BRASIL, 2012b).

O processo de mobilização popular tem se qualificado, afinal, não há participação sem mobilização popular. No referido prêmio, autores destacaram dispositivos diversos que foram utilizados em diferentes conselhos como forma de articular a instituição aos movimentos populares, tais como o Projeto Mobiliza SUS. Este começou a ser desenvolvido no estado da Bahia, em 2007, e suas ações ocorreram “[...] de forma microrregional, tendo como estratégias principais a formação de redes de sujeitos coletivos e organização de rodas de conversações e saberes.” (ARAÚJO *et al.*, 2015, p. 20).

Outro mecanismo mobilizador que compareceu nesses trabalhos, do prêmio Sergio Arouca, foi a organização das Plenárias de Saúde Participativa em distintas regiões do município de Guarulhos, voltadas para a população. Essa experiência descrita por Broide (2008) foi singular e tinha o objetivo de qualificar a mobilização e a participação popular na cidade, mediante um canal criativo de escuta do povo.

Vale ressaltar que, atualmente, o processo de mobilização popular também vem se desenvolvendo por meio de outros caminhos, tais como, educação popular e educação permanente para conselheiros. Esses convergem para a transformação dos Conselhos em locais de efetivo diálogo, capazes de ampliar a participação e a interlocução entre trabalhadores, prestadores, gestores e movimentos populares.

Alguns conselhos têm operado positivamente como instrumentos privilegiados na busca da efetivação dos direitos e no rompimento das tradicionais

formas de gestão. A partir dessa ideia, reafirma-se a importância de se destacar as ações concretizadas nesses espaços, para que possamos refletir melhor sobre os caminhos para a construção de uma participação mais efetiva no SUS.

Para que pudéssemos responder as nossas indagações acerca das ações dos conselhos, escolhemos o município de Vitória, no estado do Espírito Santo, como campo de pesquisa. Optamos por uma abordagem qualitativa, na qual utilizamos como ferramentas a observação, análise das atas das reuniões de conselhos locais e do conselho municipal e entrevistas com alguns conselheiros. Também utilizamos como o diário de campo para registrar o que foi observado nas reuniões em que nos fizemos presentes. O campo da pesquisa ocorreu entre os meses de abril e novembro de 2015.

Quanto ao cenário do estudo, a escolha não foi aleatória. Desde o início, entendíamos ser importante, do ponto de vista metodológico, que a pesquisa fosse realizada em um município em que existisse uma certa organização da participação social no SUS e a existência não apenas do conselho municipal de saúde, mas também dos conselhos locais, a fim de que conseguíssemos vislumbrar a realidade de funcionamento desses espaços distintos de participação, suas interfaces e singularidades. O município possui seis regiões de saúde, assim, sorteamos um Conselho Local de cada região, além o Conselho Municipal, para compor o campo de estudo. Acompanhamos, assim, no total sete conselhos.

Ressaltamos que, para a produção dos dados, no campo do estudo, foram respeitados todos os preceitos éticos e recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Faz saber que os dados foram analisados a partir do pressuposto da análise de conteúdo desenvolvido por Bardin (2004). Chegamos, então, a dois grandes eixos de análise, constituídos pelas seguintes categorias: Problemas e desafios e As ações efetivas.

Problemas e Desafios

Embora os conselhos de saúde estejam concretizados legalmente e estruturalmente, ainda encontramos limites para o funcionamento mais resolutivo desses espaços. De acordo com a literatura problemas e desafios que mais aparecem nestes espaços são os boicotes das formas autoritárias e tradicionais de gestão; os desafios do modelo de gerencial da saúde; as dificuldades do desenho institucional e organizacional desses colegiados; a falta de legitimidade da representação; a insipiência da

transparência e publicização das ações empreendidas nesses locais; a desinformação dos atores sociais envolvidos no processo; e por fim, a assimetria das relações de força e poder.

Além disso, Fleury e Lobato (2010, p.15) apontam outros complicadores organizativos nesse processo participativo nos Conselhos, tais como:

[...] (1) baixa representatividade; (2) baixa renovação de conselheiros; (3) amplitude de competências; (4) concorrência de competências com os poderes constituídos e eleitos, em especial as deliberativas; (5) falta de recursos para o cumprimento das atribuições; (6) corporativismo e (7) falta de compromisso político com os interesses coletivos. (FLEURY; LOBATO, 2010, p. 15).

Observamos, em alguns dos conselhos pesquisados, que as formas autoritárias e tradicionais de gestão ainda prevalecem. As relações se delineiam em formatos centralizadores, que acabam por boicotar a participação e impedir que a Gestão Participativa e a cogestão se tornem uma realidade no município. De acordo com uma conselheira: “[...] vejo que a participação avançou muito [...]. Mas só melhorou nas Unidades onde o gestor reconhece e valoriza o papel do Conselho” (DIÁRIO DE CAMPO, junho de 2015).

Visto que no município estudado o funcionamento do conselho local se encontra muito ligado a figura do gestor da unidade de saúde, a rotatividade deste cargo apareceu, também, como um problema a ser enfrentado pelos conselheiros. Até porque, na maioria dos conselhos o diretor da US assume o cargo de presidente do conselho. Deste modo, cada vez que ocorria a mudança do coordenador da unidade, o conselho local ficava sem se reunir por um período, visto que a troca, por vezes, fazia com que o serviço ficasse certo espaço-tempo sem coordenador. Por vezes, também ocorria do novo gestor que assumia precisar primeiro se territorializar para, então, retomar certas atividades do serviço como as reuniões do conselho local.

Observamos, ainda, pouca interlocução entre as ações dos conselhos locais e municipal de saúde, mesmo existindo no âmbito deste último uma comissão intitulada “Comissão de acompanhamento dos Conselhos Locais”, que tem o objetivo de acompanhar o processo participativo nos territórios e funcionar como uma ponte entre o conselho municipal e os locais de saúde, apenas esse mecanismo de interlocução parece não estar sendo suficiente.

O uso excessivo da linguagem técnica apareceu como um desafio, já que cria barreiras comunicacionais nesses espaços. Isto fica mais claro no âmbito do

conselho municipal de saúde, em que inúmeros dados financeiros, relatórios de gestão, contratos e convênios são discutidos. Estes assuntos são tratados carregados de expressões técnicas, que são comuns aos trabalhadores e gestores. Os usuários, por outro lado, estão mais habituados a uma linguagem prática, ou seja, que remonta o funcionamento do serviço em seu cotidiano. Essas diferenças de linguagens, faz emergir barreiras na comunicação e interação dos sujeitos (CRACO; ALMEIDA, 2004).

Outro ponto levantado como um desafio a efetivação da participação nos conselhos, foi a duração das reuniões. Estas possuem em média duas horas, nos conselhos locais, e quatro no municipal. Os conselheiros afirmam que este tempo não permite que as questões sejam amplamente conhecidas, refletidas e debatidas, o que gera insegurança na tomada de decisões. Sem falar na amplitude de matérias que são debatidas nesses espaços, pois estas, muitas vezes, envolvem assuntos complexos, logo, exigem conhecimentos técnicos específicos para o entendimento.

O horário em que acontecem as reuniões tem sido outro ponto de tensão constante os conselhos. Isto porque, as plenárias são agendadas, geralmente, no horário de expediente das unidades e demais serviços de saúde, o que inviabiliza a presença de parte dos conselheiros representantes dos usuários e dos membros da comunidade. Isto pode ser confirmado na fala de um conselheiro, que afirma: “A realidade é que nem todo patrão aceita liberar a gente para participar da reunião do conselho de saúde, o trabalhador e o gestor da unidade tem liberação da secretaria, a gente não tem do patrão.”. (DIÁRIO DE CAMPO, junho de 2015).

Os limites e desafios apontados corroboram para o pensamento de que a simples institucionalização dos Conselhos, como espaços de controle das políticas públicas, não garante seu pleno funcionamento, existindo, na prática, diversos fatores que interferem nesses espaços enquanto instâncias de representação, participação, controle social e democracia (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2009; DUARTE; MACHADO, 2012). Assinala-se ainda, que cada experiência de Conselho apresenta singularidades e particularidades e que os limites apontados devem ser considerados como parte da própria história democrática.

As Ações Efetivas

Observamos atuações propositivas de forma pontual na maioria dos conselhos acompanhados. Contudo, dois conselhos locais se destacaram em relação a

efetivação de suas ações e a participação de seus conselheiros e da comunidade. Deste modo, acompanhamos mais sistematicamente as reuniões destes locais.

Depreendemos desses dois conselhos características singulares de funcionamento. Pudemos perceber, nestes espaços, a emergência de redes, tanto do ponto de vista administrativo, quanto do ponto de vista assistencial, que são fundamentais para o pleno funcionamento de um conselho. Visto que essas podem estimular ações propositivas e efetivas para a assistência e o gerenciamento dos serviços de saúde (LIMA, 2009).

Ao verificar as atas e durante as entrevistas conseguimos mapear parte dessas redes, identificamos a quais entidades e/ou movimentos sociais os conselheiros estavam vinculados e como se articulavam nesses espaços. Encontramos conselheiros ligados a igrejas, a associação de moradores, a associação de pacientes portadores de patologias (como câncer), a movimentos dos negros, das mulheres, LGBT, entre tantos outros.

Outras características identificadas dizem respeito a proatividade, ao senso crítico e ao amadurecimento político da maioria dos conselheiros destes espaços; conforme ilustra a fala: “[...] dá certo aqui por que grande parte aqui é persistente, buscamos informação, lutamos mesmo, batemos de frente com quem for pelo direito a saúde da comunidade, somos um elo entre a unidade e a comunidade, sabemos o nosso papel [...]” (DIÁRIO DE CAMPO, outubro de 2015).

Percebemos nesses espaços que o interesse do coletivo prevalece, conforme denotamos da seguinte fala de um conselheiro: “[...] o que vejo de positivo aqui é que a maioria dos conselheiros lutam pelo coletivo, deixando de lado seus interesses particulares. [...]”.

Assim, compreenderam que é possível encontrarmos espaços efetivos de democratização no SUS. Visto que, o modo como estes conselhos funcionam e exercem a participação no âmbito de seus territórios, permite maior legitimidade e resolutividade no debate e decisões de questões importantes para a saúde da comunidade.

Considerações Finais

Em nosso estudo os resultados encontrados contribuem de modo a proporcionar reflexões sobre o funcionamento dos conselhos de saúde e apontar ações que podem auxiliar para uma operacionalização desses espaços coletivos do SUS.

Os conselhos locais compareceram como espaços privilegiados para a democratização das relações entre o poder público municipal e as comunidades locais. Em dois dos conselhos locais observados, verificamos ações muito efetivas, que ao serem desempenhadas tem colaborado significativamente para a definição dos rumos da política de saúde na esfera local. Esse resultado se coaduna com estudos que apontam que os conselhos locais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da participação nos municípios, pois estes trazem para a esfera pública demandas e possibilidades de ação e inovação (MALLMANN, *et al.*, 2007; PRIMO, 2007).

Considera-se que a própria existência dos Conselhos Locais de Saúde já proporciona, na gestão da saúde, uma nova configuração da participação, que se coloca na perspectiva da gestão participativa. Por isso, estes precisam ser fortalecidos e ocupados efetivamente no âmbito dos municípios.

Nesse sentido, na lógica de fortalecimento do SUS, os conselhos locais de saúde devem ser estimulados, pois estes são os espaços de participação mais próximos da comunidade, constituindo-se no primeiro local em que as necessidades dos usuários podem ser manifestadas.

Os conselhos locais, “[...] por serem estruturas permanentes, têm a possibilidade de dar voz às minorias, às pluralidades de seus interesses e podem inovar institucionalmente através das soluções locais” (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013). São espaços importantes para a democratização dos serviços nas unidades de saúde local, para o exercício da cidadania e para o controle social em saúde.

Na construção da democracia e da cidadania no SUS, outras questões precisam se refletidas e viabilizadas para o bom funcionamento desses espaços. Questões como a transparência, a necessidade de publicização das ações, a melhoria das ações de educação permanente, a articulação de redes e ações intersetoriais e, sobretudo, o estímulo ao desenvolvimento da gestão participativa e da cogestão nas instituições de saúde.

Referências

ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Consolidando a gestão participativa e o controle social na cidade do Recife: 2001-2005. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos**. Brasília (DF), 2007. p. 48-51.

ARAÚJO, P. D. *et al.* MOBILIZASUS: estratégias para o fortalecimento do controle social, da gestão democrática e participativa do SUS/BA. *In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos.* Brasília (DF), 2015. p. 13-30.

AROUCA, A. S. A reforma sanitária brasileira. **Tema. Radis**, n. 11, p. 2-4, 1988.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 13 dez. 1988.

_____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 19 set. 1990a.

_____. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 1. ed. Brasília, (DF), 2005a. 344 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 836/GM de 2 de junho de 2005b**. Institui o Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS e dá outras providências. **Lex: saúde legis – sistema de legislação em saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0836_02_06_2005.html>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa: trabalhos premiados e menções honrosas: resumos**. Brasília (DF), 2007. 168 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos**. Brasília (DF), 2008. 180p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS**. Brasília (DF), 2009. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos**. Brasília (DF), 2010. 140 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012a**. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e

funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>.
Acesso: 3 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Orientações para os conselhos de saúde**: sistema de acompanhamentos dos conselhos locais (SIACS). Brasília (DF), 2012b. 25 p.

_____. Decreto 8243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 26 maio 2014.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In: Serviço Social e Saúde Formação e trabalho profissional*. MOTA, A. E. *et al.* (Org.). São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-5.pdf>>.

BROIDE, E. E. Saúde participativa: implantação de uma política de participação popular qualificada no sus. *In: MINISTÉRIO DA SAÚDE*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa**: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos. Brasília (DF), 2008. 180p.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 17. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

CRACO, P.F.; ALMEIDA, M. C. P; A participação popular nas comissões locais de saúde: mostrando vidas, contando lutas. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 2, p. 188-192, 2004.

COSTA, A. M. Cai a proposta de cobrar no SUS. Se levada adiante, haveria um SUS para os que podem pagar e outro, dos indigentes, denuncia Ana Costa. **Viomundo**, São Paulo, 18 ago. 2015. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/ana-costa-a-proposta-de-cobrar-pela-assistencia-no-sus-submete-o-direito-a-saude-e-ao-capital-se-levada-adiante-e-o-fim-do-sus.html>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis.**, v.19, n.2, p. 419-438. 2009.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saude soc.**, São Paulo, v.21, suppl.1, p. 126-137. 2012.

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. **Coleção pensar em saúde**: participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis [online]**, v.20, n.4, p. 1245-1265, 2010.

LIMA, F. E. T. **A estruturação da rede de conselhos locais de saúde para o fortalecimento do controle social no município de Pindoretama, Ceará.** Ceará: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/acer/Downloads/francisco-evandro-texeira-lima.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2015.

LUIZ, S. G.; QUINTANILHA, B. C. DALBELO-ARAÚJO, M. Educação permanente para conselheiros de saúde do município de vitória, ES. **Universo da Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 25-37, jul./dez. 2014.

MALLMANN, B. et al. Conselho local de saúde: experiência de construção coletiva na UBS II. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos.** Brasília (DF), 2007. p. 63-64.

MIRANDA, J. M. B.; GUIMARÃES, S. J. Controle social e conselhos locais de saúde em teresina: limites e possibilidades. **Revista FSA**, Teresina, v.10, n.3, p. 212-227, 2013.

MOREIRA, M.R. Democracia participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no da contexto reforma política. **Divulg. Saude Debate**, n.43, p.15-22, 2008.

NETO, R. F. F. et al. Cidadania em foco – através de parcerias e atitudes. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos.** Brasília (DF), 2007. p. 60-62.

OLIVEIRA, G.N. *et al.* Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. **Interface (Botucatu)**, v.13, suppl.1, p. 523-529. 2009.

PRIMO, P. Os conselhos locais de saúde do Município de Ponta Grossa – PR e sua contribuição para o controle social do SUS e para o processo de emancipação política do cidadão. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos.** Brasília (DF), 2007. p. 109-113.

SANTOS, N. R. Democracia e participação da sociedade em saúde. *In*: MATTA, G. C; LIMA, J. C. F (org). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 ano do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 227-247.

VIRTUOSO, A. A. A participação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Canoas /RS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de**

Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos. Brasília (DF), 2007. p. 93-97.

ZANARDI, R. C.; CORDONI Jr, L. A participação social na construção do modelo assistencial de saúde de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.6, n.1, p. 7-15, 2004.