



ESTADUAL DA PARAÍBA  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CAMPUS V**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**KHÁTIA REGINA SILVASANTOS**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL: contextos e reflexões sob o olhar dos componentes do  
Conselho Municipal de Saúde**

**JOÃO PESSOA**  
**2015**

**KHÁTIA REGINA SILVASANTOS**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL: contextos e reflexões sob o olhar dos componentes do  
Conselho Municipal de Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública em Saúde.

Área de concentração: Ciências Sociais.

Orientador (a): Prof. Ms. Silene Lima D. X. Santos.

**JOÃO PESSOA**  
**2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586p Silvasantos, Khátia Regina  
Participação Social [manuscrito] : contextos e reflexões sob o  
olhar dos componentes do Conselho Municipal de Saúde / Khátia  
Regina Silvasantos. - 2015.  
55 p.

Digitado.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde EAD) -  
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio,  
Técnico e Educação à Distância, 2015.

"Orientação: Profa. Ma. Silene Lima D. X. Santos,  
PROEAD".

1.Participação social. 2.Controle social. 3.Conselho  
Municipal de Saúde. I. Título.

21. ed. CDD 307.14

**KHÁTIA REGINA SILVASANTOS**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL: contextos e reflexões sob o olhar dos componentes do  
Conselho Municipal de Saúde**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública em Saúde.

Área de concentração: Ciências Sociais.

Aprovada em: 28/03/2025

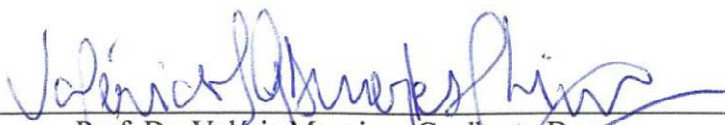
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Ms. Silene Lima D. X. Santos (Orientadora).  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Mônica Oliveira da Silva Simões.  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Valéria Morgiana Gualberto Duarte  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ao Deus da minha vida, que me compreende sem nenhuma explicação. A Ti todo meu sentido de existir. Aos meus pais Aldeci e Fátima que ensinaram-me que somente o amor é capaz de transformar. A vocês dedico uma parte de mim significado em palavras.

## AGRADECIMENTOS

A Deus – o maior Poeta de todos! O autor da vida, que escreve minha história sob seu Amor divino, conduzindo meus passos e atos por veredas que jamais ousei imaginar; criando esta poesia do viver que se concretiza a cada dia. Obrigada Senhor por restaurar todos os meus sonhos.

A minha mãe Fátima, exemplo de vida, luta e dedicação; que abdicou de sua própria felicidade em prol da minha, resignificando em tom maior as palavras: força, compreensão e sensibilidade.

Ao meu pai Aldeci, que mesmo na ausência de vossas palavras, me instigou ser sempre a melhor. Sou sua versão elaborada.

Aos meus irmãos Kharlos, Klaúdio, Júnior e Vithor - extensão do meu ser; por fazerem parte desta história de pura intensidade.

A minha estimada e especialíssima orientadora Silene Ximenes, que me acolheu e aceitou o desafio desbravador do conhecimento, do qual, compreendeu e teve paciência diante das minhas tantas dificuldades e conjuntura de vida.

Aos membros da banca, por ter investido com sensibilidade, atenção e propriedade, sugestões enriquecedoras a este trabalho monográfico.

A amiga Tereza Cabral, verdadeiro exemplo de superação e perseverança (a quem me espelho), que acreditou piamente em mim mesmo quando eu já não mais acreditava.

A todos, meu cordial respeito, carinho, e a mais viva gratidão, como também os meus mais sinceros agradecimentos.

“Conhecimento é uma ferramenta essencial para o exercício da cidadania”.  
(Abraão Nunes da Silva)

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.  
(Paulo Freire)

## RESUMO

A participação social é uma conquista derivada de movimentos sociais, uma verdadeira bandeira de luta, ideário e desiderato culminado pela Reforma Sanitária, que se consolidou como diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS, na Constituição Federal de 1988. Abrange diversos setores sociais que influenciam no processo de gestão participativa, atuando na formulação, execução e avaliação das políticas públicas, sendo um agente modificador de realidades, firmando sua participação nos processos decisórios. Tendo em vista que a participação social se configura legalmente através das instâncias deliberativas, a nossa importância o Conselho Municipal de Saúde – CMS, ressalta-se a relevância deste espaço social na perspectiva do controle social e a garantia do exercício da cidadania. Dessa forma, o estudo objetiva: Analisar a experiência da participação social via Conselho Municipal de Saúde – CMS, e compreender a percepção de suas realidades através de suas concepções, no município de Serraria – PB. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, cuja amostra foi composta por seis membros do conselho, posto que, houve a desistência de dois, os restantes concordaram em participar da pesquisa. O método utilizado foi por entrevistas individuais semiestruturadas através de um questionário constituído por perguntas relacionadas à temática. Para análise dos dados, utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, modalidade temática. Após conclusão das análises, destacaram-se três categorias temáticas: A Construção da consciência social no Conselho Municipal de Saúde pautada na diretriz de participação social; O Conselho Municipal de Saúde como instância para o exercício da cidadania e espaço para a participação social; A Educação Permanente como forma de capacitação para habilidade técnica dos conselheiros. Os resultados mais evidentes indicam que os conselheiros apresentam significativas concepções sobre participação social pautada numa percepção entrelaçada a cidadania e democracia; ressaltam a importância da participação da população como instrumento nos processos decisórios das políticas públicas; expressam que existe e persiste fragilidade e dificuldade articulatória entre o CMS e o executivo no desenvolvimento das ações de saúde, sobrepondo-se os interesses deste último; consideraram como avanço a participação social e o próprio conselho como abertura significativa para a gestão participativa; que os desafios direcionaram-se a falta da participação da sociedade nas reuniões, assim como, a falta da presença do membro do conselho, que encontra-se desmotivado e desinteressados ao intento; a falta de conhecimento do povo em relação ao conselho; e por fim, de uma forma unânime, os conselheiros concordaram que deveriam submeter-se a capacitações através de uma Educação permanente. Contudo, entende-se que existe uma necessidade urgente em incitar um trabalho de mobilização social, no intuito de construir uma consciência social alicerçada numa cultura participativa e democrática, para que se dissipe esse marasmo participatório que atinge o povo, como também no qual encontra-se o CMS. Acredita-se no processo de reflexão a problemática, e ratifica-se que, se o povo tivesse consciência do poder que tem, talvez a palavra empoderamento pudesse alçar em prática o voo do seu significado e aplicabilidade.

**Palavras-Chave:** Participação social. Controle social. Conselho Municipal de Saúde.



## ABSTRACT

Social participation is an achievement derived from social movements, a real battle flag, ideas and culminated desideratum for Health Reform, which was consolidated as a guideline of the National Health System - SUS, in the 1988 Federal Constitution covers various social sectors that influence the participatory management process, acting in the formulation, implementation and evaluation of policies and is a modifier of realities agent, signing their participation in decision-making. Given that social participation is configured legally through the deliberative bodies, our importance the Municipal Health Council - CMS, it emphasizes the importance of this social space from the perspective of social control and the guarantee of citizenship. Thus, the study aims: To analyze the experience of social participation through Municipal Health Council - CMS, and understand the perception of their realities through their conceptions, in the municipality of Sawmill - PB. This is a descriptive and exploratory research with qualitative approach, whose sample was composed of six council members, since there was the withdrawal of two, the remaining agreed to participate. The method used was by individual semi-structured interviews using a questionnaire consisting of questions related to the theme. For data analysis, we used the content analysis technique of Bardin, thematic. Upon completion of the analysis, the highlights three themes: Building the social consciousness in the Municipal Health Council based in the guideline of social participation; The Municipal Health Council as a forum for the exercise of citizenship and space for social participation; Continuing Education as a form of training for technical skills of counselors. The most obvious results indicate that the directors have significant conceptions of social participation in a guided perception intertwined citizenship and democracy; emphasize the importance of participation of the population as a tool in decision making of public policy; state that exists and persists fragility and articulation difficulty between CMS and the Executive in the development of health actions, overriding the interests of the latter; considered as advance social participation and the board itself as a significant opening for participatory management; that the challenges directed the lack of civil society participation in meetings, as well as the lack of a board member's presence, that is unmotivated and uninterested the purpose; lack of knowledge of the people in relation to the Council; and finally, a unanimously, the board agreed that they should undergo training through Continuing Education. However, it is understood that there is an urgent need to encourage a working social mobilization in order to build a social conscience grounded in a participatory and democratic culture, for it to dissipate this participatory doldrums that reaches the people, and in which found the CMS. It is believed in the problem reflection process, and confirms that, if the people had power of consciousness that has perhaps the word empowerment could raise in practice the flight of its meaning and applicability.

**Keywords:** Social participation. Social control. Municipal Health Council.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CF/88	Constituição Federal de 1988.
CMS	Conselho Municipal de Saúde.
CNS/MS	Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.
CNS	Conferência Nacional de Saúde.
CS	Conselho de Saúde.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
LOS	Lei Orgânica de Saúde.
MEC	Ministério da Educação em Saúde.
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 Contextualização do problema e justificativa .....	11
1.2 Objetivos .....	13
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1 Aspectos históricos da saúde no Brasil: o SUS e a Participação Social .....	14
2.2 Fundamentação Jurídica da Participação Social .....	17
2.3 A participação social imersa no contexto do conselho municipal de saúde.....	21
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>24</b>
3.1 Tipo de pesquisa.....	24
3.2 Local da pesquisa .....	24
3.3 População e amostra .....	25
3.4 Instrumento para coleta de dados.....	25
3.5 Procedimentos para coleta de dados .....	25
3.6 Análise dos dados.....	26
3.7 Aspectos éticos .....	26
3.8 Financiamento .....	27
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE A - TCLE .....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>55</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização do problema e justificativa

O poder emana do povo! Partindo desta afirmação constitucional, é fato que em todo o transcurso da história da humanidade a vontade popular sempre foi instigadora, incidente e decisiva nas questões que concerne à sociedade em si e sua relação com o Estado, por derivar de lutas através de mobilizações sociais demandadas pela necessidade incessante de busca de seus direitos, acarretando a partir destas, conquistas grandiosas a saúde pública brasileira – daí o seu poder – de agente modificador de realidades. E remetendo-se ao empoderamento do povo nos processos decisórios da administração pública, especificamente no que se relaciona a saúde, este assume proporções significativas, posto que, as políticas públicas de saúde são criadas, articuladas e implementadas em benefício de quem dela desfruta, e para isto, sua desenvoltura veem arraigadas de um processo histórico polêmico, no qual, nos dois últimos séculos passaram por grandes transformações que legaram um sentido incessante de uma saúde universal, igualitária, integralizada, descentralizada e com a participação social em sua gestão, o que culminou na consolidação deste ideário na Constituição Federal de 1988. Nessa perspectiva, Lima et al (2005, p. 18) enfatiza que: “O ideal democrático de participação da sociedade foi igualmente erigido como princípio norteador da reforma da saúde.”.

No entanto, os direitos sociais a partir da CF/88, também conhecida como “Constituição Cidadã” foram reconhecidos e garantidos, juntamente com os direitos individuais civis e políticos, promovendo uma inter-relação do Estado à efetiva participação do povo nos ditames decisórios, representando um enorme avanço na construção das políticas públicas, e uma nova forma de gestão – a participativa; consagrando a participação dos cidadãos nos processos de tomada das decisões para o bem da coletividade. Consideravelmente, Correia (2003) afirma que a participação, pluralismo e cidadania são as características do processo de fortalecimento da sociedade civil na construção de uma nova realidade social.

A participação social tem se evidenciado como uma das relevantes diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, institucionalizado através da Lei nº 8.080/90, complementado e regulamentado pela Lei nº 8.142/90 especificamente, no qual, ocorre à abertura para a participação da comunidade através dos Conferências de Saúde e dos Conselhos de saúde, onde a nosso ver, estes são entendidos como instâncias colegiadas de deliberação dos anseios do Estado e da sociedade, fazendo parte da configuração institucional setorial, incumbindo-se

de garantir o cumprimento do princípio constitucional da participação social, assegurando o controle social sobre as ações e serviços de saúde dispensados pelo SUS.

Do ponto de vista conceitual de Stotz (2009) a participação social é o processo mediante a qual os diversos grupos sociais tomam parte nos processos decisórios em uma determinada sociedade. Ainda enfatiza que, na perspectiva sociológica, a participação é um processo relacional que promove a mobilização dos sujeitos e opera no campo da construção de identidades. Os atores coletivos se consolidam no curso das ações de reflexão e mobilização em torno das características e problemas comuns. Nesse processo, constroem e negociam identidade coletiva. Concluindo que, a participação é um processo de conquista, construído gradativamente e de maneira peculiar nas diferentes sociedades; sendo um conjunto de ações que possibilita a partilha do poder decisório por meio de negociação e superação de conflitos e interesses.

Atinente a essa conjuntura contextual, tendo em vista que a participação social é um instrumento de fortalecimento do SUS, atenta-se que, tal meio perfaz-se através dos Conselhos de saúde, que segundo Martins (2007) tornaram-se mecanismos institucionais estratégicos para a garantia da democratização do poder decisório no SUS; no qual, estes espaços devem exercer um importante papel para a efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisão em saúde, sendo essencial uma reflexão profunda sobre as matizes desta utopia, avaliando os desafios encontrados e as possibilidades apresentadas para uma efetiva participação social no país; ressaltando a possibilidade da presença ativa dos sujeitos na construção do processo democrático no SUS.

Contudo, neste desenlace, tendo em vista o caráter de descentralização e legação de poder aos municípios, sabe-se que atualmente a efetivação da participação social imerso nos Conselhos Municipais de Saúde – CMS, se estabelece através de interesses do poder executivo, que decerto, dita as nuances de atuação destes em benefício de um controle mascarado sob o controle social, direcionando as demandas e ações de saúde ao que bem lhe condiz administrativamente. Assim, promovendo aqui uma relevante reflexão sobre: Quem controla quem? E o quê?. Remetendo-nos a uma citação de Silva (2007, p.685) no qual diz que “a expressão controle social tanto é empregada para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado”.

Diante destas constatações, ressalta-se a importância de aprofundar-se no prisma dos componentes do CMS, por serem estes representantes de vários setores da sociedade que viabilizam a participação social, no intuito de qualificar suas reflexões acerca da compreensão do seu importante papel nas tomadas de decisões de saúde e de tudo o que concerne sua

efetivação. Deste contexto emerge nossa interrogação: Os representantes da participação social via CMS tem demonstrado entendimento relevante para influenciar na desenvoltura da formulação, execução e fiscalização das políticas públicas de saúde?.

Do exposto justificamos a necessidade desta pesquisa na busca e exposição de problemas ainda existentes na efetivação da participação social, a partir dos olhares dos seus executores no CMS; intentando-se a produzir discussões que estimulem a reflexão das fragilidades que submetem-se os conselheiros na representatividade de suas falas; buscando-se também problematizar o assunto, trazendo à tona alguns dos obstáculos e críticas relativos à participação social.

## 1.2 Objetivos

### GERAL

Analisar a experiência da participação social via Conselho Municipal de Saúde – CMS, e compreender a percepção das realidades através de suas concepções, no município de Serraria – PB.

### ESPECÍFICOS

Conhecer os conceitos referentes à participação social ofertados pelos componentes do CMS.

Avaliar o entendimento dos conselheiros quanto atores sociais incidentes nas veredas de saúde local.

Identificar as perspectivas, avanços e desafios enfrentados para a consolidação da participação social atual.

Verificar o grau de conhecimento dos conselheiros perante sua habilidade técnica, e sobre a capacitação destes através da educação permanente.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Aspectos históricos da saúde no Brasil: o SUS e a Participação Social

A história! Já se diz que cada um tem a sua, mas, cada história entrelaça-se numa conjuntura de eventos que vão se unindo e definindo a performance dos acontecimentos, que vão influenciando e modificando o mundo e o universo de nossa cabeça, assim, realizando tantas e tantas histórias.

Partindo desta reflexão filosófica, especificamente enveredando na história da saúde no Brasil, sabe-se que, cada construção e desconstrução para a oferta de saúde de cada época, deverasmente incidia significativamente na vida dos cidadãos; tanto que, sua evolução histórica no que concerne ao nosso sistema de saúde atual – o Sistema Único de Saúde – SUS, transcorreu em meio há vários acontecimentos regados de polêmicas e de intentos de medidas políticas que qualificaram as políticas públicas de saúde concernentes ao que o gestor acreditava ser o melhor, configurando uma gradativa evolução relacionada à política-social e econômica da sociedade brasileira.

Neste ínterim, faz-se necessário compreender brevemente como sucedeu as transformações históricas da saúde pública brasileira até a criação do SUS, seus impasses e consequências para a política de saúde nacional. Para tanto, situamos seu início a partir do século XX, cujas transformações na saúde foram mais abrangentes, decisivas e de certo modo exclusivas.

As políticas de saúde vêm sendo centrais nas políticas públicas do país há pelo menos um século. De fato, a crise sanitária que acometeu o capital da recém-proclamada República, na virada dos séculos XIX e XX, gerou as primeiras grandes iniciativas de saúde pública, com as memoráveis campanhas de Oswaldo Cruz contra a peste e a febre amarela. Evidente, todos sabemos, que esses eventos do alvorecer do século XX no Rio de Janeiro não foram isentos de polêmicas e contradições. A Revolta da Vacina, que no ano passado completou cem anos, é o exemplo mais bem acabado da paixão que as políticas públicas de saúde despertam nos governantes, políticos e na população em geral. (BUSS apud LIMA, 2005, p.11).

Decerto que, as campanhas de saúde empreendidas por Oswaldo Cruz, deram o primeiro passo para o nascimento da política de saúde pública brasileira; no entanto, é interessante enfatizar que, não existia uma política da saúde definida afora as campanhas sanitárias, porém, ressalta-se que esta foi o primeiro intento de promoção e prevenção da saúde bem sucedido em meio à revolta da população que se negava a receber a vacina.

Transcorrendo na história, em 1923 surgiu e foi instituída o sistema de CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensão, de autoria do Deputado Eloy Chaves, sendo o primeiro evento de seguro social direcionado aos trabalhadores ferroviários, marítimos e estivadores. Sequencialmente, na era Vargas as CAPs foram substituídas pelos IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões, com expansão para trabalhadores de outras categorias profissionais, de cuja política nacional foi subdividida em saúde pública (com ênfase nas campanhas sanitárias – especificamente a endemias), e de medicina previdenciária.

O modelo médico assistencial privatista teve as seguintes características: a extensão da cobertura previdenciária a segmentos economicamente integrados da população urbana; o privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas; a criação de um complexo médico-industrial; e o deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não lucrativos. (SILVA apud BRASIL, 2006, p. 26).

Relacionado a este contexto, enseja-se que os benefícios e a assistência à saúde eram ofertados apenas aos contribuintes previdenciários, ou seja, aos trabalhadores de carteira assinada, restando-lhe a população aparte desta realidade, a mercê de instituições nosocomiais filantrópicas e religiosas. Desta sucedeu-se a criação em 1953 do Ministério da Saúde, que dantes era vinculada ao Ministério da Educação; em 1966, o INPS – Instituto Nacional da Previdência Social, que tão logo em 1977, foi transformado em INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, que antecedeu o SUS. Nesta a população conquistou alguns direitos, mas o acesso à assistência médica continuava restrito aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho.

Discursivamente, em meados da década de 1970, no fervor da ditadura militar, surge o movimento da Reforma Sanitária, de cujo, um dos principais representantes figurado na pessoa e médico sanitaria Sérgio Arouca, despontou acentuadamente como militante, propondo que as ações no campo da saúde implicassem na melhoria das condições sociais e de tudo que a concerne. Suscitado por este estopim, na década de 1980, em iminente processo de redemocratização do país, o movimento da Reforma Sanitária alçou sua essencialidade numa importante vitória – “a instituição do Sistema Único de Saúde – o SUS”, trazendo consigo toda a sua universalidade, descentralização, equidade, e participação social em seus processos decisórios.

De acordo com Lima et al (2005, p. 15) “a criação do SUS tem sido analisada como a mais bem-sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático”. Em sua gênese, pode-se identificar a organização de expressivo movimento sanitaria em meados



da década de 1970, em contexto profundamente marcada pela resistência social e política do regime autoritário. A questão da saúde, assim como outras demandas da sociedade brasileira por liberdades civis e bens coletivos que fossem capazes de diminuir as profundas desigualdades de renda e de acesso a serviços públicos, foi um dos eixos de luta social e política durante as décadas de 1970 e 1980.

O fato é que, a população sempre esteve presente e participe nas questões das políticas de saúde realizadas pelo Estado brasileiro durante toda a história; e a esta característica figurada nos movimentos sociais, fortaleceram as ideias da Reforma Sanitária, e juntamente a esta, a luta pelo processo de redemocratização do coercitivo cenário sócio-político econômico da época ditatorial. E nesta perspectiva, para Lima et al (2005, p. 16) “no contexto em que se fortaleceu o movimento democrático em oposição ao regime militar, a relação entre saúde e democracia esteve no centro do debate político”. Tal compreensão acentuou-se nos debates travados durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual se definiram princípios e linhas de atuação do projeto Reforma Sanitária que viria a orientar a proposta do movimento sanitário no processo constituinte de 1988.

Intensifica-se que, a 8ª CNS foi o grande marco da Reforma Sanitária Brasileira, posto que foi a 1ª conferência a dar abertura à sociedade em geral; propôs um conceito ampliado de saúde; definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado; e instituiu um sistema único de saúde. Todavia, esta conferência obteve tanta relevância pelo fato de sua inovabilidade, que seu relatório foi encaminhado para a Assembleia Constituinte, no qual, serviu de base para inserção na seção “Da Saúde” na Constituição Federal de 1988 nos art. 196 a 200. A partir daí, os acessos aos serviços de saúde passaram a serem estendidos para todos e não somente aos trabalhadores formais.

Com a democratização do país, a agenda da reforma que então se definiu teve como eixos a democratização dos processos decisórios – com a descentralização e a participação dos cidadãos na formulação e implementação das políticas – e a equidade dos resultados das políticas públicas. Participaram da definição dessa agenda os movimentos sociais e diversas categorias profissionais envolvidos na prestação de serviços públicos, cuja atuação as colocava em contato direto tanto com a população atendida como com os excluídos do atendimento estatal. (RUA, 2009, p. 47).

Segundo Martins e Santos (2012) o Movimento da Reforma foi, também, responsável pela construção da ideia do Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como um novo sistema de saúde com o propósito de ser o instrumento para garantir o cumprimento do “dever do Estado” de proporcionar saúde e bem-estar a todos os brasileiros. Naquele momento, o

“controle social” foi considerado uma conquista, sendo a principal estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde, objetivos centrais daquela Reforma.

E imersa neste contexto de importante avanço no sistema de saúde brasileiro, que foi criado o SUS na CF/88, institucionalizado na Lei nº 8.080/90, e do qual, nesta insere-se o objeto desta pesquisa monográfica como diretriz e princípio do SUS – a participação social, enfatizada na Lei complementar nº 8.142/90, de cujo intento é representado através dos Conselhos de Saúde. Tal é sua relevância e incidência, que a nível informacional, o então presidente da república da época - Fernando Collor de Mello, pretendia reverter o SUS usando de seus poderes constitucionais para vetar vinte e cinco artigos da Lei nº 8.080/90, justamente nos artigos que dispunham sobre a participação da comunidade e a transferência dos recursos financeiros. No entanto, sob intensa pressão social – dos movimentos sanitários e das autoridades locais de saúde, estes vetos foram derrubados, e assim, foi criada a Lei Complementar nº 8.142/90, de cuja participação social se efetivou definitivamente.

No Brasil, a questão da participação social na área de saúde colocou-se em pauta a partir do final da década de 70 e início da década de 80, quando as crises políticas e econômicas, intensificaram os problemas sociais, dando início a uma maior organização da população, reivindicando melhorias na infraestrutura dos serviços públicos e maior disponibilidade dos bens de consumo. Esta ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais produziram a ampliação das demandas da sociedade sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal, sendo dever do Estado garanti-la (DALLARI et al., 1996; GRESCHIMAN, 1999 apud MARTINS, 2007, p. 14).

Contudo, a participação social e o SUS, são partes inerentes e indissociáveis para o manejo das políticas públicas de saúde; e como enfatiza Lacerda (2013, p. 50) “a participação social não é um processo de concessão, mas uma conquista no âmbito político, e deve ser encarada dentro da noção da ética e da responsabilidade”. O SUS é resultado de uma ampla mobilização social, cujas reflexões e negociações consolidaram o ideário do sistema de saúde na Constituição Federal de 1988.

## 2.2 Fundamentação Jurídica da Participação Social

Considerando que, o SUS foi conquistado pela mobilização social, e por isto, a participação social é fundamental. Ressalta-se a importância de discorrer sobre os aspectos legais que a rege, no intuito de fornecer seu aparato legal; o âmbito conceitual e funcional; e

fortalecer o conhecimento sobre este relevante princípio advindo de muita luta social, sendo essencial para a desenvoltura do aporte teórico desta pesquisa.

A princípio, a CF/88, na Seção II – Da Saúde, destaca:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

**II – participação da comunidade.**

Reiterando, na LOS – Lei Orgânica de Saúde, a Lei nº 8.080/90, enaltece a participação social como princípio relevante na constituição do SUS, a saber:

“Art. 7. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados e conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

**IX – participação da comunidade.**

Ainda discorre,

“Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, **ouvidos seus órgãos deliberativos**, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos e planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”.

Reitera-se que, a atualmente a Lei nº 8.080/90 foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011, onde no corpo do seu texto legislativo no Capítulo III – DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE, diz que:

“Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, **ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde**, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros”.

No processo político de constituição do ideário da reforma sanitária, a participação social é um dos seus pilares de sustentação, fundamentado no fato de que a participação social agrega perspectiva, dimensões, críticas e sugestões relevantes para a resolução dos problemas existentes, para a formulação e construção das políticas públicas. Esta concepção está presente na legislação do SUS como um dos seus princípios organizativos e é considerado como um requisito para o alcance dos preceitos constitucionais. (SOUZA, 2011, p. 20).

Desta forma, com mais concretude, a participação social se regulamenta pela Lei nº 8.142/90.

“Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências”.

“Art. 1. O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080/90, contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I – Conferências de Saúde; e
- II – Conselhos de Saúde”.

“§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”.

De acordo com Lima et al (2005) a regulamentação foi muito mais específica em relação aos conselhos do que sobre as conferências. Dessa forma, a norma legal estabeleceu um fluxo decisório e operacional no qual as conferências propõem diretrizes para a formulação de políticas a partir da avaliação da situação de saúde; e os conselhos formulam estratégias e controlam a execução das políticas e as instâncias executivas (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde) implementam as políticas e homologam as deliberações dos conselhos. Os elementos que integram esse fluxo decisório guardam entre si importantes diferenças tanto no número quanto na sua representatividade.

Aprofunda-se o cunho legal da participação social em sua representatividade através dos Conselhos de Saúde, relatando consideravelmente que a Resolução nº 333/03, que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde; foi atualmente revogada pela Resolução nº 453/12, com algumas alterações, porém, especificando conceituações (que será abordada no capítulo a seguir), composição, estrutura,

e funcionamento dos conselhos de saúde. Para tanto, a título informacional, destaca-se desta resolução:

“Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam pólos de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas esferas da ação do Estado”.

“Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária”.

Em sua quarta diretriz

“V - as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade”.

Nesse sentido, avivando-se a questão da participação social como instrumento relevante para a construção do SUS, atenta-se ao fato de ser um tema extremamente atual, atrelado à política e bastante polêmico. Justifica-se a afirmativa com o Decreto nº 8.243/2014, que institui a Política Nacional da Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, e dá outras providências; do qual, já rendeu vetos do Congresso Nacional e que ainda será alvo de muitas discussões e aprofundamento. No entanto, ensejou-se aqui mencioná-lo apenas como informação acrescentada, posto que, o enfoque de nossa participação social situa-se através dos Conselhos de Saúde para a gestão da saúde, e àquele insere-se numa esfera mais federal, mas, que não deixa de ser um fato que atinge a todos nós por se tratar de uma reforma política, e que esta requer muitas reflexões.

Contudo, tais conceitos de participação social, participação da comunidade, participação popular e controle social, serão esclarecidos no capítulo subsequente devido às dúvidas geradas pelos próprios autores no que tange sua conceituação, e por considerar esta empreitada conceitual extremamente importante para a compreensão do tema em questão.

### 2.3 A participação social imersa no contexto do conselho municipal de saúde

Considerando a essencialidade da temática de participação social para a efetiva consolidação do cunho democrático nos processos decisórios das políticas públicas de saúde (é o que almeja-se); convém primeiramente ressaltar os diferentes termos e conceitos utilizados pelos autores e suas ambiguidades que expressam as diferentes perspectivas pelo qual são direcionadas atualmente; finalidade esta, devido a sua complexidade definitiva entre: participação social; participação da comunidade e controle social. Enfatiza-se que, esta investida foi propositalmente posta neste capítulo e não mais antecipadamente, objetivando-se correlacionar a diversidade de conceitos e suas funcionalidades, no intuito de promover uma reflexão aprofundada e fundamentada no que concerne à participação social imerso no contexto do Conselho Municipal de Saúde – CMS.

A expressão “Participação Social” surgiu e foi amplamente assumida no âmbito do SUS a partir da aprovação da Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre os conselhos e conferências de saúde. [...] A expressão “Participação da Comunidade”, que consta da Constituição Federal (art.198) e da Lei nº 8.080/90 (art.7º), é parte desse contexto, no âmbito e princípios e diretrizes do SUS. A participação da comunidade aponta claramente para a formulação de estratégias de democratização do setor público de saúde, com repercussão direta no setor privado conveniado/contratado, e indireta no setor privado de mercado. No bojo das estratégias de democratização do setor público de saúde, e do próprio Estado, localiza-se, inevitavelmente, todas as iniciativas, criatividade e formas de participação e gestão participativa. (BRASIL, 2006, p. 152).

Perante o ponto de vista conceitual de Stotz (2009, p. 50) “a participação social é o processo mediante o qual os diversos grupos sociais tomam parte nos processos decisórios em uma determinada sociedade”. Nesse processo, constroem e negociam identidade coletiva. Portanto, participação é um processo de conquista, construído gradativamente e de maneira peculiar nas diferentes sociedades. É um conjunto de ações que possibilita a partilha do poder decisório por meio de negociação e superação de conflitos e interesses. No entanto, na área de saúde a participação social é conhecida como controle social, e que este ato de participar segundo Gallo (2002, apud NUNES, 2009, p. 5) “nunca é feito sozinho, não sendo um ato isolado de alguém que não tem companhia, mas é algo que fazemos com os outros”.

Já para a Controladoria Geral da União (2012, p. 9) “o controle social é entendido como a participação do cidadão na gestão pública, é um mecanismo de prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania. [...] Assim, o controle social revela-se como complemento indispensável ao controle institucional, exercido pelos órgãos fiscalizadores”.

Nesta perspectiva, os Conselhos de Saúde surgem mediado por uma conjuntura histórica alicerçada por lutas sociais, no qual, absorveu a representatividade da sociedade fixando-se como valoroso espaço para a participação social no manejo juntamente com o executivo, das políticas públicas de saúde.

A partir da determinação da criação dos conselhos de saúde, pela Lei nº 8.142/90, se faz necessário à definição de um conceito concreto sobre a função do mesmo, estes são entendidos então, como instâncias de ação política, capazes de articular no campo da saúde, os anseios do Estado e da sociedade. Passando a fazer parte da configuração institucional setorial, com a incumbência de garantir o cumprimento do princípio constitucional da participação da comunidade e assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde do SUS. (LABRA, 2005, apud MARTINS, 2007, p. 16).

Conforme as atribuições legais, a composição dos Conselhos de Saúde deve ser mista, incluindo em porcentagem 25% representantes do governo e prestadores de serviço, 25% de profissionais de saúde, em condição paritária com 50% os representantes dos usuários, escolhidos por associações da sociedade civil. Neste sentido, os Conselhos de Saúde são considerados uma estratégia institucional que tem por finalidade não só abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, mas reforçar a dinâmica social no sentido de sua organização em associações de interesse, para facilitar a disseminação da cultura participativa própria de uma comunidade cívica, que encontra igualdade, solidariedade, confiança e tolerância dos seus princípios fundamentais (FIGUEIREDO, 2001, NORONHA & SOARES, 2001, apud MARTINS, 2007, p. 16). Plasma-se então, que sua composição é heterogênea, única e plural, assim como a própria sociedade, daí sua singularidade.

Corroborar-se Carvalho e Barbosa (2010) que a partir daí as ações governamentais serão submetidas a organismos colegiados oficiais, como os Conselhos de Saúde (representação paritária entre usuário e prestadores de serviços) e serão consagradas à descentralização político-administrativa e a participação social.

Considerando estas veredas conceituais, enaltece-se a participação social intrínseca a descentralização, que, no âmbito desta pesquisa propõe ênfase aos municípios por ser o ponto de partida dos serviços e ações de saúde, do qual, sua representatividade se revela via os Conselhos Municipais de Saúde, que surgem no cenário brasileiro depois de inúmeras tentativas de firmação da descentralização e municipalização político-administrativa, sendo um importante espaço para o controle social na saúde.

A descentralização, que no período anterior enfatizava a transferência de atribuições visando ganhos de eficiência, passa a incorporar a dimensão de redistribuição do poder, favorecendo a democratização das relações entre o Estado e a sociedade, mediante novas modalidades de arranjos decisórios – especialmente os conselhos – e novos padrões de acesso aos serviços. [...] A importância crescente da ação municipal, especialmente na área social, desde a década de 1990, chama a atenção para um conjunto de abordagens inovadoras para o estabelecimento de novas esferas de participação e negociação entre os atores envolvidos nas políticas públicas. O grau de descentralização varia também, conforme a dinâmica social e política interna a cada municipalidade. (RUA, 2009, p. 48).

Deste modo, o processo de municipalização confere relevância aos municípios na organização político-administrativa e amplia a autonomia local sobre o controle fiscal e político. No setor saúde, a norma vigente define que cabe aos Conselhos de Saúde o exercício de tal controle. É também função dos conselhos de saúde gerenciar o processo de descentralização, conduzido e operacionalizado por meio de comissões intergovernamentais para promover uma ação integrada entre as três esferas de governo gestores do SUS. “O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde”. (BRASIL, 2009 apud SOUZA, 2011, p. 10).

Conclui-se que, o CMS são órgãos que tem importante papel na descentralização, tendo como finalidade a consolidação de uma das diretrizes do SUS – a participação social; e por isto, envereda nesta representatividade no controle do cumprimento das ações de saúde local, sanando prioritariamente as necessidades mais urgentes, na fiscalização de sua aplicabilidade, e na promoção da participação da população no pensar e fazer saúde.



### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa.

De acordo com Gil (2008), as pesquisas exploratórias permitem conhecer mais e melhor o problema, como nos levantamentos bibliográficos, estudos de caso, estudo de campo. A mesma tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, criando problemas e hipóteses para pesquisas posteriores.

Segundo Andrade (2007) na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência do pesquisador

A abordagem qualitativa conforme Minayo (2006) busca compreender o problema sob a perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, trabalhando seus significados, aspirações, valores, atitudes das ações e relações humanas, enfatizando o contexto social no qual o indivíduo está inserido.

#### 3.2 Local da pesquisa

Local segundo Minayo (2006) é a área geográfica onde se realiza a pesquisa, ou seja, o local onde o pesquisador colhe os seus dados, podendo acontecer em instituições de saúde, associações comunitárias e laboratórios, dentre outros.

A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde, onde se reúnem os membros do Conselho Municipal de Saúde, situada na cidade de Serraria-PB. A escolha do local deveu-se à facilidade de acesso oferecido, pelo fato de um dos participantes trabalhar na referida cidade.

A nível informacional, o município de Serraria-PB está situada na Zona Fisiográfica do Brejo Paraibano, tendo como municípios limítrofes: Pilões, Pilõezinhos, Areia, Borborema, Arara, Solânea e Bananeiras. Encontra-se a 123 quilômetros da capital. A área do município é de 177 quilômetros quadrados; tendo como altitude 526 metros em relação ao nível do mar. Possui população estimada de 6.218 habitantes. A principal atividade econômica baseia-se na agricultura, no entanto, parte da população exerce suas atividades profissionais atrelada à prefeitura. A região é rica em serras (favorecendo o clima frio) onde se desenvolve a lavoura da cana-de-açúcar, ainda encontrando engenhos em funcionamento. É

uma cidade de porte pequeno, com quatro colégios – municipais e estaduais na zona urbana; pequenos supermercados; um sindicato de trabalhadores rurais; Fórum; a Emater; Câmara Municipal; a maioria exerce a religião católica, porém, há duas igrejas evangélicas; um hospital – Hospital Distrital de Serraria; um posto de saúde – UBS Maria Antonieta de Carvalho; uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; e por fim, a Secretaria Municipal de Saúde.

### 3.3 População e amostra

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) população é um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados. Quando se extrai um conjunto de observações da população, ou seja, toma-se parte desta para a realização do estudo, tem-se a amostra.

Da população fizeram parte todos os conselheiros que compõem o Conselho Municipal de Saúde. A amostra foi constituída por oito (8) membros representando vários setores da sociedade, que de acordo com sua autonomia em participar da pesquisa, o entendimento sobre a participação social foi delineado.

### 3.4 Instrumento para coleta de dados

O trabalho foi desenvolvido por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas mediante realização de questionário constituído por perguntas relacionadas à temática em questão, com finalidade de suscitar manifestações de opiniões dos sujeitos entrevistados. Contudo, a fim de garantir o anonimato dos entrevistados, foi solicitado que cada um escolhesse um nome fictício e, posteriormente, todas as respostas foram transcritas, respeitando sua fidedignidade.

### 3.5 Procedimentos para coleta de dados

Após o projeto ser aprovado e apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, com aceitação e autorização das instituições envolvidas nesta pesquisa, incluindo a Secretaria de Saúde do Município de Serraria – PB, as informações foram coletadas nos meses fevereiro e março de 2015.

### 3.6 Análise dos dados

Após coleta os dados foram analisados qualitativamente, através da “Técnica de Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2004) se vale da comunicação como ponto de partida para a produção de inferências. Para o mesmo autor o ato de inferir significa a realização de uma operação lógica, pela qual se admite uma proposição em função de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras, através das seguintes fases:

- Fase de exploração do material ou de leituras flutuantes do corpus da entrevista (pré-análise).
- Seleção das unidades de análise ou unidades de significados, quando o pesquisador se orientará pelas questões da pesquisa que necessitam ser respondidas. Nesta fase, as unidades de análises podem ser constituídas por palavras, frases, parágrafos ou textos completos, com interesse direcionado para a análise temática.
- Processo de categorização e subcategorização, operação de classificação, onde os elementos constitutivos do conjunto são diferenciados e seguidamente reagrupados segundo os seus graus de proximidade e a capacidade de exprimirem significados importantes para o atendimento dos objetivos da pesquisa e promoção de novos conhecimentos.

### 3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisa preconizados pela Resolução nº 466/12 do CNS/MS, que destaca a autonomia dos participantes submetidos à pesquisa, como também a garantia do anonimato dos entrevistados, de forma a assegurar a privacidade e o sigilo. Foi assegurado o sigilo sobre as confidências dos entrevistados de modo a evitar constrangimentos e outros riscos que venham a prejudicar os participantes.

Para a efetivação da pesquisa e sua integralidade, o participante fará ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que de acordo com as suas

disposições, assinaram as duas vias – conforme sua vontade, ficando uma a seu poder, e outra com o pesquisador; concordando assim, em participar da pesquisa.

### 3.8 Financiamento

Todas as despesas para o desenvolvimento do presente estudo foram de responsabilidade da própria pesquisadora participante. A Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Pólo EAD, disponibilizou os orientadores e o acervo literário da sua biblioteca.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após leitura do material coletado, foi desenvolvido um arcabouço formal que facilitasse a identificação dos significados do texto que está sendo analisado, assinalando e classificando as unidades de registro, de maneira objetiva, a partir do direcionamento dessas mensagens para receptores distintos. Utilizou-se a análise categorial, que permite o desmembramento do discurso em categorias, cujos critérios de escolha e delimitação orientaram-se pela dimensão da investigação dos temas relacionados aos objetivos da pesquisa e identificados nos discursos coletados.

Para tanto, ressalta-se o fato ocorrido em relação à amostra, no qual ficou especificado que fariam parte desta pesquisa os oito membros do Conselho Municipal de Saúde - CMS, porém, no transcurso da coleta, houve a desistência de dois, os mesmos justificaram a não participação por receio em responder as questões e por razões que cercam o meio político. Assim, desenvolveu-se o estudo com os seis membros restantes, justificando o ocorrido e sanando qualquer dúvida que sobressai-se sobre isto.

Nesta perspectiva, orientando-se pelas dimensões da investigação dos temas relacionados aos objetivos da pesquisa, procedeu-se com o agrupamento das categorias e subcategorias abaixo demonstradas.

A primeira categoria temática, emerge como **Construção da consciência social no Conselho Municipal de Saúde pautada na diretriz de participação social**, dividida em duas subcategorias: **A percepção conceitual dos conselheiros sobre participação e controle social** e **A participação social como instrumento relevante no processo decisório das políticas públicas de âmbito local**.

Reitera-se que tal categoria fora posta propositalmente por acreditarmos que conhecimentos conceituais são básicos e importantes para apreensão das percepções que sustentam os membros do conselho perante as suas atribuições e experiências, assim, como é extremamente necessário que o CMS reflita sobre a temática no intuito de avivar o sentido de participação e controle social. É necessário saber o que é, para saber fazer!.

Ao refletirem sobre a participação e controle social, os conselheiros apresentaram concepções bastante semelhantes referindo-se que a participação social é um direito e uma responsabilidade, do qual, representantes da sociedade atuam como agentes fiscalizadores e no processo de decisão das ações; que o controle social é a execução das atividades que dispõe o conselho; como também, atrelando o conceito de participação e controle social a uma

só definição, um fato que ocorre comumente entre eles e a população, que ainda não enxergam a diferenciação das mesmas. Esse entendimento é encontrado nos seguintes trechos:

*“A participação social é um direito e dever de todos, é ser um cidadão ativo, participante, democrático, fiscalizador. A participação da sociedade permite que se efetive a cidadania e a democracia, em busca das melhores soluções. É neste espaço que podemos opinar, assumir responsabilidades, sempre pensando no coletivo para as tomadas de decisões e execuções das políticas públicas; é a melhoria da saúde”. (Ana).*

*“A participação social na saúde, é quando a sociedade pode participar, decidindo o que é bom para a saúde e para a comunidade. O controle social é o que nós fazemos no conselho, participamos das reuniões, falamos sobre os problemas que tem no nosso município, e decidimos as ações que serão postas em prática para o bem de todos”. (Rose).*

*“Participação ou Controle social é a participação de entes da sociedade na gestão pública, na fiscalização e no monitoramento das ações desenvolvidas pelas gestões públicas”. (Pedro).*

Vislumbra-se que a participação social emerge da ideia de cidadania, identificada como um meio de exercer a democracia adquirida a partir da redemocratização e ampliação dos direitos sociais – nesta os da saúde, advinda com a promulgação da Constituição Federal de 1988, para que se efetive imersa num espaço social – como o CMS, onde são debatidos, priorizados problemas, e planejados ações em prol da melhoria de saúde local. Figurando nas opiniões uma participação que beneficie os interesses comuns de um coletivo. E esta afirmação sustenta o que diversos autores defendem a respeito da participação social, em formar uma cultura participativa através da democracia participativa.

Reitera-se o fato em relação em algumas falas escritas, no qual, sugere-se inferir que a apreensão conceitual de participação e controle social parece-nos advir de opiniões pré-concebidas, regadas de um ato mais mecânico do que conscientizador de cunho social, de cujo história do ideário é um tanto desconhecida pelos mesmos, situando-se em conceitos e funcionalidades desempenhada pelo CMS e pelos próprios conselheiros.

Segundo Figueiredo et al (2001 apud MARTINS, 2007, p. 16) os conselhos de saúde são considerados uma estratégia institucional que tem por finalidade não só abrir os postos do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, mas reforçar à dinâmica social no sentido de sua organização em associações de interesse, para facilitar a disseminação da cultura participativa própria de uma comunidade cívica.

Nesse sentido, a participação social adquire uma amplitude de significados e ressignificados, que no transcurso da história política do Brasil, entre crises, reforma sanitária e estatal, ensejava a edificação de um iminente sistema de saúde que agregasse além deste, a universalidade e integralidade, suscitando no Sistema Único de Saúde – SUS, que inseriu a participação social como diretriz, mostrando uma política pública de saúde institucionalizada no espaço da democracia participativa, que valoriza o coletivo, que vislumbra holisticamente o indivíduo, que planeja e fiscaliza as ações de saúde, enfim; no qual, conforme Soares (2006, p. 2) “[...] a participação e o controle social nos Conselhos de Saúde, podem ser considerados outra grande conquista, pois se configuram como a principal estratégia para garantir a descentralização da saúde, por que defendem a articulação de diferentes sujeitos, com suas diversas representações”.

Consonante a afirmação anterior, tamanha conquista democrática está à altura de um grande objetivo, que é o de assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos da cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal e equitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo. E tudo isso efetivado por um modelo de gestão descentralizado e participativo, que otimiza os resultados com qualidade. (BRASIL, 2002).

Conclusivamente, Lacerda (2013, p. 53) discorre ressaltando que “a construção da participação e do controle social se dá quando cada cidadão se percebe partícipe do processo de construção do SUS e exerce seu direito de controle social sobre o Estado nos microespaços”.

Em relação à participação social como instrumento relevante no processo decisório das políticas públicas de âmbito local, os entrevistados mencionaram positivamente sua importância no manejo dessas políticas, no qual como conselheiro pode decidir ações para sanar as principais necessidades da população; um associou estas políticas aos que apresentam condição de fragilidade econômica como principal necessitado dessas intervenções; outro, expôs que a representatividade amplia os horizontes das metas e confecções das ações de saúde; e por fim, uma ressaltou o empoderamento do povo nesta empreitada, posto que é para este que os serviços de saúde são dispensados, e por isto, é o que realmente tem autonomia de decidir o que é melhor para a coletividade e para si, pelo fato de ser conhecedor da realidade de saúde local. Atesta-se com a escrita abaixo:

*“[...] é através destes cidadãos que conseguimos identificar os principais questionamentos da sociedade mais pobres e tomarmos as decisões corretas”. (Pedro).*

*“A participação social é muito importante para que o povo possa decidir sobre as ações de saúde que serão realizadas no município; pois o povo sabe do que necessitam, conhecem como ninguém os problemas que existem na sua comunidade, e por isto, devem sim participar dos processos decisórios das políticas públicas de saúde local. O povo que conhece sua realidade, e portanto, é ser influenciador da saúde que irá receber”. (Rose).*

*“[...] a pluralidade, a representação social, nas mais diversificadas áreas de promoção social humana, contribui ricamente na apreciação e elaboração de metas e políticas que tenham como foco o desenvolvimento humano, no caso focado nas ações de saúde do município”. (Lucas).*

Atinente ao contexto, Souza (2011, p. 12) diz que “é fundamental que haja a participação da sociedade, discutindo e apresentando suas necessidades junto à gestão local, na tentativa de viabilizar soluções que resultem em melhorias para a saúde de todos”. Dessa forma, ela é um elemento essencial para proporcionar mudanças significativas e contribuir no desenvolvimento da política de saúde local.

Nesta perspectiva, a participação social deve ter a visão da coletividade, onde setores da sociedade dispõem suas experiências, realidades e percepções, como meio contribuinte na construção de um objetivo comum para o melhoramento dos serviços de saúde e conseqüentemente da qualidade de vida da população e mudança da realidade local. E esta forma de poder, incidente e decisivo na gestão das políticas públicas de saúde, deve ser trabalhado e incentivado através do esclarecimento a população quanto à participação social, a existência e o caráter institucional desta via conselhos, fazendo conhecer, que está nas mãos de quem conhece os problemas da comunidade a verdadeira solução e decisão, criando e incentivando uma consciência social que advenha com o mesmo significado de luta e mudança inicializado na Reforma Sanitária, e que legou-nos nosso sistema de saúde atual, do qual, somos partícipes.

Portanto, torna-se pertinente citar Júnior e Martins (2014) quando refere que para o modelo de empoderamento, a participação tem um fim em si mesma e seu propósito é a conquista do poder pelas comunidades para interferir nas decisões que afetam suas vidas.

Discursivamente, é essencial destacar que a construção do controle social dentro de um espaço participativo de saúde – como o CMS, torna-se importante para a população, pois amplia a descentralização das decisões e a população pode acompanhar, avaliar e indicar



prioridades para as ações de saúde. (SORATTO, 2010, p. 1231). Assim, a capacidade da sociedade de criar, construir e implementar as várias formas de participação, guarda relação direta com o grau de consciência política, de organização e de mobilização da própria sociedade. Uma questão central para a efetiva participação da sociedade no Sistema Único de Saúde passa pelo fortalecimento, o aprimoramento e a qualificação dos mecanismos de participação social para o pleno exercício de sua competência prevista pela legislação (BRASIL, 2002, p. 152).

A segunda categoria temática O **Conselho Municipal de Saúde como instância para o exercício da cidadania e espaço para a Participação Social** foi dividida em duas subcategorias: a primeira esboça O **espaço institucionalizado como controle social em saúde**; a segunda discorre sobre os **Avanços e desafios para a Participação Social efetiva no controle das ações de saúde pública local**.

Essa categoria temática refere-se à atuação do CMS quanto espaço social para o desenvolvimento e contribuição na implementação das políticas públicas conjuntamente com o executivo para a mudança da realidade de saúde local; assim como, identifica e discute os principais avanços e desafios da participação social frente a sua efetivação.

É interessante enfatizar a importância desta categoria, devido à essência extraída dos relatos escritos ao que se relaciona ao foco concernente a pesquisa monográfica em questão, contextualizando a realidade vivenciada pelos executores do conselho em confronto com o que se apregoa constitucionalmente. O que lega uma reflexão valorosa e condizente as políticas públicas de cunho municipal.

Referente à atividade articulatória do CMS conjuntamente com o executivo, os entrevistados expressaram opiniões diferentes que não se coadunam; esboçaram por um lado uma relação de reciprocidade, onde são debatidos e priorizados os problemas de saúde, exercendo efetivamente o controle social, em prol da aprovação de resoluções e das implementações das ações no qual estas estão surtindo efeito de melhoramento dos serviços ofertados; e outro afirmou que apesar de ser conselheiro, não é atuante, não participa ativamente das reuniões e nem da tomada de decisões, gerando dúvida quanto ao manejo das políticas públicas que decerto são direcionadas tão somente ao gestor que compõe a secretaria de saúde, inferindo uma configuração de centralização das decisões focalizada a suas prioridades e interesses, ferindo o princípio de participação social como agente decisório. Esses entendimentos reproduzem-se seguidamente:

*“A articulação entre o governo e sociedade, tem sido consideravelmente de discussão, apreciação e de promoção, já que todos os segmentos representativos se completam, se constroem, na política pública de desenvolvimento social na saúde, seja em qualquer área, sempre haverá interligação, e desse modo deve sim interagir entre si, sociedade e governo. No tocante a modificação da realidade da saúde no município, esta tem sido o foco principal, que de forma construtiva tem sido constantemente elaborada, repensada e executada, analisando e obtendo cada dia melhores resultados, dentro das necessidade e possibilidades”. (Lucas).*

*“Quando nos reunimos, debatemos sobre o que será feito para que a saúde local melhore, definimos prioridades para as principais necessidades, analisamos o que será melhor para o município. [...] Por isto, acredito que até agora essa parceria tem dado certo, e que tem modificado e contribuído para mudar a saúde local”. (Rose).*

*“[...] através do Conselho de Saúde, aprovamos algumas resoluções que só melhoram o atendimento ao público”. (Pedro).*

*“Quanto a minha participação no Conselho de Saúde, não a vejo como atuante, só participei de uma reunião, que foi justamente a eleição dos membros; não participo das tomadas de decisões das políticas públicas de saúde do município. Creio, mas não posso afirmar que todas as tomadas de decisões girem em torno da secretaria de saúde”. (Ana).*

Diante desses relatos, evidencia-se a divergência de realidades apesar de comporem o mesmo conselho e de terem objetivos e funções comuns, configurando visões individuais de atuação no exercício do controle social, no qual, sugere-nos a face de um conselho cinemático, e outra face que expõe sua inércia a coerção da gestão. Assim, são percebidos de maneira dúbia, que não se pode precisar a verossimilhança dos fatos em relação ao que se verificou nas falas a respeito do controle social imerso no CMS.

Relaciona Lacerda (2013, p. 52) que “os Conselhos de Saúde constituem-se em espaços contraditórios e tensos à medida que tem diferentes interesses em disputa; nessa perspectiva, são reconhecidos como o “locus do fazer político” e assentam-se na concepção de participação social”.

Dessa maneira, remete-nos a reflexão sobre a necessidade do fortalecimento da participação e controle social nos conselhos e de como são conduzidos estes espaços, no intuito de não permitir a submissão da legitimidade e coletividade das decisões em detrimento aos ditames para conforto do executivo, do qual, deveras usufrui do conselho como mero utensílio de manejos políticos. Todavia Soratto et al (2010, p. 1231) enfatiza que “a questão norteadora aqui é a fragilidade da representação, que não possui informação e capacidade argumentativa e, portanto, pouco opina e torna-se manipulável”.

Entendemos que a mera existência do Conselho formado, funcionando com a participação dos conselheiros, efetivado dentro do que preconizado a lei, não é prerrogativa de sua legitimação. Mais do que isso, é necessário esclarecimento e instruções precisas a respeito do papel do conselheiro e da finalidade do conselho, e o silenciamento advindo da falta de preparo não pode ser superior à prática legal da participação e controle social (CORTÊS, 2002, p. 2).

Cabe necessariamente refletir, sobre os problemas que existem na implementação dessas políticas que comprometem sua eficácia, cujo estão relacionados à composição e representatividade nos conselhos, no qual, têm sido frequentes e difíceis de serem solucionados. Muitos dos espaços de participação social não respeitam os princípios de paridade, e os critérios de escolha de seus membros não são claros. Observam-se, em muitos casos, interesses políticos na escolha dos conselheiros e, desta forma, estes acabam por não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos comuns. (MOIMAZ; SCHNEIDER; TIANO et al, 2013, p. 15).

Verifica-se ainda nas falas escritas, um qualificando sua atuação quanto conselheiro atrelada à atuação como profissional de saúde, cujo acredita ser um fator importante de contribuição para mudanças da realidade de saúde já que encontra-se imerso na desenvoltura desses serviços, no qual as decisões do conselho são incidentes; porém, conclui fazendo uma ressalva sobre a deficiência do sistema de articulação no princípio da integralidade, expondo a afirmativa sobre o desejo de aproximação entre o executivo e o conselho, e que este último tenha maior autonomia. O que convém por ênfase nesta, como caráter de associação entre a representatividade no conselho e o profissional que vive a realidade de saúde local, posto que, apesar desta relevância, não se pode atribuir apenas a atividade profissional na implementação das políticas públicas do município, o conselho apresenta uma atuação que tem como alicerce uma consciência social abrangente, além de atividades laborais, justamente pelo fato de ser o conselho um espaço deliberativo e reflexivo das questões que concerne as políticas de saúde local. Verifica-se abaixo:

*“Minha atuação resume-se a todas atividades inerentes a ESF, do qual, desempenho com dedicação o profissionalismo, pois, tenho responsabilidade quanto a preservar e promover a saúde preconizados pelo Ministério da Saúde. Certamente não acho suficiente, posto que, o sistema às vezes atrasa e dificulta certas intervenções, o que “quebra” o princípio de integralidade, principalmente ao que se refere a referencia e contrarreferencia. Almejo que haja uma maior atuação do conselho, e que ele tenha mais autonomia de modo despretenioso”. (Laura).*

Ratifica-se o desempenho dos Conselhos de Saúde com a Resolução 453/2012, que, considerando que os Conselhos de Saúde (CS), consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam pólos de qualificação de cidadãos para o controle social nas esferas de atuação do Estado. [...] Assim, os CS são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas na administração de saúde.

Ressalta-se que, os Conselhos foram incorporados à Constituição, na suposição de que se tornariam canais efetivos de participação da sociedade civil e formas inovadoras de gestão pública a permitir o exercício de uma cidadania ativa, incorporando as forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas destinadas a solucioná-las. (GERSCHMAN, 2004, p. 6 IN NUNES 2009).

Contudo, ainda existem várias lacunas nas vivências dos conselheiros do CMS para a verdadeira prática do controle social; que transcorre na representatividade quanto atores sociais incisivos e resolutivos nos manejos decisórios das políticas públicas; que resgate o sentido da cidadania almejado mesmo antes da Reforma Sanitária; que construa e valorize a democracia participativa, para que não se esvaia a grandeza do significado de luta social pelo qual se inseriu constitucionalmente; que os conselheiros sejam capazes de problematizar, formar opinião, argumentar, fiscalizar, interagir com a sociedade e o gestor construtivamente na aplicabilidade das políticas públicas, em benefício de um fazer saúde comprometido com as reais necessidades da população, e não tão somente existir teoricamente e restritamente.

Os avanços e desafios para a participação social efetiva no controle das ações de saúde pública local, outra subcategoria, intensifica-se atentando-se que, deverasmente, a efetivação da participação social é um processo que se desvela gradativamente, posto que, apesar do transcorrer de todos esses anos de sua inclusão constitucional, ainda há alguns entraves a serem superados e solucionados, que advém da falta de uma cultura participativa que alavanque incisivamente o sentido de ser manejador na formulação, fiscalização e deliberação das políticas públicas de saúde.

Atrelada a esta “deficiência social”, encontra-se a incidência coerciva e constante do executivo na gestão em saúde, do qual, contribui significativamente na realidade em que se configura o CS atualmente – como mero expectador arraigado a ordens verticalizadas, delineando-se submissamente, fragmentando a relevância da participação social.

Em consonância com este contexto, os entrevistados quando indagados sobre os avanços considerados da participação social no controle das ações de saúde local, demonstraram que se remetiam principalmente a: participação do povo nos processos decisórios, e na representatividade destes num órgão oficial – o CMS, onde obtém poder

deliberativo para a investida de mudança da saúde; porém, um apresentou uma opinião bastante pessimista quanto à articulação - Conselho e gestão. Ratifica-se com aos escritos abaixo:

*“O principal avanço foi à integração do povo nas decisões sociais da comunidade em prol da saúde”. (Maria).*

*“O principal avanço que enxergo, foi à criação do conselho, onde pessoas da sociedade puderam participar dos processos decisórios, na definição e implementação das ações de saúde; e muita coisa já foi posta em prática, fiscalizada e acompanhada”. (Rose).*

*“Os avanços quase não existem, pois falta um maior apoio por parte dos gestores”. (Pedro).*

É notório que os avanços considerados pelos entrevistados se mostram envoltos a obviedade da consolidação da participação social nas decisões públicas de saúde, onde o conselho implica sua representatividade no desenvolvimento das ações; o que infere-se dizer que os mesmos evidenciam uma visão restringida a conquista de participação social via CMS perante a implementação de algumas ações, não havendo mais nada a considerar como avanço. Decerto que é imensamente valoroso a garantia da participação da população nos processos de gestão, mas, tanto tempo transcorrido e parece-nos que tal conquista ficou presa a sua própria definição e função, sem mais nada a dizer sobre o poder de sua incidência, modificações, perspectivas e construção da consciência social.

É inegável que a institucionalização da participação social contribuiu para avanços na consolidação da implantação do SUS e para o processo de democratização da gestão pública. A partir da experiência realizada na área de saúde, é que foram assegurados os mecanismos de participação social em outros setores das políticas públicas. (LACERDA, 2013, p. 51).

Destaca-se assim, que apesar destes avanços, a realidade dos CMS apresentam significativas fragilidades, que não correspondem com as expectativas de mudanças na direção das veredas da gestão pública, no intuito de tornar efetiva a correlação entre o executivo e o conselho, favorecendo o fortalecimento da cidadania e garantia dos direitos sociais, principalmente o da saúde; expondo problemas de extrema burocratização, pouca capacitação técnica e política dos atores sociais, desvalorização, desinteresse e falta de autonomia para agir.

De acordo com Guizardi e Pinheiro et al (apud CORTES, 2002, p. 51) estes concordam que existem avanços no contexto dos conselhos e que a conquista desses espaços de participação foi um fator decisivo na organização de uma institucionalidade democrática, sem o qual o direito à saúde não poderia efetivar-se como direito de cidadania. E Cortes et al (2002) ainda complementam reconhecendo que a participação social no CS teve influência importante na relação à inserção do conselheiro na vida social, comunitária e política, pois desperta uma cultura cívica.

Conforme enaltece Soratto e Witt (2013, p. 93) “esta participação ativa da sociedade faz-nos refletir que mesmo dentro de um local formativo, que configura um mecanismo de representação de interesse, tem-se a necessidade de nos apropriarmos das relações dialógicas e principalmente fazer deste local um campo de decisão que leve em conta também os interesses populares, e seja um espaço de aprendizagem e avanço do setor saúde”.

No que tange aos desafios enfrentados e identificados no discurso dos entrevistados, estes foram bastante enfáticos e unânimes ao relatarem que os principais remetem-se: a falta da participação da população nas reuniões do conselho, como também a de motivação dos próprios conselheiros para serem mais assíduos nestas reuniões; o desinteresse da sociedade em participar ativamente das decisões como conselheiro; o desconhecimento sobre o CMS; de poder ser um ator social influente nos processos decisórios das políticas públicas local; da falta de uma consciência social que o instigue a querer atuar como representante da sociedade. Tais afirmações expõem-se a seguir:

*“Talvez seja uma das maiores dificuldades - a participação popular nos conselhos municipais, tendo em vista a falta de interesse por parte de alguns setores da sociedade, bem como também da ocupação da maior parte da população, fazendo assim com que se abstenham, ficando a participação um pouco prejudicada”. (Lucas).*

*“[...] o maior desafio que encontramos é trazer tanto os próprios membros do conselho como a população em geral para participar das reuniões”. (Pedro).*

*“O desafio é que a população não participa das reuniões do conselho, alíás, acho que nem sabem o que é, para que serve, e que existe”. (Rose).*

*“A partir da participação social é que a população garante a efetivação do exercício da cidadania e execução das suas reais necessidades. Poucos são os cidadãos que se habilitam em fazer parte do CMS, é um desafio encontrar representantes! Se existisse uma maior participação, conseguiríamos exigir melhoras”. (Ana).*

Reitera-se o fato abordado pelos entrevistados em relação ao que identificaram como desafios no controle das ações de saúde local, engendra-se inferir que apesar da diretriz de participação social ser considerado um grande avanço no processo do fazer saúde, e no caráter democrático que foi ofertado, do qual, promoveu abertura para que a sociedade tornasse partícipe da gestão de cunho decisório nas políticas públicas; com toda sua significativa importância transcorrida durante os anos, com reformulações e adequações, mesmo assim, a participação social deambula timidamente, incipiente, e iminente ao total desconhecimento daqueles que um dia a almejavam, tornando-se somente um instrumento, uma via de acesso para que o governo possa implementar as ações de seu interesse.

Não obstante bastasse à gravidade da não participação e total desinteresse da população em exercer sua cidadania participando da gestão; atesta-se conforme os relatos acima, que os membros dos conselhos encontram-se desmotivados e também desinteressados em atuar e prestar sua contribuição nas decisões de saúde deliberadas nas reuniões, o que delineia uma realidade sustentada no aspecto da indiferença, da perda de confiança e vontade na investidura das atribuições do CMS. Reforça Silva (2008, p. 257) que “a fragilização da participação social acaba por “prejudicar a eficácia do controle” por deixar ausentes àqueles que deveriam protagonizar o controle social da política”.

Enaltece-se que, o diminuto envolvimento da população refere-se à escassa informação sobre a existência dos conselhos e a pequena divulgação sobre o funcionamento e as atividades desses fóruns. Tal situação leva ao desconhecimento da população sobre os objetivos, as funções e a atuação dos conselhos, resultando em baixa adesão das comunidades nos processos decisórios locais. (LABRA, 2009). Quanto à motivação e ao envolvimento dos conselheiros ao seu desempenho, nota-se que estes parecem ter apenas a presença física, e que participam do conselho por obrigação ou outro fator relacionado ao gestor. Consequentemente gerando descrédito e desestruturando a legitimidade desses espaços.

Alguns obstáculos são muitas vezes apontados para a efetiva participação dos Conselhos de Saúde no processo decisório da política de saúde: resistências do executivo, renúncia de grupos sociais à participação cotidiana, falta de informações para um funcionamento adequado ou insuficiência de capacitação dos conselheiros (CARVALHO e BARBOSA, 2010, p .42).

Ainda imbuído nesta deficiente perspectiva, um dos entrevistados enfatiza que o maior desafio direciona-se a pouca autonomia do conselho ao que concerne toda a sua conjuntura funcional, um fator que merece destaque, por que de acordo com outros autores, esta é a principal problemática que contribui para o precário funcionamento dos conselhos. Conforme

relatam Serapioni e Romani (2006) consideram que, a autonomia precisa ser preservada para que haja uma atuação mais comprometida com a melhoria dos problemas encontrados pela sociedade, e não apenas de projetos políticos. É necessário que haja uma convergência entre estes dois pontos, elevando o Conselho, assim, à posição de co-gestor do Sistema Único de Saúde em todas as esferas de governo. Incluí-se abaixo:

*“[...] o maior desafio é por que o conselho não tem autonomia, juntamente com a falta de vontade da parte do executivo”. (Maria).*

Urge a questão de que os conselhos apresentam sérios problemas de independência e autonomia, com limitado poder de interferir e controlar o desenvolvimento das políticas. (BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008).

Ressalta-se que, o descrédito e o tímido envolvimento da população são, sobretudo, determinados pela descrença nos mecanismos de participação, o que, por sua vez, reflete a descrença no próprio SUS. Torna-se necessário o rompimento do ciclo vicioso estabelecido – em que as debilidades desestimulam o envolvimento da população, e, por sua vez, a baixa participação não induz à melhoria dos serviços prestados – e o desenvolvimento de um novo ciclo virtuoso, em que se promova continuamente o estímulo a participação social através da mobilização comunitária através de palestras, oficinas, dentre outras formas que podem ser empregadas em outros espaços sociais, para que se resgate o sentido de valorização da democracia participativa na gestão (BISPO JÚNIOR e MARTINS, 2014, p .450).

Mediante o contexto engendrado, os entrevistados propuseram sugestões para viabilizar a participação social via CMS, do qual, situaram-se suas opiniões no desenvolvimento de um trabalho de mobilização social no sentido de instigar e criar uma consciência social, possibilitando a população envolver-se; conhecer e construir uma cultura participativa, para que haja fortalecimento do controle social; entender sobre as atividades do conselho, e de empoderamento perante as políticas públicas. Observa-se nos trechos:

*“O que falta para viabilizar a participação da sociedade é conscientizar a população sobre a importância e o poder que tem o conselho nas tomadas de decisões”. (Pedro).*

*“Acredito que para viabilizar a participação social via conselho, seria necessário realizar um trabalho de mobilização social para que a população conheça e saiba que pode participar dos processos decisórios e ser membro do conselho”. (Rose).*



*“É preciso que a comunidade se envolva mais, e tenha consciência dos seus direitos e deveres”. (Ana).*

*“[...] falta um pouco de cultura de consciência da população a respeito do que são políticas públicas em geral; bem como não são sabedores da importância e da força da sociedade na produção das mesmas”. (Lucas).*

*“É preciso despertar na sociedade o interesse em participar, uma vez que a população tem um papel importante na melhoria e no fortalecimento das ações prestadas pelos serviços de saúde”. (Laura).*

Imbuídos nesta perspectiva de viabilidade, é necessário que se implemente um trabalho de mobilização e conscientização social que resgate o sentido de discutir os problemas da saúde para a melhoria da realidade local, a partir do estímulo ao intento, com ações educativas sobre o que concerne a participação social; orientá-los quanto órgãos de representatividade social (incluído o CMS), do qual, podem atuar conjuntamente, participando das reuniões, expondo suas percepções e aspirações sobre as problemáticas de saúde urgentes e iminentes, no intuito de priorizá-las e saná-las; e aumentar o conhecimento dos mesmos referente à condição de atores sociais, construtores, contribuintes e modificadores das políticas públicas de saúde do seu município, na perspectiva do controle social. Um passo inicial e gradativo ofertado por este ato interventivo, direcionado a quem conhece a realidade e ao interessado maior do qual toda a conjuntura articulatória dos serviços de saúde é engendrada – o povo. E por isto, valorizamos a construção de uma consciência social participativa para autonomia dada através do controle social e conseqüentemente a melhoria da prestação dos serviços de saúde no âmbito local.

Portanto de acordo com Souza (2011, p. 18) compreendemos o importante papel da sociedade civil organizada em participar ativamente da formulação, execução e fiscalização da política de saúde local na direção de proporcionar mudanças que viabilizem a preservação do direito de todos. São muitos os desafios postos para tal fim, a começar pela superação da falta de mobilização social, falta de conscientização da população de seus direitos e deveres, e até o descrédito em um sistema de saúde que tem gerado diversas insatisfações. Desafios que podem ser superados principalmente quando se investe o primeiro passo.

A terceira única e última categoria temática **A Educação Permanente como forma de capacitação para habilidade técnica dos conselheiros**, vem de forma enaltecer a relevância em capacitar os membros do CMS para que estes se vistam de propriedade intelectual, no intuito de ter aptidão técnica para intervir em suas atribuições e nas políticas públicas de saúde de âmbito local.

Um aspecto primordial nos resultados desta pesquisa, remete-se saber dos entrevistados, a respeito da necessidade de passarem por capacitações, com o objetivo de obterem maior respaldo técnico em suas atribuições, assim como, inteirarem-se sobre a importância dessas instâncias participativas como órgãos representativos dos vários setores da sociedade. Em consonância a este contexto, fixamo-nos apenas na categoria, ofertando ênfase a temática.

Para tanto, os entrevistados ratificaram a importância de submeterem-se a capacitações mesmo antes de assumirem a responsabilidade como conselheiro, concordando positivamente sobre esta necessidade, posto que, legaria-os uma maior autonomia nas intervenções e atribuições, no conhecimento sobre o que é o CMS, como funciona, e sua relevância histórica e social.

Consoante a esta perspectiva, alguns expuseram: a falta de conhecimento a tudo que concerne o conselho; a falta de preparo para atuar; de consciência social sobre o poder interventivo que tem; a pouca visibilidade no processo de escolha dos seus membros, que em grande parte é realizada em meio a interesses dos gestores; e até a dificuldade de capacitar-se virtualmente. Imersos nesta questão, vislumbra-se nos trechos a seguir:

*“[...] Todos os membros do conselho deveriam fazer capacitações antes de começarem atuar, pois assim, teriam mais autonomia em proceder suas atividades de conselheiro. Quando somos indicados pelo executivo para o conselho, chegamos meio perdidos das nossas atribuições, sem saber o que devemos fazer. Assim, acredito que a Educação permanente deveria existir de forma contínua, pois teríamos mais habilidade técnica em nossa atuação, e conheceríamos mais sobre o que é a participação, controle social e CMS”. (Rose).*

*“Com certeza há necessidade, por que a maioria dos membros sequer sabe sobre o poder que o conselho tem; a maioria aceita ser membro só por que uma ou outra pessoa influente perante a sociedade o pediu”. (Pedro).*

*“[...] sinto na pele essa deficiência em desempenhar minha função – falta essa capacitação técnica, que sirva de bússola frente às questões levantadas frequentemente. Por isso, é tão importante entendermos mais profundamente sobre nosso papel para podermos influenciar mais seguro daquilo que aprovamos nas reuniões”. (Maria).*

*“[...] toda capacitação enobrece o homem e suas ideias”. (Lucas).*

*“[...] falo por mim, sou leiga, não tenho nenhum conhecimento sobre o CMS. Me inscrevi numa pós-graduação virtual ano passado para conselheiros ofertada pelo MEC, mas, não obtive resposta”. (Ana).*

É interessante notar que, configura-se em todas as falas a problemática da falta de aptidão técnica para executar suas incumbências laborativas, do qual, a maioria assume a

função de membro sem mesmo ter um aparato teórico mínimo para que sua atuação seja efetiva e incisiva nas políticas públicas de saúde local, assim como, observa-se a forte intervenção do executivo na seleção dos seus membros, que são escolhidos sem um critério específico, sugerindo-nos através de um dos relatos dos conselheiros acima, que esta atitude advém pretensiosamente a valorizar seus interesses. Observa-se um desiderato significativo de um dos conselheiros em capacitar-se, como o que foi exposto ao buscar num curso virtual a solução para seu desconhecimento, porém, tão logo vindo com uma dificuldade por não obter a resposta satisfatória para o intento.

Acrescenta Souza (2011, p. 17) que, “a falta de capacitação dos conselheiros, a burocratização, o corporativismo, a partidarização e disputa de interesses dos conselhos em razão da interferência política, reduz sua autonomia”.

As iniciativas de capacitação dos conselheiros têm sido propostas para reforçar a relação da formação profissional com o controle social na gestão em saúde. A realização de capacitações dos conselheiros é de suma importância para o fortalecimento do controle social, vista que o repasse de informações sobre as leis que regem o SUS e os conteúdos que os conselheiros precisam dominar para o exercício pleno de suas atribuições são essenciais para a consolidação e compreensão do princípio de participação social. (MOIMAZ e SCHNEIDER, 2013, p. 18).

Convém mencionar que, perante a pouca ou quase nenhuma capacitação configurada nas falas dos conselheiros, intenciona-se dizer que parece-nos que governo não esboça interesse em capacitar os conselheiros, nem ofertam instrumentos para este intuito que favorecem o seu desempenho. Um fator agravante, que compromete a desenvoltura do CMS que deverasmente ficam susceptíveis a ordenação vertical do executivo. Realidade adversa ao que estabelece na Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS, que foi construída pelo Conselho Nacional de Saúde objetivando sanar este empecilho comum nos conselhos, referente à capacitação dos conselheiros, sendo um instrumento no fortalecimento da democracia participativa.

A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) fortalece os Conselhos de Saúde como protagonistas na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde nas três esferas de governo. Tendo como objetivo geral: atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2007, p. 11).

Ainda como efeito informativo para a promoção da confluência da realidade com os aparatos teóricos disponíveis para a capacitação do conselheiro, e conseqüentemente a efetividade do CMS, enseja-se enfatizar que no Pacto pela Saúde especificamente no Pacto de Gestão do SUS, há uma importante menção no qual destaca-se o apoio aos conselhos de saúde e conferências, no processo de formação de conselheiros, a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, a ampliação e qualificação da participação no Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

Diante desses contextos que envolvem a capacitação dos conselheiros através da Educação Permanente, fica claro reflexivamente que existem instrumentos disponíveis para que os membros possam munir-se intelectualmente e qualificar-se na aplicabilidade de suas atribuições, com a finalidade de efetivar a participação social e tornar vívido o sentido democrático pelo qual esta se envolve. Tece-se que, há duas vertentes em que impedem que tal objetivo seja empreendido, desvelando-se por um lado através da falta de empenho e incentivo do executivo, que acredita ser mais interessante deixar-se manipulável o conselho; e por outro, dado pelo próprio conselho, que permite-se submeter-se submissamente a gestão, contribuindo assim, para esta conjuntura de deficiência pelo qual, parte dos conselhos encontram-se atualmente.

Contudo, deve haver uma renovação na desenvoltura do CMS e principalmente na efetivação da participação social, posto que, conforme pode-se constatar nesta pesquisa, que o conselho – espaço participativo – por si não garante a participação social e muito menos o controle sobre as políticas públicas de saúde e conseqüentemente a melhoria da realidade de saúde local. Para tanto, apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos, existem ainda desafios a serem enfrentados. Esses desafios dizem que há lacunas nos quais podemos atuar, e que a solução pode estar na realização de programas de capacitação, não só de conselheiros, mas sim, da sociedade em geral, começando nas escolas e nas universidades. (SOARES, 2006, p. 1).

Com relação à participação social, há que se refletir sobre o tipo de participação e o nível de decisão efetivado; sobre a composição e a representação dos conselheiros; sobre a capacitação dos conselheiros, sobre o funcionamento do sistema; e sobre a transparência das decisões. (LACERDA, 2013, p.52).

Portanto, este estudo foi tecido com o sentido valoroso de conhecer e refletir sobre a realidade pelo qual encontra-se o CMS, posto que, acreditamos que a participação social é uma importante diretriz que vem carregada de uma significativa conquista de luta social, do qual, jamais deve-se deixar esmaecer sua incidência nas políticas públicas de saúde; assim

como, relegar esse direito constitucional ao desconhecimento e esquecimento. Acreditamos na participação social, na transformação que emana de si e do empoderamento do povo, basta integrarmos essa força em benefício de uma coletividade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diretriz de Participação Social sempre foi alvejado por muitas polêmicas, seja pelo fato que a partir de sua legalidade nas Leis Orgânicas de Saúde – LOS (ao nosso interesse institucionalizado e representado pelo CMS) os setores da sociedade puderam engendrar uma gestão participativa, sendo atores atuantes e influenciadores nos processos decisórios das políticas públicas de saúde – característica importante que apresenta-se envolto a uma árdua conquista que teve seu estopim na Reforma Sanitária; seja no que tange este processo articulatório entre o CMS e o executivo, o qual, oferta-nos a impressão que apesar do grande avanço que tivemos perante o significativo ideário de participação social, sua consolidação é ainda uma prática entrelaçada nas amarras teóricas do texto constitucional, esvaindo o sentido democrático e de exercício da cidadania aos ditames dos detentores do poder.

Partindo deste ato reflexivo, convém ressaltar o que relata Carvalho (2010) que nada há, na história do Estado brasileiro que se assemelhe aos Conselhos de Saúde da atualidade, seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidas, seja pela extensão em que estão implantados por todo o país, nas três esferas governamentais.

Infere-se dizer, que constatamos nesta pesquisa a partir dos relatos dos conselheiros, que a construção da participação social se promove numa desenvoltura gradativa e bastante lenta, posto que, no Brasil não há uma cultura participativa ativa, que advenha do sentido instigador, consciente e espontâneo, e isto, deve-se muitas vezes ao desconhecimento da população ao direito de atuar como articuladores de saúde, da existência dos CS, por próprio desinteresse da sociedade assim como dos conselheiros em efetivar suas ações, ou por não enxergar a relevância que existe no ato de ser contribuinte e incisivo nos processos decisórios pelo qual se desenvolve as políticas públicas de saúde.

Neste íterim, pôde-se observar que os membros do conselho expressaram que a sua atuação transcorre atrelada aos interesses do executivo, esmiuçando o caráter deliberativo e influenciador das políticas de saúde, que as mudanças empreendidas advêm do que a gestão prioriza, decerto diminuindo sua autonomia, restringindo-os a mera presença física sem a almejada participação. Fato agravante que se engrandece ainda mais com a falta de conhecimento tanto da população sobre o que é a participação social e sua finalidade, e principalmente, ao se deparar com conselheiros que não possuem aptidão técnica para engendrar suas relevantes atribuições e verdadeiramente serem representantes sociais. Desta

forma, ferindo o princípio da participação social, e assim, dificultando e diminuindo o poder de resolutividade sobre os problemas de saúde da comunidade.

Portanto, contempla-se esta realidade vivenciada pelos conselheiros, enfatizando que apesar dos grandes desafios e entraves pelo qual diminuem a efetividade da participação social, acreditamos no poder de transformação que o social tem, e para isto, é necessário implementar um trabalho de mobilização que objetiva estimular a sociedade para tornar-se partícipe das políticas de saúde, legando-lhes informações inerentes à importância histórica que tem a participação social, o empoderamento, o sentido democrático que há nesta empreitada, promover maior envolvimento do CMS; incentivar a consciência social para que se esvaia este círculo vicioso, e que o preponderante é o beneficiado. É necessário empreender o primeiro passo e tantos quantos forem necessários, pois juntos somos fortes.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 8º ed. São Paulo: Atlas, 2007.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1997.

BARROS, M. E. D. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde**. In: Incentivo à Participação Popular e o Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1998.

BISPO JÚNIOR, J. P; SAMPAIO, J. J.C. **Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil**. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, DC, v. 23, n.6, p.403-409, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social**: conselhos de saúde e financiamento do SUS. – Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal, 1990a. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as Condições para Promoção, Proteção e Recuperação de Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v.128, n.182, pp18055-18059, 20 set. Seção I, pt. 1. ). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 21 de outubro de 2014.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal. **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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 199: 28 dez (b). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em 21 de outubro de 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333 de 04 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p.57, col. 1. ISSN 1676-2339.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012**. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_12.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm)>. Acesso em 21 de outubro de 2014.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.



\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional para Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 20º ed. Brasília: CONASS, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS**. 2º ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 22 de outubro de 2014.

\_\_\_\_\_. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília – DF, 2007.

CARVALHO, A. I de; BARBOSA, P. R. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES; UAB, 2010.

\_\_\_\_\_. A. I de; BARBOSA, P. R. **Organização e Funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES; UAB, 2010.

\_\_\_\_\_. A. I de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CGU. **Controle Social: orientações aos cidadãos para a participação na gestão pública e exercício do controle social**. Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas. 3º ed. Brasília: Coleção Olho Vivo, 2012.

CNS em Revista. **Siacs: retrato do controle social – para mostrar como funcionam os conselhos de saúde, uma rede vai interligar e tornar públicas informações sobre o trabalho do controle social de todo o país**. Ano 2, nº 4, maio de 2012. Brasília. ISSN 2238-1732

CORREIA, M. V.C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CORTES, S. M. V. **Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde**. Sociologia, n.7, 2002.

COTTA, R. M. M; MENDES, F. F; MUNIZ; J. N. **Descentralização das políticas públicas de saúde**: do imaginário ao real. Viçosa: Editora UFV/CEBES, 1998.

DALLARI, S. G et al. **O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. Out-dez, 1996; 12 (4): 531-540.

DOUBOR, L. **O que é o poder local**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

ESCOREL, S; MOREIRA, M. R. **Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária**: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY; LOBATO; L.V.C (Org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p.229-247.

FORTES, P. A. C. **Ética, direitos dos usuários e política de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade. V. 13, n. 3. São Paulo, 2004; p.30-35. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01412902004000300004&script=sci\\_arttextthng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01412902004000300004&script=sci_arttextthng=es)>. Acesso em 22 de outubro de 2014.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRESCHAMN, S. **As reformas do Estado das políticas sociais e da saúde**. Um balanço final do milênio. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 1999; 15(2): 293-302.

JÚNIOR, J. P. B; MARTINS, P. C. **Participação social na Estratégia de Saúde da Família**: análise da percepção de conselheiros de saúde. Saúde Debate. Artigo Original. v. 38, n.102, Rio de Janeiro, p.440-451, jul-set, 2014.

LABRA, M. E. **Conselhos de Saúde**: dilemas, avanços e desafios. In: Lima, N. T; Greschman, S; Elder, F. C. Saúde e Democracia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.504 p.

LABRA, M.E. **Política Nacional de Participação em Saúde**: entre a utopia democrática do Controle Social e a práxis predatória do Clientelismo empresarial. In: FLEURY S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p.176-203.

LACERDA, J. T; MAGAJEWSKT, F. R. L; MACHADO, N. M. V. Especialização em Saúde da Família – modalidade à distância. **Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família**. 2º impressão. [Recurso eletrônico] / Universidade de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2013.

LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MACHADO, F. de A. **Participação social em saúde**: Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

MARTINS, P. C. **Controle Social no Sistema Único de Saúde**: análise da participação social e o empoderamento da população usuária do sistema sanitário. Viçosa-MG, 2007.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9º ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOIMAZ, S.A.S; SCHNEIDER, L; TIANO, A.V.P et al. **Conselhos de Saúde**: análise do funcionamento dos espaços de participação social. Revista Espaço para a Saúde. V. 14, n.1 e 2, p. 14-21, Londrina, dez, 2013.

NUNES, G. M et al. **Os desafios da Participação Popular no Sistema Único de Saúde**. III Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social. Juazeiro/BA – Petrolina/PE, 2009.

OLIVEIRA, V. C. **Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde**. Revista Saúde e Sociedade. v.13, nº 2. P.56-69, maio-ago, 2004.

PEGO, R. A; ALMEIDA, C. **Teoria e prática das reformas nos sistemas de saúde**: nos casos do Brasil e México. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2001; 17(1): 89-97.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009.

SANTOS, B. S. **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Boaventura de Sousa Santos, organizador. 4º ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

SERRAPIONI, M; ROMANÍ, O. **Pontencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde**: os casos da Itália, Inglaterra e Brasil. Caderno de Saúde Pública, 22 (11): 2411-2421, 2006.

SILVA, A. O. **Organizações Participativas e a Deliberação da Política Pública de Saúde**: um estudo comparativo de conselhos de saúde em Porto Alegre (Brasil) e Montevidéu (Uruguai). Disponível em: <[http://nutep.ea.ufrgs.br/pesquisas/organizacao\\_participativas\\_SEMEAD.doc](http://nutep.ea.ufrgs.br/pesquisas/organizacao_participativas_SEMEAD.doc)>. Acesso em: 23 de outubro de 2014.

SILVA, V. R et al. **Controle social no Sistema Único de Assistência Social**: propostas, concepções e desafios. Revista Textos & Contextos. Porto Alegre. V.7, n. 2. P. 250-265. Jul-Dez, 2008.

SORATTO, J; WITT, R.R. **Participação e Controle Social**: percepção dos trabalhadores de Saúde da Família. Artigo Original. Texto Contexto Enfer. Florianopolis, 2013, Jan-Mar; 22(1): 89-96.

SOUZA, V. L e. **Prática Participativa em um Conselho Municipal de Saúde**: resultado da apropriação de informação e da incorporação de ‘capital social’. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, A. F de; RAMALHO, R. P. **Controle Social do SUS**: desafios para uma gestão democrática e participativa. Trabalho de Conclusão de Curso. Pós Graduação em Gestão Pública Municipal – UFPB Virtual, João Pessoa, 2011.

STOTZ, E. N. **Participação social**. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Orgs.). Dicionário de educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, Khátia Regina Silvasantos, pesquisadora participante, aluna regularmente matriculada no Curso de Pós-Graduação em Gestão Pública em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, sob orientação da pesquisadora responsável, Prof. Ms. Silene Lima D. X. Santos, estamos desenvolvendo uma pesquisa de campo intitulado **“Participação social: contextos e reflexões sob o olhar dos componentes do Conselho Municipal de Saúde”**. Tem-se como objetivo geral: Analisar a experiência da participação social via Conselho Municipal de Saúde – CMS, e compreender a percepção de suas realidades através de suas concepções, no município de Serraria – PB.

Justifica-se essa pesquisa pela sua importância social, logo que, sendo a participação social um princípio norteador das políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, sua representatividade pelos Conselhos Municipais de Saúde apresentam significativa importância nos processos decisórios destas políticas e na melhoria de saúde local.

Convidamos o senhor (a) para participar desta pesquisa, respondendo algumas perguntas sobre dados pessoais e dados relacionados à temática que concerne a “Participação Social”. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido o anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma, e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que, o referido estudo não apresenta risco aparente aos seus participantes. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução nº 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelos (as) pesquisadores (as). Caso decida

não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano.

O (s) pesquisadores (as) estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi o (s) objetivo (s) e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e concordo em participar do mesmo de acordo com minha própria vontade.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Participante da pesquisa

---

Khátia Regina Silvasantos  
Pesquisador (a) responsável

## APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO

1. Gênero: M ( ) F ( ).
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Grau de instrução:
4. Profissão:
5. Categoria que representa na sociedade:
6. Função que exerce no Conselho Municipal de Saúde:
  
7. O que você entende por Participação Social e/ou Controle Social?
  
8. Você considera que a Participação Social é importante instrumento para influenciar no processo decisório das políticas públicas de saúde local? Por quê?
  
9. Quanto membro do Conselho Municipal de Saúde, você considera que sua atuação em articulação com o executivo tem modificado a realidade de saúde do seu município?
  
10. Quais atividades/ações que você ou o conselho tem desenvolvido como contribuição ao processo de decisão e implementação das políticas públicas de saúde? Você acha suficiente? Existe alguma dificuldade para desenvolver outras ações/práticas?
  
11. Em sua opinião, quais os principais avanços e desafios encontrados para a população participar de forma efetiva do controle das ações de saúde pública no seu município? O que falta para viabilizar a participação social via CMS?
  
12. Você considera que há necessidade que os conselheiros passem por capacitações – Educação Permanente, para melhor desempenharem seu papel, habilitando-se tecnicamente? Por quê?