

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE GESTÃO E ECONOMIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

MARIA CAROLINA BUENO RAEL

**DESAFIOS E EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS  
CONSELHOS DE SAÚDE**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

CURITIBA - PR

2020

MARIA CAROLINA BUENO RAEL

**DESAFIOS E EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS  
DE SAÚDE**

Monografia de Especialização apresentada ao Departamento Acadêmico de Gestão e Economia, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do título de “Especialista em Gestão Pública Municipal”  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Isaura Alberton de Lima.

CURITIBA-PR

2020

# TERMO DE APROVAÇÃO



Ministério da Educação  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Gestão Pública Municipal



## DESAFIOS E EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS DE SAÚDE

por

**MARIA CAROLINA BUENO RAEI**

Esta monografia foi apresentada às 16:00 do 12 de novembro de 2020 como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista no Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal** – Polo de Itapetininga - SP, Modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Campus Curitiba. O candidato foi arguido pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho **APROVADO**

Hilda Alberton de Carvalho

Isaura Alberton de Lima

Eduardo Bernardes de Castro

a autenticidade deste documento pode ser verificada através da URL:  
<http://certificados.utfpr.edu.br/validar/C4770D28>

## **RESUMO**

RAEL, Maria C.B. Conselho Local de Saúde. 2020. 28 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná. Curitiba, 2005

Em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde por meio da Constituição Federal, por meio dele se iniciou uma nova proposta para as políticas de saúde fazendo dela como direito de todos e dever do estado, este processo foi fortalecido pelos movimentos populares que lutaram pela criação deste novo modelo. O Controle Social se encontra presente em várias áreas, inclusive na Saúde e tem como objetivo acompanhar as políticas públicas através de seus representantes além de ter papel decisivo na definição e execução destas políticas. O Sistema Único de Saúde utiliza o Conselho Municipal de Saúde como meio de cumprimento do princípio constitucional da “participação da comunidade” para assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde do município. O Objetivo deste estudo foi conhecer o papel dos conselhos de saúde no Sistema Único de Saúde, a pesquisa na modalidade descritiva, exploratória por meio da revisão integrativa da literatura científica. Nos resultados pode-se perceber a incidência de temas recorrentes e importantes sobre o funcionamento e importância dos Conselhos de Saúde. Um dos temas que dominaram os resultados foi a representatividade do Conselho de Saúde sendo que ainda esta última seja por muitas vezes burocratizada tornando a mera votação sistemática sem debate. Pode-se relacionar que tanto a falta de real representatividade quanto a burocratização dos Conselhos estão ligadas a formação de conselheiros para tal atividade. E por fim os gestores de saúde também precisam ser capacitados e entender os Conselhos de Saúde como local de proposição de novas e melhores políticas pública de Saúde.

**Palavras-chave:** Controle Social. Conselhos de Saúde. Política de Saúde.

## **ABSTRACT**

RAEL, Maria C.B. Local Health Council. 2020. 28 f. Monograph (Specialization in Municipal Public Management) - Graduate Program in Technology, Federal Center of Technological Education of Paraná. Curitiba, 2005

In 1988 the Unified Health System was created through the Federal Constitution, through it began a new proposal for health policies making it as the right of all and duty of the state, this process was strengthened by the popular movements that fought for the creation of this new model. Social Control is present in several areas, including health and aims to monitor public policies through its representatives, besides having a decisive role in the definition and implementation of these policies. The Unified Health System uses the Municipal Health Council as a means of complying with the constitutional principle of "community participation" to ensure social control over the city's health actions and services. The aim of this study was to know the role of health councils in the Unified Health System, research in the descriptive modality, exploratory through the integrative review of the scientific literature. In the results, it is possible to perceive the incidence of recurrent and important themes about the functioning and importance of health councils. One of the themes that dominated the results was the representativeness of the Health Council and it is still the last to be bureaucratized by making the mere systematic vote without debate. It can be related that both the lack of real representativeness and the bureaucratization of the Councils is linked to the formation of counselors for this activity. And finally, health managers also need to be trained and understand health councils as a place to propose new and better public health policies.

Keywords: Social Control. Health Councils. Health Policy.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BVS- Biblioteca Virtual de Saúde

CAPs- Caixas de Aposentadorias e Pensões

CLS - Conselho Local de Saúde

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

DNS- Departamento Nacional de Saúde

IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

PIB- Produto Interno Bruto

PSF- Programa Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	7
1.1	Justificativa.....	8
1.2	Objetivos.....	9
1.2.1	Objetivo geral .....	9
1.3	Metodologia.....	9
1.4	Estrutura do Estudo .....	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	11
2.1	Política de saúde .....	11
2.2	Controle Social .....	16
2.3	Conselhos de saúde.....	19
3	METODOLOGIA.....	24
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	38
	REFERÊNCIAS .....	41

## 1 INTRODUÇÃO

Em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal e através dele se iniciou uma nova proposta para as políticas de saúde, fazendo dela direito de todos e dever do estado, este processo foi fortalecido pelos movimentos populares que lutaram pela criação deste novo modelo em contraponto do modelo médico centrado e hospitalocêntrico existente na época (BUSANA, 2015).

Os primeiros movimentos foram iniciados pelas pressões da sociedade civil, ainda na ditadura. A busca por políticas sociais que trouxessem mais saúde, em seu termo mais amplo, foram criados por mobilização social, sem que o governo ditador pudesse calá-lo. As propostas originais vieram da reforma sanitária que teve início na década de 1970, mais que com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) se tornaram mais reais e a Constituição Federal de 1988, em seus artigos, 196 a 200 introduziram as ideias construídas nessa Conferência (COTTA, 2010).

Foi com as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, que trouxeram como o Sistema Único de Saúde deveria funcionar, seus detalhes e operacionalidade. Outras normas e pactos lançados pelo Ministério da Saúde completam sua organização e diretrizes. Sendo a participação social um de seus pilares para o funcionamento em suas 3 esferas, municipal, estadual e federal (COTTA, 2010; BUSANA, 2015).

O Controle Social se encontra presente em várias áreas, inclusive na Saúde e tem como objetivo acompanhar as políticas públicas por meio de seus representantes além de ter papel decisivo na definição e execução destas políticas. A atuação do conselho ainda carece de uma melhor estruturação devido a pouca tradição, a falta de planejamento e melhora na execução de seu papel (DUARTE, 2012).

A proposta de controle social instituída pela constituição abriu perspectivas para uma prática democrática ímpar no setor saúde. O Sistema Único de Saúde utiliza o Conselho Municipal de Saúde (CMS) como meio de cumprimento do princípio constitucional da participação da comunidade para assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde do município (MORITA, 2006, p. 49).

Com a utilização correta das dinâmicas dos conselhos de saúde temos a consolidação da gestão pela população, sendo essa estrutura que trás o fortalecimento as decisões vindas da massa. Levando para o usuário do sistema a responsabilidade de fiscalizar e monitorar as atividades, sendo voz na transformação das políticas de saúde (BUSANA, 2015).



Ter um conselho ativo é sinônimo de ter participação política, isso pode ser muito complicado, se não houver uma real participação popular, de sindicatos e organizações sociais, podendo esse espaço ser utilizado para manobras políticas, sem atingir seu real propósito. Há também dificuldade com os funcionários da saúde, que não compreendem a dinâmica de paridade. Muitos impasses podem surgir devido a gana pelo poder da gestão, descaracterizando a função da mobilização social (MORITA,2006).

O presente estudo parte de um levantamento bibliográfico acerca dos modelos dos conselhos existentes, realizando uma análise crítica e comparativa entre eles e discutindo suas práticas. O objetivo é verificar se a população tem participação ativa conforme a Legislação de 1988 preconiza e a lei 8142/90 reafirma. Também averiguar se o funcionamento dos conselhos de saúde se dá nos moldes com que ele foi proposto inicialmente, com a participação popular, levantando as reais necessidades da população e se seu papel é exercido efetivamente nas diretrizes das políticas públicas de saúde. Se as ações dos conselhos estão beneficiando a população que ele representa, e se essa representatividade está sendo efetiva.

Assim com esta pesquisa pretende-se compreender o papel dos conselhos de Saúde e verificar se **Os Conselhos de Saúde funcionam efetivamente dentro dos preceitos da Legislação de 1988 e da Lei 8.142 de 1990?**

## **1.1 Justificativa**

A idéia da formação do Conselho Municipal de Saúde se tornou importante para que a população demonstre todas as suas reais necessidades, sendo que durante muito tempo a população vivia a mercê das decisões do Estado (CATÃO,2011).

É no Conselho de Saúde Municipal que se podem levantar problemas acerca do processo de organização da atenção a saúde e buscar as soluções que se adéquam ao município. Nessas reuniões são realizadas as discussões quanto aos gastos públicos da saúde, as necessidades da população são priorizadas e as prestações de contas apresentadas. Verifica-se também se as atividades estão sendo realizadas conforme a lei prevê, para que a população tenha um atendimento digno e necessário (COTTA, 2010).

A não participação popular nessas reuniões trás prejuízos enormes para a população que realmente necessita dos serviços do SUS, é dentro do conselho que se acompanha a gestão do Sistema Único de Saúde, realizam-se as aprovações orçamentárias, analisam,

discutem e aprovam relatórios de gestão, examinam propostas, denúncias e irregularidades e ainda são responsáveis por informar a população das ações de saúde (SILVA,2012).

As necessidades dos cidadãos podem não ser priorizadas, se os mesmos não participam das reuniões, e podem existir políticas de saúde que não atinjam a população em suas demandas, iniciando serviços que não atendam as carências dos cidadãos, sendo isso um gasto indevido de recurso público (GERSCHMAN,2004).

Com isso se faz necessário conhecer o papel dos conselhos de saúde no Sistema Único de Saúde, a forma de trabalho e como este pode melhorar a saúde das regiões que eles atuam de forma eficaz e participativa.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Realizar revisão de literatura sobre a atuação dos Conselhos de Saúde buscando se esses funcionam efetivamente dentro dos preceitos da Legislação de 1988 e da lei 8142/90.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Compreender a importância dos conselhos de saúde, levantando o que há publicado sobre o tema;
- Analisar se a população tem participação ativa nas reuniões;
- Compreender se o funcionamento dos Conselhos se dão nos moldes que foi proposto;
- Identificar se os Conselhos estão realizando suas funções democráticas conforme previsto em Lei, segundo o levantamento da bibliografia existente;

## **1.3 Metodologia**

Foi realizada uma pesquisa na modalidade descritiva, exploratória através da revisão integrativa da literatura científica, para assim se alcançar os objetivos estabelecidos.

A revisão integrativa da literatura é uma pesquisa que se aplica no âmbito da prática baseada em evidências científicas, através de sistematização e publicação dos resultados de uma pesquisa bibliográfica em saúde. Com o objetivo de enfatizar a importância da

pesquisa acadêmica na prática clínica, tem enfoque na prestação de assistência á saúde. Sua finalidade é alcançar na revisão integrativa a interação entre a pesquisa científica e a prática profissional na área de atuação. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

#### **1.4 Estrutura do Estudo**

O documento está dividido em 5 capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se o projeto levantado, expondo a contextualização e apresentando a problemática, assim como o objetivo geral e metodologia utilizada.

No segundo capítulo é apresentada o marco teórico cujos temas são: Controle Social, Conselhos de Saúde e Políticas de Saúde, promovendo maior conhecimento sobre o tema apresentado e sua importância.

O terceiro capítulo mostra a metodologia utilizada no estudo, que é a análise bibliográfica sobre o tema.

No quarto capítulo apresenta e discute os resultados obtidos assim como as possibilidades de análise considerando a proposição do trabalho.

Já no quinto e último capítulo se apresenta as discussões finais e os trabalhos futuros.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O presente capítulo apresenta os temas de relevância para o entendimento da importância do Conselho de Saúde, trazendo historicamente seu crescimento como uma grande ação democrática.

Os temas a serem abordados respectivamente dentro dessa pesquisa são: Histórico da Política de Saúde, Controle Social e Conselho de Saúde. Todos eles com grande importância para entender como chegamos no modelo atual de saúde.

### **2.1 Histórico da Política de saúde**

A História da Política de Saúde no Brasil inicia sua trajetória juntamente com a democratização, os direitos à saúde, vindos do Estado, iniciaram com a seguridade social para os assalariados. Somente tinham direito a atendimento as pessoas que eram empregadas em certas empresas e contribuía para que tivessem direito a disponibilização de atenção à saúde. Seu financiamento era feito através dos empregadores e empregados que contribuía para ter o atendimento médico (CATÃO, 2011).

No Brasil, a intervenção do Estado na área do seguro social para assalariados urbanos do campo privado teve início em 1919, com a instituição do Seguro de Acidentes do Trabalho. Já na década de vinte do século XX, houve a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo esta a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado.(...) Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que foram responsáveis pela institucionalização do seguro social, através da fragmentação das categorias assalariadas urbanas por inserção nos setores de atividade econômica (marítimos, comerciários, bancários, industriários, entre outros) (CATÃO, 2011, p.174).

Vários sistemas previdenciários, foram sendo criados para que atendesse as classes de trabalhadores. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foi a unificação de todos os sistemas previdenciários, incluindo todos os trabalhadores formais, porém ainda deixava sem atendimento, uma grande parcela da população que não participava da contribuição por estar na informalidade ou já aposentada, essas pessoas não tinham direito

a nenhum tipo de atendimento. Foi somente após os anos 70 que o governo do regime militar propõe-se a incorporar progressivamente toda a população (CATÃO, 2011; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010).

Com a criação do INPS, nesse mesmo decênio, fica evidenciado o caráter assistencialista da previdência brasileira, visto que estava livre de qualquer tipo de controle por parte dos trabalhadores e exteriorizava uma maior presença pública por intermédio de prestação de benefícios sob forma de assistência médica e não através de dinheiro. (CATÃO, 201, p.179)

Neste mesmo período, a década de 70, inicia-se um questionamento quanto as políticas sociais desenvolvidas pelo Estado, isso se dá por conta da desaceleração econômica e um início da abertura econômica. Outro acontecimento dessa mesma década é a criação do Sistema Nacional de Saúde que segmenta a população, uma atendida pela Previdência e outra pelo Ministério, sendo que a primeira tinha seus direitos adquiridos por estarem no mercado formal de trabalho e a segunda que não tinha um atendimento digno, ficando dependente de serviços filantrópicos e públicos, à margem da sociedade formal (CATÃO, 2011; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010).

Aquele movimento de contestação das formas que as políticas sociais eram empregadas, tornam-se mais fortes na década de 1980, surgindo novas idéias de como deveriam ser desenvolvidas as atividades em prol da sociedade, aumentando a necessidade da população ser ouvida para dar resolutividade as reais as necessidades dos cidadãos. Nesse mesmo período ficava mais evidente a precariedade da Previdência Social, que com seu novo pacote aumenta a contribuição dos empregados e diminui os benefícios dos aposentados. Neste mesmo pacote houve interseção na assistência médica prestada pela Previdência (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). A população toda estava descontente com esse tipo de Política, já que os empregados acabavam pagando cada vez mais, os aposentados cada vez mais perdendo seus direitos e a população informal sem atendimento digno.

Com o fim do regime militar e o surgimento da Nova República, o movimento sanitário ganha força, levando aos responsáveis pelas idéias de saúde para todos, a cargos

com capacidade de mudanças expressivas. Mas foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que se apresentou a Reforma Sanitária. Nessa reunião foram discutidas modificações na área da saúde. Verdadeiras mudanças na forma de se entender o que é saúde e como isso deveria ser abordado pelo Estado. Seria muito mais que um novo modo de financiamento, era um método singular do conceito saúde, centrado nas necessidades reais da população propiciando equidade e igualdade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011; CATÃO, 2011).

Essa Conferência trouxe um novo modo de se pensar à saúde, não sendo somente a ausência da doença, mais sim uma série de ações para que a qualidade de vida da população pudesse ser atingida. Nas discussões realizadas, tinha-se uma série de políticas públicas que deveriam ser realizadas, que evoluíam não somente a saúde, mais várias áreas do Estado, em todas as esferas. Foi aí também que inicia-se o pensamento descentralização da saúde, para que ela atingisse a necessidade de cada nicho populacional (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Mesmo com a 8ª Conferência se apresentando como marco na mudança da saúde do Brasil, foi com a Criação da Nova Constituição promulgada em 1988, que se estabelece a verdadeira mudança na tratativa do Estado com a proteção social. Sendo que a Lei Orgânica nº 8080/90 é a norteadora para o funcionamento do novo sistema o SUS (Sistema Único de Saúde). Foi aí que muitas idéias colocadas pela reforma sanitária se tornaram reais, foi um marco para a transformação da saúde no país. Sendo pensada a saúde como um todo, e trazendo a população para ser protagonista de suas ações. (ROLIM,2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE,2003).

Outra Lei Orgânica importante é a nº 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, como devem ser utilizadas as verbas e como serão os futuros investimentos. Mesmo os Conselhos Locais de Saúde (CLS) não estando previstos nessa Lei, se mostra necessário o controle em outras esferas e os CLS são importantes para que se levantem as necessidades da população (ROLIM, 2013; BUSANA, 2015). Essa lei regulamenta a ação de uma democracia dentro da saúde, sendo o poder construído pelo povo e emanado para o Estado. Os Conselhos são responsáveis por analisar, discutir e aprovar as políticas pública e seus orçamentos, sendo espaços plurais de democracia.

Dentro do contexto de fortalecimento das políticas públicas, vemos que a democratização abre um diálogo entre o Estado e a sociedade, que se dão através de audiências públicas, conselhos, conferências, assembleias, todas elas vão muito além do voto. Trazem para a construção das políticas públicas a real necessidade de uma população, sendo que a descentralização é um passo importante para que as ações atinjam as metas necessárias (REIS, 2003).

Cada grupo de interesse possui uma problemática a ser atendida, esses devem se articular e argumentar, comprovando suas reais necessidades, cada um tem poder de articulação e alegação, constituindo a discussão política. O robustecimento do diálogo traz alternativas para problemas de interesse da população. Isso que atesta a Política como sendo de interesse de todos e para o bem maior (VASCONCELOS, 2015).

A política pública tem que ser efetiva para a realidade que foi idealizada, Segundo Vasconcelos (2015, p. 15) “se a Política Pública avançou para solucionar aquele problema e mudar a realidade local, então ela é efetiva e a ação e a intenção deram conta daquela situação e melhorou a condição de vida da população.” Se essa Solução não foi encontrada, essa eficácia foi posta a prova e é provável que não se tenha um real interesse dos grupos envolvidos para que a problemática seja solucionada.

A Saúde é muito mais que o estado de cura de uma doença, é ter em sua totalidade qualidade de vida, incluindo habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e também serviços de saúde. A Política Pública de Saúde é formada por: os programas, planejamentos e serviços de saúde que o Estado oferece para a população. Essas devem atender aos princípios do SUS, sendo a descentralização das responsabilidades um importante passo para a melhoria do acesso. O SUS não um sistema perfeito, mas com ele vieram grandes ganhos para os cidadãos e com isso se inicia um grande debate para cada vez mais melhorias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O SUS trás uma nova ideia de assistência a Saúde, visando ao coletivo, não fazendo distinção entre os cidadãos. Vem com um novo olhar para práticas sociais, ações de saúde e serviços que atendam não somente doenças, mais que sejam de prevenção. Os princípios de Universalidade, atendimento a todos sem distinção, equidade que manifesta o senso de justiça e Integralidade, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, vem como uma nova ótica para os serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Muitos avanços vieram através das Conferências Nacionais de Saúde, sendo a mais importante à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os grandes destaques dessas institucionalizações foram: Descentralização da gestão, Criação dos fundos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal, repasse fundo a fundo, criação de conselhos de Saúde em todos os Estados e na grande maioria dos municípios, exercitando o controle social e a gestão participativa, fortalecimento da rede pública de serviços de saúde tendo principal importância a Atenção Básica, aumento da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, aumento do programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e do programa Saúde da Família (PSF), ampliação do escopo de vacinação, Gestão Plena da Atenção Básica à Saúde do município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Oferecer saúde pública de qualidade significa garantir e respeitar a dignidade de todo cidadão que se integra e se constrói na sociedade brasileira, e se debate muitos aspectos sobre a melhor forma de administrar a saúde pública no país. Embora a despesa per capita seja menor do que em países desenvolvidos, quando a relação é feita ao Produto Interno Bruto (PIB) o gasto é alto. Mesmo assim as pessoas têm apontado que os fundos de saúde insuficientes são uma das principais razões para a instabilidade dos serviços públicos de saúde (CATÃO, 2011).

A população brasileira é grande, já os recursos são escassos. Nesse caso, uma melhor gestão torna-se ainda mais importante. Gerir bem, o que é escasso é o grande desafio, e essa se torna a maior dificuldade. Está na moda considerar a gestão como o principal motivo do perigo da saúde pública nacional. Supostamente, pela agilidade e simplicidade da gestão privada, a saúde privada ficará bem melhor, o que torna a contratação e demissão de profissionais com relativa flexibilidade e comodidade, podendo adquirir insumos e transações contratuais com rapidez. Desse modo, a solução de saúde pública será muito simples, e basta introduzir essas características da saúde privada na saúde pública (CATÃO, 2011; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2011).

Porém essa facilidade está bem longe de ser tão simples, qualquer organização pública ou privada precisa ser bem administrada. A simples transformação do sistema jurídico de propriedade pública em propriedade privada não garante nenhuma melhoria na gestão da saúde e abre a porta a várias condutas que o direito público se esforça para eliminar da administração pública: nepotismo, corrupção, favores pessoais (CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO, 2012; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2011; CATÃO, 2011).



Com essa contextualização da história das políticas públicas de saúde, pode-se avaliar que seu desenvolvimento apresentou avanços e recuos e hoje é apresentado com a qualidade de serviço prestado. Progressos existiram, porém, existe um grande desafio em sua manutenção, que deve ser valorizado, essa luta por sua manutenção deve ser diária, não deixando que haja retrocessos, como perda de direitos já adquiridos.

## **2.2 Controle Social**

Com a vinda de grande número de pessoas que abandonaram a zona rural e procuram os centros urbanos em busca de uma condição melhor de vida, há um aumento das periferias das grandes cidades, isso aumenta as desigualdades sociais e pessoas que não possuem condições mínimas de saúde e se unem em grandes movimentos populares de trabalhadores, que se agregam para reivindicar direitos à saúde, sendo os sindicatos patronais e sindicatos dos trabalhadores parte forte nesse progresso, isso é o primeiro passo para a mudança de controle das ações em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Mesmo estando o Brasil, no período da ditadura (1964 a 1985), a força dos movimentos exigindo melhorias nas condições de saúde da população se destaca, isso leva a grupos se organizarem para reivindicar melhores condições, pressionando o Estado a ter ações efetivas nesta área. Esses grupos passam a ter voz, mesmo neste período tão difícil, onde somente o Governo deliberava sobre o que seria realizado, essa mudança acaba por atingir diretamente essas pessoas que se tornam protagonistas da sua cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Todos esses movimentos vão ganhando força e impondo a cidadania participativa, conseguindo pressionar o Estado a ter mudanças significativas no agir com o povo e assim legitimando poder da população.

Como está na constituição em seus princípios fundamentais: Todo poder emana do povo, sendo assim o controle social é legitimado e traz ao Estado uma nova perspectiva, sendo o controle incontestável e lícito do conjunto de entidades e instituições da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O controle social estava explícito na Nova Constituição de 1988, trazendo novos instrumentos normativos e espaços que consolidavam a participação popular. Com os novos formatos, após a Constituição, a sociedade teve a oportunidade de imperar na gestão pública, seja guiando ações do Estado, seja guiando gastos para auxílio dos interesses da

população. Essa é uma grande demonstração democrática, que impera a participação social.

Os Conselhos e Conferências de Saúde são espaços privilegiados para a explicitação de necessidades e para a prática do exercício da participação e do controle social sobre a implementação das políticas de saúde nas três instâncias públicas, municipal, estadual e federal” (ROLIM, 2013).

O sistema público de saúde que dispomos hoje, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído pela constituição Federal de 1988 e decorre de seu artigo 6º “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988). Reconhecendo a saúde como direito social; estabelecendo ser dever do Estado garanti-lo mediante as políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde e outro artigo que determina a organização das ações nas seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

O controle social é o modo ativo de democratização, é a efetiva participação da sociedade na gestão do SUS, é garantir que as formulações de políticas de saúde sejam funcionais e atinjam diretamente os cidadãos que necessitam de atendimento a saúde (ROLIM, 2013).

Foi com a Lei 8142/90, que formalizou a necessidade de participação ativa da população no processo decisório da Saúde, essa lei trata da obrigatoriedade dos Conselhos discutirem e aprovarem as diretrizes e planos para a saúde, inclusive no seu aspecto financeiro. As atividades da saúde devem ser monitoradas pelos Conselhos, tanto no seu âmbito público como no privado, devendo esse órgão estimular a participação da comunidade no controle do sistema. Essa lei não designava o funcionamento dos conselhos, mas o tornava obrigatório para aprovações e deliberações na Saúde.

O Brasil é um país democrático e a função do Estado é tornar mais equitativa as oportunidades a fim de amadurecer a soberania e o processo do desenvolvimento nacional. A democracia necessita de diálogo entre o Estado e a sociedade e esse diálogo acontece não somente por meio do voto, mas também com a participação da sociedade em audiências públicas, encontros, assembleias, conferência

e outros meios, de forma com que tenha maior interação entre o Estado e a sociedade (VASCONCELOS, 2015 p.13).

Existem muitas maneiras de se caracterizar a participação da população na gestão pública da saúde, sendo essa muito importante para o desenvolvimento democrático. Nesse conceito o controle social em questão é aquele exercido pela sociedade ou de setores organizados sobre as ações do Estado. Sendo a participação da população em construção ou intervenção das Políticas Públicas (CORREIA, 2005).

O povo tem uma grande responsabilidade nas decisões sobre a saúde, entrega aos seus representantes, poderes, e esses se responsabilizarão a não tratar de seus interesses pessoais, mais sim aos de todo o coletivo. Isso exige do preposto uma atitude diferente, suplantando as ações tradicionais. “Assim, ao falar de controle social não se pretende apenas que se consigam implantar mecanismos que reduzam, eliminem ou previnam os desperdícios, os desvios e as malversações na aplicação dos recursos públicos” (ROLIM, 2013), essa participação deve ser ainda no planejamento das ações.

Em nosso país de dimensões continentais, a participação da população nas ações e controle das gestões se tornam ainda mais necessárias, já que a fiscalização dos órgãos públicos fica deficitária, todos os municípios e estados passam a ter autonomia financeira na gestão da saúde, tornando o cidadão além de usuário, um fiscalizador do serviço prestado. O controle social passa a controlar e regular o financeiro, sendo um componente estratégico, analisando, discutindo e aprovando relatórios de gestão, realizando aprovação orçamentária e examinando propostas, denúncias e indícios de irregularidade. Prevenindo assim, ou melhor, tentando prevenir a corrupção e fortalecendo a cidadania (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2012).

Essa participação pode ser contemplada pela Política Nacional de Gestão Estratégica e participativa e incorporou as ações de auditoria, ouvidoria, apoio à gestão participativa, monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Que possibilitou a criação e disposição de Políticas Públicas por pessoas do Estado e também por cidadãos no desenvolvendo o controle Social, fortalecendo o Planejamento Estratégico. Já o Conselho de Saúde, participa trazendo a população, fiscalizando, articulando e mobilizando ações em prol da comunidade.

Entende-se que a participação social significa fazer parte das decisões políticas e, nesse aspecto, compreendemos como pode ser difícil sua concretização, devido a inúmeros fatores, dentre os quais: as mudanças na estrutura assistencial de saúde, por causa das conjunturas

políticas, da organização sindical e dos movimentos populares; o relacionamento entre trabalhadores da saúde e as lideranças populares, e destes com a autoridade constituída; a própria dinâmica das reuniões do conselho e o envolvimento da chamada "comunidade" na criação do conselho. Em uma sociedade de classe, questões relacionadas ao poder e ao conhecimento continuam presentes dificultando a participação dos desiguais. Uma série de obstáculos ainda se faz presente em função de uma história política caracterizada por regimes centralizadores e autoritários, que afastavam os trabalhadores dos processos de tomada de decisão, dando origem a gerações de brasileiros que precisarão (re) aprender a participar da nova conjuntura (MORITA, 2006, p.50).

Um das maiores dificuldades nos dias de hoje é fazer que a legislação seja cumprida, trazendo a população, que desacredita do Estado, para ser protagonista da sua saúde. E fazê-la entender a sua importância em uma constante construção das Políticas de Saúde. Sendo que a todo momento as dificuldades estão cada vez maiores e o financiamento cada vez menor.

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional/estadual, caindo numa visão focalista onde o local é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais "eficientes" e acordes às necessidades da população (não por acaso reduzida hoje a "comunidade"). Retrocedemos a uma visão "comunitária" onde as pessoas e as famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem estar. Por trás de um falso e importado conceito de "empowerment" está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza (SOARES, 2000, p. 17).

Nesse contexto deve-se ter a dimensão que o desmonte do SUS, conseqüentemente a diminuição de propostas de ações na saúde, está cada vez mais avançadas. Sendo que somente com a participação popular pode-se tentar reverter as perdas dos direitos e retomada do crescimento das Políticas Públicas de Saúde.

### **2.3 Conselhos de Saúde**

O primeiro Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado em 1937 no Governo de Getúlio Vargas, no chamado Estado Novo, período da ditadura varguista com o objetivo de tornar mais legítimas as instituições do Estado. Nesta época o Ministério da Saúde ainda não existia de fato e de direito. O setor da Saúde ainda fazia parte do Ministério dos Negócios, da Educação e da Saúde Pública, sendo administrado pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O crescimento dos centros urbanos, o processo de industrialização, o aumento da classe de trabalhadores assalariados,

parte essencial do processo produtivo que se instalava, associados às condições precárias de higiene, de saúde e de habitação do povo brasileiro impuseram ao DNS a prestação de novos serviços. Nos anos seguintes, serviços nacionais de saúde, como o Serviço Nacional de Febre Amarela ou o de Malária do Nordeste, foram criados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 17).

Nessa mesma época foram criados novos postos e centros de saúde, hospitais gerais, sanatórios para tuberculose e leprosários. Esse era o primeiro esboço da criação de uma rede de saúde, nada parecido do que existe hoje, mais era o início de uma política de saúde no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nesta circunstância foi estabelecido o primeiro Conselho Nacional de Saúde, composto exclusivamente por conselheiros de perfil técnico ou membros da elite, indicados pelo ministro da área, nas reuniões somente se discutiam assuntos internos. Apresentavam-se serviços médicos muito precários, sendo que alguns como tuberculose, hanseníase e doença mental em melhor situação na qualidade do atendimento (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2011).

Foram realizadas normatizações diferentes ao longo dos anos, com a intenção de aumentar a participação do CNS e iniciar um processo de descentralização no Sistema Único de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2011).

Já na década de 1970 o país inicia uma crise política, ideológica e fiscal, tudo isso por causa da recessão, pelo aumento da dívida pública, desemprego e havendo uma grande queda na arrecadação. Nesse momento de grande dificuldade que surge um movimento para garantir certas mudanças na política e em outras práticas já existentes. Esse movimento foi surgindo dentro do meio acadêmico e profissional, chamado “movimento reforma sanitária” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Movimento Sanitarista vinha lutar não somente pela saúde, digo a cura de doenças, mais era uma busca muito maior por condições melhores para toda a população, uma mudança brusca na forma de organização do Estado. Pensando em uma totalidade de transformações para melhoria da qualidade de vida, sendo eles determinantes ambientais, sociais e culturais. Ela transcendia as políticas estatais, nascendo do povo, da sociedade civil, sendo uma soma de mudanças (CATÃO, 2011).

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrido em 1986, que toda essa discussão sobre mudança no modo de vida da população ganhou corpo. Foi discutida todas as transformações no processo da situação sanitária que se apresentava na época. Articulando projetos que não passavam somente pela saúde, mas também por uma reforma tributária, universitária, urbana e até agrária (CATÃO, 2011; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2011).

A conjuntura existente, na segunda metade dos anos oitenta do século XX, desencadeia importantes espaços institucionais e novos projetos de reforma na área de saúde do país; conseqüentemente, nos últimos anos desse período, consolidam-se algumas conquistas políticas do setor, cujo marco é a Constituição Brasileira de 1988, com avanços jurídicos importantes para a proposta da Reforma Sanitária. Esta Carta Constitucional apresentou relevantes inovações com relação ao sistema de proteção social, pois nela estão presentes: a universalidade do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema; a equidade ao acesso e na forma de participação do custeio; a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços; a irredutibilidade do valor dos benefícios; a diversidade da sua base de financiamento; e a gestão administrativa descentralizada, com participação da comunidade (CATÃO, 2011, p. 186).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a participação popular, ao lado da descentralização das ações e políticas de saúde e da integralidade da assistência, passou a ser valorizada e percebida como de fundamental importância para a construção de um modelo público de saúde.

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-los. A sociedade, atuando nos Conselhos, teria a possibilidade de contribuir para a definição de um plano de gestão das políticas setoriais, conferindo maior transparência às alocações e favorecendo a responsabilização dos políticos e dos técnicos da administração pública (GERSCHMAN, 2004).

A lei 8080/89 foi um marco na Saúde do país, traziam as ideias da reforma sanitária, formando um dos mais completos e complexos sistemas de saúde do mundo, que claro tinha muitos defeitos, porém foi uma grande conquista do povo brasileiro. Onde a igualdade, equidade e universalidade, atendimento integral a saúde de todos os cidadãos,

com acesso universal e promoção da saúde e da coletividade eram o norte dessa lei (BRASIL, 1989).

Após a criação do SUS, onde se colocava que a participação popular era imprescindível para seu funcionamento, foi criada a lei 8142/90 que instituía e efetivava a participação popular, formalizando as atribuições dos conselhos, que deveriam participar desde o planejamento das ações em saúde, sendo eles também responsáveis por regular e controlar as políticas públicas, em sua execução prática e também no aspecto financeiro. O acompanhamento do SUS deve ser realizado pelos Conselhos em todas as esferas, sendo municipal, estadual e federal.

O Conselho de Saúde passa a ser instância permanente e de caráter deliberativo em todos os níveis de gestão do sistema, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que 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 (PODER EXECUTIVO, 1990, art. 1º Inc. 2º).

No SUS, os conselhos são as formas de regulamentar a participação direta da população, sendo suas responsabilidades imensas, o elo mais forte entre a sociedade e o Estado, responsáveis pela deliberação, destinação e uso dos recursos públicos na forma de políticas sociais, sendo expressões da coletividade. Arenas decisórias, lugar de tomadas de decisões, invocam os interesses coletivos.

Durante os anos que se seguiram após a promulgação da constituição inúmeros conselhos foram criados, os municípios iniciam a participação da população, participando da engenharia política. Também de grande importância são os conselhos locais de saúde, esses são bem mais próximos da Comunidade e da dinâmica dos serviços de saúde, não tem o caráter deliberativo, mais sim caráter consultivo, articulando com o conselho municipal ações complementares, ajudando também no planejamento local e avaliação das ações e serviços de saúde, colaborando nas definições das prioridades da unidade de saúde. Mas temos alguns relatos que tratam do conselho como mera formalidade, sem a construção da gestão participativa, sem ter a representatividade almejada (BUSANA, 2015).

O Conselho de Saúde Municipal é um requisito para que os fundos federais sejam destinados à cidade, mais muitos governantes não o formam ou fazem uma formação

fictícia, para que possa ser manipulada, havendo indicação dos membros para que trabalhem a favor das vontades do prefeito. A informação sobre os conselhos deve ser amplamente divulgada, para que possa garantir seu pleno funcionamento e as estratégias tratadas possam ser de utilidade para a população. Lembrando que as reuniões devem ser previamente divulgadas para que a população possa participar e opinar nas propostas de planejamento e controle.

Os conselhos têm uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde, que, atualmente, tem como via principal o Programa de Saúde da Família – PSF. Esta reestruturação não é apenas uma questão técnica. Envolve expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica a reformulação das relações entre esses atores. Nesta perspectiva, espera-se que os Conselhos de Saúde não apenas funcionem como instâncias de controle social e *accountability*, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem (STRALEN, 2006, p. 623).

Esse ganho do poder para a coletividade é fortalecedor, apesar das debilidades e contradições dos conselhos, esse é muito importante em um país que o povo não tem a real noção da sua importância e do seu poder, agindo com submissão aos governantes e a coisa pública tratada como posse de pequenos grupos de privilegiados (ROLIM, 2013). Mas em alguns casos os conselhos são grandes protagonistas de mudanças para a comunidade, trazendo melhorias para a população.

Dentro dos Conselhos são discutidos muitos assuntos que os leigos não têm conhecimento. A população não tem dimensão das dificuldades financeiras e como funcionam os processos de decisão de aplicação dos recursos. Isso leva a iniciativas de capacitação de membros dos conselhos, trazendo uma profissionalização para essa representatividade. Causando inúmeras eleições ou indicações do mesmo indivíduo, não sendo salutar para a democracia expressa inicialmente na concepção dos conselhos (BUSANA, 2015).

No cenário atual, após todas as lutas e conquistas dos movimentos sociais, o cidadão adquiriu o dever e o direito de participar, competindo-lhe a interferência no processo decisório de gestão da saúde visando à melhoria da qualidade de vida individual e coletiva, uma vez que este é um espaço para promoção da autorresponsabilidade social, com o intuito de se corresponsabilizar com a efetivação dos projetos e programas públicos que atendam as necessidades da comunidade. Sendo, assim é no conselho de saúde que estas questões devem ser debatidas. (BUSANA, 2015, p. 443).



A partir dessa citação, podemos entender que o Conselho deve ser um local de discussões, sendo elas desprendidas de partidos políticos, extrapolando os interesses pessoais, não sendo discutido o âmbito pessoal dos conselheiros, e ter sim um olhar no macro, de toda a comunidade envolvida nesse conselho. Trazendo benefícios e sendo a voz, a representação da população.

### 3 METODOLOGIA

A revisão integrativa da literatura é dividida em seis etapas:

#### **1ª Etapa: Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão da pesquisa**

A revisão integrativa tem início pela escolha de um problema e a formulação de uma hipótese. Sendo necessário tempo e dedicação do autor, a definição do tema colabora para que o autor possa desenvolver sua curiosidade em investigar o determinado assunto, outro aspecto apontado é a escolha de um problema vivenciado dentro da prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O tema identificado foi: O funcionamento dos Conselhos de Saúde com o seguinte objetivo: Realizar revisão da literatura sobre a atuação dos Conselho de Saúde, buscando se esses funcionam efetivamente dentro dos preceitos da Legislação de 1988 e da lei 8142/90.

#### **2ª Etapa: Critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura**

Após a etapa anterior, o assunto a ser abordado determina um sistema de amostra, foi abordado a partir de um objetivo abrangente da revisão. Dessa forma as opções de escolha do revisor são maiores, para uma inclusão da literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

De forma compatível com o tema proposto, para levantamento bibliográfico optamos pela busca de artigos nacionais e internacionais, disponíveis em base de dados em conjunto a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi estabelecida em 1998 como modelo, estratégia e plataforma operacional de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para gestão da informação e conhecimento em saúde na Região América Latina e Caribe. A coleção de fontes de informação do Portal está composta de bases de dados bibliográficas produzidas pela Rede BVS, como LILACS, além da base de dados Medline e outros tipos de fontes de informação tais como recursos educacionais abertos, sites de internet e eventos científicos. As fontes de informação são selecionadas de

acordo com critérios aprovados pela Rede. O índice é atualizado semanalmente a partir da coleta de metadados das fontes de informação da coleção. (CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE EVIDÊNCIA E INTELIGÊNCIA PARA AÇÃO EM SAÚDE – EIH, 1998).

Para critério de inclusão dos artigos serão utilizados artigos em Português do período de 2004 até 2020, com foco no tema proposto, estando disponíveis na íntegra e de livre acesso. Os artigos que não estiverem de acordo com o tema ou disponível na internet foram excluídos do presente estudo.

Para a realização da busca foram utilizados os artigos com as seguintes palavras chaves: Controle Social; Conselhos de Saúde, Política de Saúde. Foi utilizada para busca a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Foram encontrados 2.084 artigos na base de dados da BVS com os descritores citados anteriormente, após o filtro de idioma e data de publicação restaram 169 artigos, após a leitura dos títulos foram eliminados outros 100 artigos restando 69, destes 11 foram selecionados após leitura dos resumos. Segue a análise das categorias, mostrando os números dos artigos encontrados e como foram eliminados, no quadro apresentado abaixo:

#### Quadro1 – Análise das categorias

Descritores	Base de dados	Artigos encontrados	Artigos eliminados após filtro (Artigos em português a partir do ano de 2004)	Artigos eliminados após leitura dos títulos	Artigos Eliminados após leitura dos resumos	Total de artigos selecionados
Liderança; Administração Serviços de saúde; Recursos humanos de enfermagem.	Biblioteca virtual de saúde (BVS)	2084	169	100	58	11

Fonte: **Elaboração própria.**

### **3ª Etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos**

Nessa etapa foram definidas as informações extraídas dos artigos, estudos selecionados, com um instrumento para sintetizar e reunir as informações-chaves. A fim de fortalecer resultados e conclusões que irão gerar o conhecimento atual do tema, deve-se evidenciar o nível dos estudos a ser avaliado para determinar um nível de confiança (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

### **4ª Etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa**

Durante essa etapa houve uma articulação dos dados da pesquisa convencional, que tem por função a utilização de ferramentas adequadas. Para a legitimidade da revisão, deve haver uma exploração atenciosa dos estudos selecionados. Sendo a análise realizada de forma crítica, buscando resultados considerados contraditórios nos diferentes estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foi avaliado nessa etapa, de forma criteriosa os estudos que foram selecionados, para legitimar o conteúdo da revisão, sendo produzido fichamentos de cada artigo/estudo, dessa forma apresentando as evidências científicas encontradas e permitindo a compreensão de maneira clara dos dados utilizados. Favorecendo a elaboração de gráficos e tabelas com intuito de apresentar os resultados que serão atingidos.

### **5ª Etapa: Interpretação dos resultados**

Essa etapa encontra os principais resultados da pesquisa, que contribui para a discussão. O revisor tem os resultados avaliados da pesquisa fundamentada nos estudos, dessa forma correlacionando o conhecimento teórico com o que foi identificado nas conclusões resultantes da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foi realizada a discussão dos principais resultados encontrados durante a pesquisa, dessa forma contribuindo para a avaliação fundamentada nos estudos que foram incluídos, relacionando conhecimento teórico as conclusões resultantes da revisão.

### **6ª Etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento**

Na revisão integrativa se aplica conhecimentos aceitáveis para deixar que o leitor possa analisar a veracidade dos métodos que foram utilizados para a elaboração da revisão, os aspectos referentes ao tema que foi abordado e os detalhes que foram incluídos a partir dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A última etapa abrange a formatação de todo o documento já construído, seguindo todas as etapas e suas respectivas descrições, as quais o revisor percorreu e principalmente

os resultados que confirmam as análises dos artigos que foram utilizados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Sendo assim, a última etapa compreende a formatação do documento elaborado, atendendo as exigências das etapas anteriores que o revisador desenvolveu a apresentação dos principais resultados que foram confirmados por meio de análise dos artigos, juntamente com as considerações finais.

#### 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

Foram selecionados para este estudo 11 artigos que respondiam de forma adequada aos objetivos propostos anteriormente e esses artigos estão dispostos no quadro de categorização dos artigos selecionados para análise em conformidade, qual possui o ano, autores, objetivos e resultados. Os artigos foram identificados por numeradores de 1 a 11.

O quadro abaixo apresenta de forma organizada o estudo de cada artigo selecionado:

**Quadro 2 – Classificação dos artigos**

ARTIGOS	ANO	AUTORES	OBJETIVO	RESULTADOS
1	2015	BUSANA, JA; HEIDEMANN, ITSB; WENDHAUSEN ALP.	Analisar os limites e potencialidades da participação popular nos conselhos locais de saúde.	Apontam a necessidade de compreensão dos papéis dos conselheiros e dos conselhos locais de saúde para fortalecer ações de promoção à saúde.
2	2010	COTTA, RMM; CAZAL, MM; MARTINS, PC.	Analisar o formato institucional do Conselho Municipal de Saúde.	Sugerem a existência de problemas relacionados à representação, limitando a participação social no conselho.
3	2012	DUARTE, EB; MACHADO, MFAS.	Analisar o exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde.	Evidenciaram um conselho atuante e identificaram algumas fragilidades e dilemas que podem comprometer a atuação desse colegiado no município.
4	2004	GERSCHMAN, S.	Verificar a relação entre avanços na descentralização e o papel que os Conselhos Municipais de Saúde exercem na implementação da mesma	Os representantes das comunidades nos Conselhos reforçam os aspectos relativos ao exercício da representação em sociedades desiguais.

ARTIGOS	ANO	AUTORES	OBJETIVO	RESULTADOS
Cinco	2015	KLEBA, ME; ZAMPIROM, K; COMERLATTO, D.	Analisar a incorporação de deliberações do Conselho Municipal da Saúde.	A implementação das decisões depende de diferentes órgãos ou de outras esferas de governo, não apenas da competência dos conselheiros.
6	2010	LANDERDHAL, MC; UNFER, B; BRAUN, K; SKUPIEN, JÁ.	Analisa as resoluções registradas em atas de reuniões de um Conselho de Saúde, de forma a caracterizar o controle social em saúde realizado por esta instância.	Sugere que a prática deste conselho parece ser burocratizada, sem que seja visualizada nenhuma proposição de políticas de saúde pelo conselho.
7	2006	MORITA, I; GUIMARÃES, JFC; DI MUZIO, BP.	Analisar a participação dos conselheiros e sua representatividade.	Mostraram, entre vários aspectos, que, em média, metade dos conselheiros titulares e um terço dos suplentes comparecem às reuniões.
8	2009	SALIBA, NA; MOIMAZ, SAS; FERREIRA, NF; CUSTODIO LBM.	Avalia o perfil dos conselhos municipais de saúde.	Conclui-se que os conselhos são compostos por membros com pouco conhecimento sobre suas funções.

ARTIGOS	ANO	AUTORES	OBJETIVO	RESULTADOS
9	2012	SILVA, LMS; SILVA, MRF; LIMA, LL; FERNANDES, MC; OLIVEIRA, NRN; TORRES, RAM.	Analisar a organização e funcionamento do conselho municipal.	Constatou-se que a maior parte dos conselhos regionais e o municipal possuem estrutura que permite o pleno funcionamento.
10	2018	SILVA, EA; PASSADOR, CS.	Analisar o desenho institucional dos conselhos municipais de saúde.	Evidenciam que a maioria dos conselhos estão instituídos legalmente, com previsão normativa quanto à pluralidade da composição, publicidade de suas reuniões e decisões, igualdade de oportunidade.
11	2006	STRALEN, CJV; LIMA, AMD; SOBRINHO, DF; SARAIVA, LES; STRALEN, TBSV; BELISARIO, SA.	Investiga a efetiva participação de Conselhos Municipais de Saúde na gestão das políticas de saúde e avalia o seu potencial quanto à reestruturação da atenção à saúde através da estratégia da saúde da família.	Sugerem que os conselhos têm pouco impacto sobre a reestruturação dos serviços de saúde. Mesmo assim, exercem controle social sobre a gestão do sistema de saúde, incluindo novos atores na discussão de suas políticas, e permitem decisões legítimas, pois em consonância com o discurso sobre o SUS.

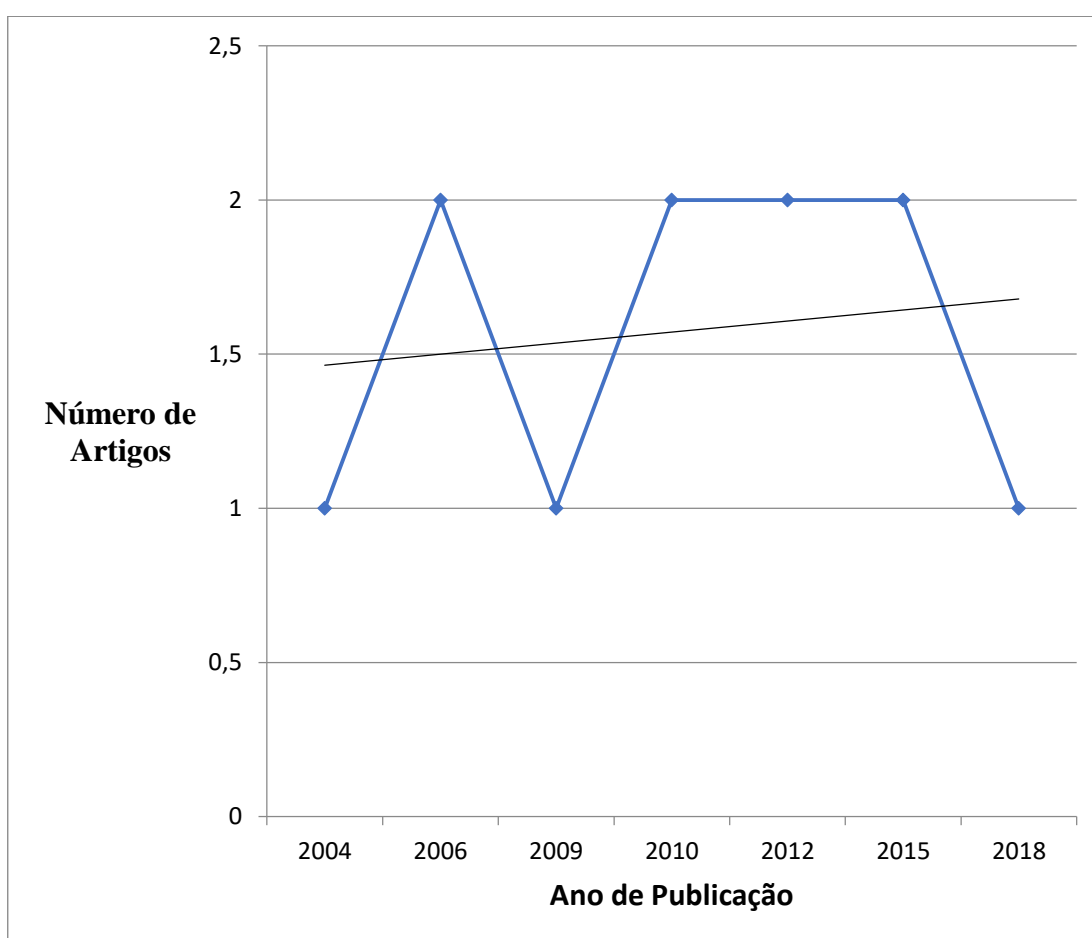
Fonte: **Elaboração própria.**



Alguns dos artigos selecionados mostram as dificuldades da operacionalidade dos conselhos, sendo pontuado o não comparecimento dos participantes, a falta de conhecimento sobre as funções e o mais preocupante seria o pouco impacto do Conselho na reestruturação dos serviços de saúde.

Referente ao ano de publicação dos artigos pode se perceber uma dispersão durante os últimos 16 anos. Com uma ligeira tendência de aumento nas publicações. Na figura 1, mostra graficamente essa tendência e a dispersão da publicação dos artigos.

**Figura 1** – Ano de publicação dos artigos de 2004 a 2018.



**Fonte:** Elaboração própria.

Quanto aos objetivos deste estudo foram relacionados os resultados encontrados nos artigos e sua relação com a importância e o funcionamento dos Conselhos de Saúde conforme o Quadro 3.

**Quadro 3** – Classificação dos artigos

Artigos	Importância dos Conselhos de Saúde	Funcionamento dos conselhos de saúde
1	<p>Possibilidade de exercício da cidadania;</p> <p>Constituição de um espaço educativo;</p> <p>Intencionalidade de tomada de decisão que represente a coletividade.</p>	<p>Desconhecimento das responsabilidades do conselho;</p>
2	<p>Representatividade;</p> <p>Ações de informação, educação e comunicação em saúde;</p> <p>Divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde.</p>	<p>Inconformidade na paridade;</p>
3	<p>Representatividade;</p>	<p>Educação permanente nos Conselhos de Saúde;</p> <p>Inconformidade na paridade.</p>
4	<p>Representatividade;</p>	
5	<p>Representatividade;</p>	<p>Tempo dedicado ao debate;</p>

6	Controle Social;	Burocratização;
7	Representatividade;	Burocratização;
8	Instrumento de gestão; Ações de informação, educação e comunicação em saúde;	Capacitação do conselheiro;
9	Representatividade; Formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.	Estrutura física e humana.
10	Formulação e implementação das políticas públicas de saúde;	Estrutura organizacional;
11	Reestruturação dos serviços de saúde;	

**Fonte:** Elaboração própria.

Nos resultados pode-se perceber a incidência de temas recorrentes e importantes sobre o funcionamento e importância dos Conselhos de Saúde, temas que serão discutidos posteriormente neste estudo relacionando os dois objetivos.

Um dos temas que dominaram os resultados foi a representatividade do Conselho de Saúde, Busana,(2015) em seu estudo trata deste assunto referindo a intencionalidade de tomada de decisão que represente a coletividade, participar como representante de um

Conselho é uma forma profícua de unir forças e agir em prol do bem comum, norteadas por movimentos, ainda que inconscientes, de empoderamento, por outro lado Gerschman (2004) traz a tona a discussão se esta representatividade é real ou somente burocratizada porque mesmo que a relação entre representantes e representados aconteça via reuniões, periódicos ou meios de comunicação próprios das entidades, o envolvimento das comunidades, como uma forma de interferir na gestão pública é baixo, dada a descrença sobre a contribuição que os Conselhos podem dar para a melhoria das condições de saúde da população. O papel dos representantes no Conselho torna-se de difícil efetivação, dada à ausência de papel político e de inserção em algum tipo de militância que sustente e respalde a atuação do conselheiro.

O sistema burocrático que rege os Conselhos de Saúde está diretamente ligado a todas as aprovações que este órgão deve realizar, essas são ações que atingem a população, sem que haja um planejamento prévio para que a gestão em saúde seja efetiva. “A forma como as resoluções vêm sendo formalizadas não caracterizam seu encaminhamento, muito menos a visibilidade das ações para a população em geral. No caso estudado, sinaliza-se que o mero funcionamento regular do conselho não garante que exista efetivo controle social” (LANDERDHAL, 2010, p. 2431).

Outro estudo que corrobora este mecanicismo do funcionamento dos Conselhos de Saúde está no trabalho de Morita (2006,) que mostra que vários participantes nunca estavam ausentes das reuniões, porém pouco participavam ou discutiam sobre assuntos da pauta, são atores coadjuvantes das ações dos conselhos, não dando a devida importância ao cargo e principalmente à população que representam. “Através da observação direta, acostumamo-nos vê-los em todas as reuniões, porém dificilmente ouvimos suas vozes; eles simplesmente chegavam, sentavam, acompanhavam a reunião, erguiam o braço quando tinham de votar e iam embora. Na percepção de um conselheiro” (MORITA, 2006, p. 53).

Pode-se relacionar que tanto a falta de real representatividade quanto a burocratização dos Conselhos está ligada a formação de conselheiros para tal atividade, para Duarte (2012) uma das fragilidades da atuação dos Conselhos de Saúde está ligada ao fato que a parte que mais compõe o conselho às vezes tem pouca ou nenhuma formação em saúde sendo necessário que conheçam ao menos um pouco sobre o assunto antes de poder participar com real representatividade.

Saliba (2009) corrobora sobre a importância da capacitação pois, em seu estudo ele comparou a atuação dos conselheiros antes e depois de serem capacitados, tendo com um dos resultados que a mudança de compreensão das funções comprovou uma provável mudança de atitude na prática, os conselheiros de saúde obtiveram consciência da falta de informação existente e, portanto, compreenderam suas funções e aprimoraram seus conhecimentos.

Respondendo à mobilização da sociedade civil, a Constituição Federal de 1988 descentralizou a gestão das políticas públicas e sancionou a participação da sociedade civil nos processos de tomada de decisão, contudo com o passar do tempo ainda nos questionamos o real papel do Conselho de Saúde na reestruturação dos Serviços de Saúde.

Para Stralen (2006) a restrição à participação direta nas conferências, a distância entre conferência e Conselho de Saúde e a sua redução a uma instância que vocaliza principalmente demandas de trabalhadores usuários têm afastado os conselhos do seu projeto inicial, qual seja, o de se tornar um espaço de negociação e discussão entre grupos de interesse, com a promessa de tornar as políticas de saúde mais responsivas aos interesses dos usuários.

Se por um lado o desempenho do papel caminha lentamente, o estabelecimento de Conselho como entidade já é bem fundado dentro da sociedade tendo em vista a estrutura dos conselhos e a dinâmica de suas atividades, na maioria dos conselhos analisados no estudo de Silva (2018), estavam em plena atividade com a periodicidade de reuniões, possuindo estrutura administrativa como mesa diretora, secretaria executiva e câmaras técnicas, estruturas essas que auxiliam na qualificação dos atores sociais para a participação no processo deliberativo.

Portanto, pode-se inferir que os conselhos de saúde analisados são instituições que apresentam uma boa capacidade de desenvolvimento de suas atividades administrativas e participativas.

Importante salientar que como instância de discussão é de fundamental importância que se garanta estrutura tanto física como humana para o bom funcionamento como relatado no estudo de Silva (2012 pag.122):

A estrutura sofreu uma reforma, por conta do processo de revitalização. Esta realidade aliado a um suporte de pessoas preparadas e disponíveis para realização do trabalho demandado favorece o pleno funcionamento do conselho. Uma realidade que não foi observada em todos os conselhos regionais, ou seja, a revitalização apesar de

importante, não aconteceu de fato em todos os cenários do controle social no município. De acordo com os relatos ocorreu uma reestruturação física e de dimensionamento do conselho municipal de saúde, o que favoreceu a operacionalização dos trabalhos das comissões integrantes do conselho. (SILVA, 2012 pag. 122).

Contudo as dificuldades não são apenas do Conselho, mas também dos gestores na implementação das deliberações relacionadas às políticas públicas. Sendo uma das atribuições do Conselho a de tomar providências administrativas quando o município ou o estado não estão cumprindo as decisões definidas nos espaços deliberativos, a fiscalização e o controle da execução das políticas (KLEBA, 2015).

Cotta em (2010) já demonstrava a dificuldade por parte dos representantes do poder executivo em partilhar o poder decisório nos espaços do conselho. Se, por um lado, a sociedade civil tem o direito de participar das decisões políticas do setor saúde, por outro a desigualdade que marca as relações sociais em nosso país faz-se presente também nos conselhos de saúde, muitas vezes engessando a participação política dos grupos populares, mesmo onde essa presença se encontra juridicamente assegurada.

Em consonância com a realidade estudada, se faz imprescindível questionar a efetividade de atuação e representatividade dos interesses dos diversos segmentos sociais no CMS. Lembrando que, dentre as competências do poder executivo no processo de criação e reformulação dos conselhos, respeitando-se os princípios da democracia, este deve garantir condições para a participação efetiva de todos os segmentos sociais na avaliação e controle das políticas de saúde. Assim, fica difícil pensar que a verdadeira participação possa ocorrer, diante do não cumprimento legal da forma de composição do CMS, fortalecendo algumas categorias em detrimento de outras (COTA, 2010, p. 2441).

As representatividades dos Conselhos de Saúde ficaram muito evidentes neste estudo, seu papel de local deliberativo de políticas públicas de saúde é bem entendido pelos seus atores mesmo que na maioria das vezes este papel ainda esteja em construção.

Um dos dificultadores desta evolução é a burocratização do processo, fazendo com que os Conselhos de Saúde sejam locais com função apenas decorativa e obrigatória sem a promoção do debate e do pensamento crítico dos envolvidos.

Neste sentido é importante que os Conselheiros sejam capacitados para exercer sua função, principalmente os que representam os usuários do sistema de saúde pois além de serem a maior paridade no conselho são os que trazem a voz da população para dentro dos Conselhos representando sua comunidade.

E por fim os gestores de saúde também precisam ser capacitados e entender os Conselhos de Saúde como local de proposição de novas e melhores políticas públicas de Saúde, além de mais estudos sobre o tema para viabilizar tal melhora que é possível tendo em vista que nosso sistema de saúde é muito novo se comparado a outros com modelo parecido.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento, que o país atravessa, os direitos adquiridos com a Constituição Federal de 1988 sendo ameaçados constantemente, precisa-se de muita atenção em manter os direitos de participação ativos. Sendo que não se pode deixar de cultivar a democracia que conquistamos, para que não haja retrocessos no Brasil.

Dentro do estudo foi levantado a necessidade de compreensão dos conselheiros da importância do seu papel, da fortaleza que se apresenta existindo um conselho atuante, local onde se pode exercer a cidadania. Essas políticas públicas que ao longo dos anos foram conquistadas devem ser valorizadas a todo momento, conscientizando a população dos nossos direitos democráticos.

Nesse estudo nota-se que esse importante meio de expressão da coletividade está sendo usado, em muitas vezes, de maneira inadequada, não sendo efetivo local de uma democracia pluralista, trazendo diretamente as necessidades dos cidadãos para se legitimarem com Política Pública implantada pelo Estado.

Os conselhos em todas as suas esferas: Locais, Municipal, Estadual e Federal, trazem consigo as expressões da coletividade, mostrando o que é a realidade da população, suas necessidades e anseios.

Essa voz não existia antes da formação dos conselhos, por isso, deve-se dar o real valor dessa abertura, desse canal onde as aspirações sociais quanto a saúde são desenvolvidas, discutidas e aprovadas.

Não se pode deixar que essa expressão mais forte de democracia perca sua fortaleza, já que essa seria a forma direta de as sociedades estarem dentro de um espaço público tomando decisões.

O Conselho em todas as esferas tem como sua essência ser uma arena decisória, dentro da democracia Brasileira, uma força paraestatal de tomada de decisão, sendo que metade da sua composição é do Estado e a outra metade da sociedade civil. Sendo essa maneira a única que dá poder ao povo sem passar por partidos políticos. Já que as outras maneiras de “poder” é ser do executivo ou legislativo, o que pode ser votado para poder exercer a sua representatividade.



O conselho é único também na sua capacidade de disponibilizar recursos, pois nele passam todos os planos orçamentários da saúde, mesmo que não tenham acesso direto ao fundo, é ali que se aprova sua destinação na forma de políticas sociais.

Alguns conselhos se mostram meros pro forme, não tendo a efetividade necessária, ou mesmo sendo utilizados como manobra do Estado para que suas idéias sejam ratificadas. Como visto muitos deles tem como presidente o próprio Secretário da Saúde, sendo esse agente político, não trazendo isenção para as decisões tomadas e muitas vezes não sendo capaz de vislumbrar a real necessidade da população.

O levantamento realizado mostra também que alguns conselhos desconhecem sua responsabilidade e importância, podendo levar a prejuízos a população que eles representam.

A importância dos conselhos em todas as esferas é entendida por todos os autores levantados e este é bem compreendido pelos participantes em sua teoria, mais a prática demonstra mais dificuldade de desenvolvimento das atividades. Muitas vezes a agenda de discussões não vem de levantamento das demandas da coletividade, sendo uma agenda designada pelo Estado, transformando o Conselho em aprovador de políticas e orçamentos. Sem a análise necessária dos relatórios de gestão, sem a discussão agregadora dos membros antes da aprovação, levando ao descrédito dos membros e da eficácia do mecanismo.

Dentro do proposto, o presente estudo trouxe a compreensão da importância dos Conselhos de Saúde, mostrando que as suas responsabilidades e direitos impactam diretamente na vida dos cidadãos. E se essas representações não tiverem seu funcionamento adequado afetam a população diretamente, pois não tem ações de saúde que atinjam as necessidades reais das pessoas.

Essa importância tem que ser valorizada ainda mais no atual contexto, já que passamos por momentos de muita tensão para a saúde pública. É essa esfera paraestatal de tomada de decisão que precisa se fortalecer nesse momento para não permitir que seja desconstruído.

Já a verificação do funcionamento dos Conselhos foi levantada por vários trabalhos, porém, não se chega a uma conclusão única, pois os trabalhos se tratam de várias regiões distintas e que não apresentam uniformidade nas populações de representantes e representados.

Como estudos futuros seria importante que se estudasse a desenvoltura dos conselhos nesse momento crítico da política interna brasileira e se levantasse se população está utilizando seu direito a elaboração, implementação e a fiscalização das Políticas Públicas.

Além disso, poderia se verificar como os seus representantes estão se mobilizando diante das constantes ameaças de cortes orçamentários, os que sem dúvida atrapalha a desenvoltura do trabalho. Esse órgão tem como obrigação representar a legítima expressão da coletividade, espelhando as necessidades da população.

Há de se observar como os conselheiros estão se posicionando e se realmente entendem isso como uma preocupação, ou simplesmente passam pelas informações sem notar a sua relevância.

Também pode ser foco, um novo estudo de campo que retrate as necessidades dos conselhos de saúde e o agir dos conselheiros, com levantamento da participação, se existe elaboração, implementação e fiscalização de políticas, se possuem divulgação das ações e se as reuniões têm frequência e efetividade. Avaliando o papel dos conselhos nesse novo período político que se apresenta.

Em loco, há a possibilidade de se observar a realidade dos fatos e acompanhar o desenvolvimento do trabalho, pode-se ver o quanto atingem seus objetivos, de que maneira poderiam modificar ações para uma maior abrangência da população a ser beneficiada. Podendo-se assim gerar um material para orientação para maior conscientização.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BUSANA, Juliano A. HEIDEMANN, Ivonete T. S. B. WENDHAUSEN, Agueda L. P. Participação popular em um Conselho Local de Saúde: Limites e potencialidades. Texto **Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, abr-jun. 2015.
- CATÃO, Marconde. **Genealogia do direito à saúde**: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 244 p. ISBN 9788578790868. DOI <https://doi.org/10.7476/9788578791919>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/szgxv>. Acesso em: 20 set. 2020.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Sistema Único de Saúde. *In*: SISTEMA Único de Saúde. Brasília: [s. n.], 2011.
- CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO (Brasil). **Controle Social**: Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social. 3. ed. Brasília: [s. n.], 2012. 47 p. ISBN 978-85-61770-07-5.
- COTTA, Rosângela M. M. CAZAL, Mariana M. MARTINS, Poliana C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.
- DUARTE, Elisfabio B. MACHADO, Maria F. A. S. O exercício do Controle Social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 21, s. I, p. 126-137, 2012.
- FARAH, Marta F. S. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do “campo de públicas”. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 6, p. 959-979, nov-dez. 2016.
- GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov-dez. 2004.
- KLEBA, Maria E. ZAMPIRON, Keila. COMERLATTO, Dunia. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde Soc**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 556-567, 2015.
- LANDERDHAL, Maria C. UNFER, Beatriz. BRAUN, Katia. SKUPIEN, Jovito A. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010.

MENDES, Karina D. S. SILVEIRA, Renata C. C. P. GALVÃO, Cristina M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out-dez. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. 2003. **Resolução nº 333**, Brasília: Ministério da Saúde, 4 nov. 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2003/res0333\\_04\\_11\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2003/res0333_04_11_2003.html). Acesso em: 3 out. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2009. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS : Participa SUS**, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v. 2ª ed, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 72 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 60 p. ISBN 85-334-0326-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 178 p. ISBN 978-85-334-2095-3.

MORITA, Ione. GUIMARÃES, Julliano F. C. MUZIO, Bruno P. D. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 49-57, jan-abr. 2006.

PAIM, Jairnilson S. TEIXEIRA, Carmen F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. ESP, p. 73-78, 2006.

PODER EXECUTIVO. Lei nº 8142, 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. **Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**, Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm#:~:text=L8142&text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=L8142&text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs). Acesso em: 3 out. 2020.

ROLIM, Leonardo B. CRUZ, Rachel S. B. L. C. SAMPAIO, Karla J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan-mar. 2013.

SALIBA, Nemre A. MOIMAZ, Suzely A. S. FERREIRA, Nelly F. CUSTODIO, Lia B. M. Conselhos de Saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, nov-dez. 2009.

SILVA, Edson. PASSADOR, Cláudia S. Gestão da saúde pública em Minas Gerais sob a ótica dos conselhos gestores municipais. **REAd**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 50-82, mai-ago. 2018.

SILVA, Lucilane M. S. et al. Análise da organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão participativa em Fortaleza, CE. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 21, s. I, p. 117-125, 2012.

SOARES, Laura Tavares. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. SPE, p. 17-24, 2000.

STRALEN, Cornelis J. V. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 621-632. 2006.

VASCONCELOS, Marta C. SILVA, Christian L. ROTTA, Cristiano V. Políticas públicas em saúde, Sistema Único de Saúde e o papel legislativo municipal: um estudo sobre o projeto de Lei ordinária na área da saúde da cidade de Curitiba no período de 2008-2011. **R. Bras. Planej. Desenv.**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 11-32, jul-dez. 2015.

WESTPHAL Maria F. Gestão participativa dos serviços de saúde: pode a educação colaborar na sua concretização? **Rev.Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 4, 1995.