

**GESTÃO SOCIAL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA  
REFLEXÃO CRÍTICA DA PRÁTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

*Shirle Rosângela Meira de Miranda<sup>1</sup>  
Roseane do Socorro Brabo da Silva<sup>2</sup>  
Karla Christina Neves de Souza<sup>3</sup>*

**RESUMO**

O presente artigo reflete sobre a gestão social no contexto das Políticas Públicas de Saúde a partir da análise dos princípios que fundamentaram a criação do Sistema Único de Saúde, com ênfase no controle social e na participação popular. Impulsionado pelo movimento reformista sanitário e pela mobilização da sociedade civil, a criação do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal de 1988, tem sido considerada uma das mais importantes reformas da área social, realizada a partir do novo regime democrático, pois trás em seu bojo a garantia de espaços de participação social na construção de políticas públicas de saúde. Trata-se de uma revisão da literatura e pesquisa qualitativa junto a vinte e um conselheiros, representantes dos usuários e dos trabalhadores, dos conselhos de saúde da região metropolitana de Belém. Para a coleta de dados utilizou-se entrevistas estruturadas com um roteiro organizado em cinco dimensões. O resultado deste estudo demonstrou que as conferências e os conselhos de saúde são os principais fóruns de diálogo, inclusão e gestão social na saúde. Não obstante a sua importância à participação social não pode estar limitada somente as instâncias formais garantidas pela Constituição, os estudos apontaram a necessidade de incentivar a abertura de outros espaços de gestão social no cotidiano dos serviços de saúde, bem como fortalecer e qualificar os conselhos para romper com a política de cooptação bem presente na prática dos Conselhos e que contraria os princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras Chaves: Gestão social. Políticas de Saúde. Participação Popular.

**SOCIAL MANAGEMENT IN THE CONTEXT OF PUBLIC HEALTH POLICIES:  
A CRITICAL REFLECTION ABOUT THE PRACTICE OF THE NATIONAL  
HEALTH SYSTEM****ABSTRACT**

This article reflects about the social management in the context of Public Health Policies from the analysis of the principles that underlie the creation of the National Health System, with emphasis on social control and popular participation. Promoted by health reform movement and the mobilization of civil society, the creation of the Unified Health System by the 1988 Constitution, has been considered one of the most important reforms of the social polity,

---

<sup>1</sup>Mestranda em Administração na Universidade da Amazônia – UNAMA. Brasil. E-mail: [shirlemeira@hotmail.com](mailto:shirlemeira@hotmail.com).

<sup>2</sup>Mestranda em Administração na Universidade da Amazônia – UNAMA. Brasil. E-mail: [roseane.silva@ifpa.edu.br](mailto:roseane.silva@ifpa.edu.br).

<sup>3</sup>Mestranda em Administração na Universidade da Amazônia – UNAMA. Brasil. E-mail: [karlacrstinaneves@hotmail.com](mailto:karlacrstinaneves@hotmail.com).

held from the new democratic regime, because it ensures spaces for social participation in the construction of public health policies. This is a literature review and qualitative research with twenty-one councilors, representatives of users and workers, health councils in the metropolitan region of Belém. For data collection we used structured interviews with a script organized in five dimensions. The result of this study demonstrated that conferences and boards of health are the main forums for dialogue, social inclusion and health management. Despite its importance to social participation can not be limited only to the formal guaranteed by the Constitution, the studies indicated the need to encourage the opening of other social spaces in the routine of management of health services, as well as strengthen and qualify the councils to break with the politics of co-optation very present in the practice of the Councils, which goes against the principles of the Unified Health System.

Key words: Social management. Health Policy. Public Participation.

## INTRODUÇÃO

A trajetória da saúde pública brasileira está diretamente associada aos determinantes históricos, culturais, sociais e econômicos. Os estudos revelam um percurso marcado por conflitos e interesses que resultaram em fortes desigualdades sociais, onde a saúde era um bem de exclusividade de uma minoria (POLIGNANO, 2008). O estado só veio a se preocupar com a saúde da população quando esta passa a interferir nos interesses políticos e econômicos do país. O modelo de saúde pública adotado no Brasil até 1988 dividia a sociedade entre aqueles que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem trabalhadores com carteira assinada e os que estavam completamente excluídos do processo (INDRIUNAS, 2012).

A criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988, impulsionado pelo movimento reformista sanitário e pela luta e mobilização da sociedade civil (RONCALLI, 2003), efetiva o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado”. Os princípios que fundamentam sua concepção são: a) a universalidade das ações, onde as diferenças sociais como sexo, raça, cor e outros não podem impedir o livre acesso ao sistema; b) equidade ou igualdade de acesso que pode ser traduzida como justiça social, neste caso, recebe mais quem precisa de mais; c) a integralidade, orienta que os usuários deverão ser concebidos como um todo de forma biopsicossocial; d) a descentralização como estratégia para redução das desigualdades sociais; e) a regionalização e hierarquização das ações, que são diretrizes importantes para descentralização e racionalização das ações de saúde; f) O direito de participação social ou controle social, garantindo que o usuário participe ativamente no direcionamento das políticas de saúde, criando espaços para a prática da democracia participativa (BRASIL, 1988).

Sob o novo regime democrático, no bojo do processo da reforma iniciado na década de 90 a participação social vem sendo construída como um dos princípios organizativos essenciais dos processos de deliberação democrática no âmbito local. Possibilitar a participação do cidadão e das organizações da sociedade civil no processo de planejamento das políticas públicas foi transformado em modelo da gestão pública local contemporânea (MILLANI, 2008). A Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, assegurou a criação dos conselhos e das conferências de saúde como espaço legítimo de representação da

sociedade no âmbito da esfera pública (BRASIL, 1988), sendo que “a sua constituição e funcionamento é condição essencial e obrigatória ao funcionamento do SUS” (BRASIL, 2000).

Nesta perspectiva, Tenório (2008) afirma que a gestão social na relação sociedade-estado só acontece quando os governos institucionalizam modos de elaboração de políticas públicas que não olhe para o cidadão como meta para suas ações, pelo contrário, o cidadão deverá estar presente como participante ativo em todo o processo de elaboração, execução e avaliação das políticas. Somente a participação ativa do cidadão é que garantirá a prática da democracia e da cidadania. Habermas fala sobre a cidadania deliberativa procedimental, evidenciando a participação como forma de assegurar os direitos de cidadania num Estado Democrático de Direitos (HABERMAS, 2003).

O interesse das pesquisadoras pelo tema se mostrou evidente ao ter acesso a literatura sobre gestão social, com estudos de variados enfoques durante o curso de Mestrado das quais são alunas, que resultou na elaboração de artigo para apresentar no Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social – ENAPEGS.

Com base nos aportes teóricos, este artigo teve como objetivo refletir sobre a gestão social no contexto do Sistema Único de Saúde focando o controle social e a participação popular como espaço para a prática da democracia e de cidadania na construção das políticas públicas de saúde, por meio de revisão da literatura e de entrevistas realizadas com vinte um Conselheiros de Saúde da região metropolitana de Belém.

Para alcançar o objetivo proposto à pesquisa buscou apresentar uma contribuição para a literatura que trata da trajetória da saúde pública brasileira, com ênfase nos fatores históricos, sociais e políticos que sempre influenciaram a construção deste processo desde a chegada da família real portuguesa ao Brasil, passando pelo movimento de reforma sanitária, das reformas da administração pública até a criação do Sistema Único de Saúde que se tornou uma das mais importantes reformas da área social, realizada a partir do novo regime democrático, pois trás em seu bojo a garantia de espaços de participação social na construção de políticas públicas de saúde. Esta abordagem histórica se justifica por tratar-se de uma reflexão sobre o tema onde os aspectos históricos servirão de fundamento analítico para compreensão dos avanços e desafios do Sistema Único de Saúde na garantia do controle social e da participação popular como espaço de democracia e cidadania.

Diante desse cenário, a pesquisa partiu da seguinte questão: Em que medida o controle social e a participação popular garantem a prática da democracia e o direito de cidadania no Sistema Único de Saúde?

## **REFORMAS: O GERENCIALISMO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

No Brasil, a questão da reforma do Estado está presente desde o advento da Nova República em meados da década de 80, sobretudo a partir dos anos de 1990.

De acordo com Dasso Júnior (2002) a literatura identifica duas ondas de políticas de reforma do Estado no Brasil. A primeira reforma teve como objetivo a gestão da crise econômica que atingiu as economias desenvolvidas e em desenvolvimento nos anos 80 que se

caracterizou pelos desajustes macroeconômicos que resultaram em taxas intoleráveis de inflação o que inevitavelmente impedia o crescimento econômico de qualquer nação. Entre as estratégias adotadas para enfrentar a crise estavam os ajustes fiscais, redução de gastos públicos, reformas tributárias, privatizações e liberalização econômica.

A segunda ocorreu na década de 90 e tratou da estabilidade macroeconômica e da reforma das instituições públicas, envolvendo mudanças institucionais mais profundas como, por exemplo, reformas do aparelho do Estado, administrativa, tributária, do legislativo, dos organismos regulatórios e das relações trabalhistas. A reforma da gestão pública iniciada em 1995 foi uma resposta a grande crise do e estado da década de 80 e a globalização da economia com A redefinição das funções do Estado e da sua burocracia (PEREIRA, 1996).

Esta se constituiu em um dos temas de maior relevância na agenda contemporânea de políticas públicas na década de 90, entre seus grandes desafios estava à mudança da relação entre o Estado e a sociedade civil num mundo progressivamente democrático e globalizado (DASSO JÚNIOR, 2002). Os desafios de se pensar políticas e programas objetivando aumentar a eficiência e a melhoria da qualidade dos serviços públicos se tornaram uma tendência mundial ganhando a denominação genérica de gerencialismo na Administração Pública (FERREIRA, 1996).

A Reforma da gestão pública iniciada nos anos 90 está assentada no modelo gerencial de administração, caracterizado pela existência de estratégias modernas de gestão, alterando a forma de controle sobre os serviços públicos, as relações entre o Poder Público e seus funcionários bem como a própria atuação da administração, que passa a priorizar a eficiência, a qualidade e a participação mais intensa dos cidadãos na esfera pública, garantindo desta forma a concretização da democracia nos espaços públicos (COELHO, 2000).

O paradigma gerencial se contrapõe ao modelo burocrático tradicional de gestão até então predominante na administração pública brasileira. A administração pública gerencial procura adequar-se a nova realidade da sociedade, em que estão sendo revistos os papéis e as formas de atuação do Estado, bem como atender às reivindicações das democracias de massa uma vez que a funcionalidade e o poder das burocracias estatais vinham sendo constantemente questionados (BRASIL, 1998).

Segundo Ferreira (1996) entre os princípios que fundamentam o modelo de administração gerencial está à focalização da ação do Estado no cidadão caracterizado pelo resgate da esfera pública como um espaço de exercício da cidadania; a reorientação dos mecanismos de controle para resultados, isto é, avançar dos modelos estritamente burocráticos de controle institucional para um enfoque baseado no alcance de objetivos e resultados e controle social, pois se tornou necessário criar mecanismos de prestação de contas e avaliação de desempenho das ações do Estado para a sociedade.

No bojo deste processo de reforma a participação social vem sendo construída como um dos princípios organizativos essenciais dos processos de deliberação democrática no âmbito local. Possibilitar a participação do cidadão e das organizações da sociedade civil no processo de planejamento das políticas públicas foi transformado em modelo da gestão pública local contemporânea (MILLANI, 2008).

Com as reformas da Administração Pública houve mudança no modo de pensar e gerir a coisa pública o que inevitavelmente passou a exigir do Estado à busca de novos métodos e

práticas de gestão, dando novos contornos as políticas públicas, notadamente as políticas de saúde, que inclui entre outros o repensar o papel e a relação entre o estado e o cidadão, assumindo o desafio de trabalhar para internalizar os novos valores a sociedade civil.

## **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AMPLIAÇÃO DOS DIREITOS DE CIDADANIA**

Compreender o cenário atual das políticas públicas de saúde no Brasil perpassa necessariamente pela compreensão dos fatores históricos, sociais e políticos que sempre influenciaram a construção deste processo, alicerçado na ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira. A saúde começa a ser pensada somente em 1808, com a chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro, visando atender interesses exclusivos da corte e com isso alavancar as atividades econômicas e políticas do Brasil (POLIGNANO, 2012). A forma de atuação do Estado Brasileiro durante todo o século XIX com relação à saúde se restringia ao combate eventual de epidemias (VARGAS, 2008).

O Estado começa a se preocupar com as condições de saúde da população somente quando a doença interfere no desempenho do mercado de exportação vigente, colocando em risco a economia brasileira. Esta, no entanto, ainda estava longe de ser compreendida como um bem público e social.

Durante o regime militar no Brasil de 1964 a 1985 instalou-se um modelo de saúde médico hospitalocêntrico e privatista valorizando a saúde individual, beneficiando apenas alguns trabalhadores da cidade e se distanciando cada vez mais das práticas voltadas para a saúde pública. As práticas de saúde eram reguladas pelo capital externo no que consiste a tecnologia e medicamento. A ênfase era nos procedimentos curativos e assistenciais (NUNES et al., 2009). Os trabalhadores rurais e empregados domésticos passaram a ter direitos previdenciários somente a partir da década de 70.

O modelo de saúde pública adotado no Brasil até 1988 dividia a sociedade em três classes: aqueles que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem trabalhadores com carteira assinada; e os que estavam completamente excluídos do processo (INDRIUNAS, 2012). Até este período a saúde não era considerada um direito social. O movimento democratizador, conhecido como Reforma Sanitária que ocorreu antes da Constituição Federal de 1988 (SILVEIRA, 2006), resultado de mobilizações dos mais diferentes segmentos sociais foi decisivo para a mudança desta concepção ideológica e estrutural da saúde pública brasileira materializada com a Criação do Sistema Único de Saúde – SUS através da Constituição de 1988.

Para Roncalli (2003) o SUS é resultado de uma trajetória de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado entre as décadas de 70 e 80 consoante com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira e abertura política nos anos 80. Para Paim (1992, p. 31), "o projeto da Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais".

Vasconcelos (2008) complementa o debate quando afirma que o Movimento de Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), projeto construído a partir da luta política e ideológica, é um exemplo de mobilização social, onde a participação da sociedade civil foi decisiva para os resultados positivos. Segundo Gallo et al. (1988) entre as

diretrizes estratégicas importantes do movimento de reforma sanitária, estava a ampliação dos direitos de cidadania das classes sociais historicamente marginalizadas pelo processo de acumulação de capital, pela supressão do direito a liberdade de participação e restrição dos direitos civis, ocorrido durante o regime militar.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em Brasília em 1996 marca o início do rompimento do velho modelo tradicional de assistência à saúde. Impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária foi à primeira vez que a população participou das discussões em conferências, sendo suas propostas contempladas no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90 que regulamentou a criação do SUS. Desta Conferência saiu à proposta de criação de um Sistema Único de Saúde a partir da compreensão do conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1986). O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser definido:

Como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela '[...] iniciativa privada' (BRASIL, 2005, p. 11).

De acordo com a Constituição Federal (1988) os princípios que norteiam as ações e os serviços realizados pelos SUS são: universalidade das ações, as diferenças sociais como sexo, raça, cor e outros não poderá ser impedimento para o livre acesso ao sistema; equidade ou igualdade de acesso que pode ser traduzida como justiça social, isto é, deverá ser dado mais a quem precisa de mais; integralidade, orienta que os usuários deverão ser visto como um todo de forma biopsicossocial; descentralização como estratégia para redução das desigualdades sociais; regionalização e hierarquização das ações são diretrizes importantes para descentralização, racionalização e controle Social ou participação popular, garante que o usuário participe ativamente no direcionamento das políticas de saúde, criando espaços para a prática da democracia participativa (SANTOS et al., 2011).

Os três primeiros princípios são doutrinários e de caráter ideológico que buscam garantir o direito a saúde e a democratização deste setor da sociedade. Os demais são princípios organizativos e trazem propostas de operacionalização do sistema (SANTOS et al., 2011). Os princípios do SUS assinalam para a democratização das ações e dos serviços de saúde que deixam de ser limitados e passa a ser universais, deixam de ser centralizados e passam a ser orientados pela descentralização (BRASIL, 2005).

O SUS tem sido avaliado como uma das mais bem sucedidas reformas da área social realizada sob o novo regime democrático e umas das maiores conquistas sociais estabelecidas na Constituição de 1988 (BRASIL, 2000).

## **CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS**

Ao definir controle social, Bravo e Oliveira (2002) se fundamenta nos aspectos legais inscritos na Constituição Federal de 1988, que o descreve como a participação da população, na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. A Constituição, no entanto, ao definir às diretrizes de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) trata o tema da participação social de maneira muito superficial ao fazer referência somente a “participação

da comunidade” que historicamente tem uma participação muito limitada, principalmente politicamente falando (STOTZ, 2005), no entanto, o autor chama atenção para a forma de enfrentamento dessa limitação na constituição com a criação Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “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”. Através desta Lei se atribuiu aos conselhos de saúde o papel de atuar no planejamento e no controle da execução da política pública de saúde (BRASIL, 1990). As conferências e os conselhos passam a ser os instrumentos legais garantidos pela Constituição federal para que a sociedade participe dos processos decisórios e deliberativos da saúde nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal (ARANTES et al., 2007).

O setor saúde foi pioneiro na defesa da prática da participação popular na sua gestão, resultado, em grande parte, da repercussão causada pelo movimento reformista sanitário formado por universitários, profissionais de saúde e setores organizados da sociedade, que se iniciou no final do período da ditadura brasileira, onde defendiam a criação de um modelo de saúde pautado na democracia e na universalidade da assistência (NUNES, et al., 2009). “O funcionamento dos conselhos de saúde é condição essencial e obrigatória ao funcionamento do SUS” (BRASIL, 2000, p.10). Estes são formados por representantes do governo, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e usuários, tem caráter deliberativo e funcionam de forma permanente, as conferências, por outro lado acontecem a cada quatro anos (BRASIL, 2000).

Segundo Valla (1998), embora o termo participação popular seja hoje utilizado universalmente, sua aplicação tem um significado especial para a América Latina. A própria concepção de participação popular surge, justamente, para se distinguir de outra concepção de sociedade, onde quem tem estudo e recursos aponta o caminho “correto” para as classes populares. A ambiguidade do termo não vem somente das várias interpretações que poderiam resultar do seu uso, mas também do fato de que a tradição autoritária da América Latina e do Brasil contamina tanto os grupos conservadores, como também, freqüentemente, os progressistas. Há uma busca de controle das populações que moram nas periferias dos grandes centros e trabalham e moram nas áreas rurais. Controle, com a finalidade de pôr em prática as suas concepções de como deve ser a sociedade brasileira.

Sob o novo regime democrático, a participação popular tem se apresentando como fundante no processo de implementação das políticas públicas, notadamente as políticas de Saúde. Nesta direção os conselhos de saúde se tornaram fóruns democráticos de inclusão e gestão social. A população, sob a perspectiva da participação popular, adquire a condição de sujeito da política de saúde a medida que se torna o agente ativo da sua produção (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Para Tenório (2008) a gestão social na relação sociedade-estado acontece somente quando os governos institucionalizam modos de elaboração de políticas públicas que não olhe para o cidadão como meta para suas ações, pelo contrário, o cidadão deverá estar presente como participante ativo em todo o processo de elaboração, execução e avaliação das políticas.

Neste novo contexto de cidadania a participação popular considera o homem não como mero sujeito de direitos e deveres na ordem política, mas como participante ativo no processo democrático (DIAS, 2007, p. 47). Tornando o exercício da cidadania para além das práticas eleitorais, um processo de revitalização da democracia, à medida que possibilita a

participação efetiva da sociedade, por meio de canais institucionais. Este mesmo autor enfatiza que esses movimentos organizam-se, inicialmente, como “espaço de ação reivindicativa” e “recusam relações subordinadas, de tutela ou de cooptação por parte do Estado, dos partidos ou de outras instituições” (p.47).

Dias (2007) acrescenta ainda que eles se multiplicaram por todo o Brasil, construindo um conjunto de organizações populares mobilizadas em torno da conquista, da ampliação e da garantia de direitos, de melhores condições de trabalho e de vida bem como se engajaram na luta contra as discriminações, sobretudo as de raça e as de gênero.

Abreu; Carvalho; Pereira (2011) evidenciam que a gestão social no âmbito do SUS se daria por meio do exercício da democracia e cidadania assim como ocorre em outras políticas públicas. À sociedade contribuiria para a gestão efetiva desse bem se utilizando de espaços como as conferências e os conselhos de saúde, fóruns e outros espaços de discussão para esse fim, porém, destaca-se que a gestão pública da saúde no Brasil encontra um grande entrave ou desafio, que é a organização da sociedade civil na constituição de uma esfera pública na área da saúde.

## **SAÚDE PÚBLICA COM GESTÃO SOCIAL**

O termo gestão social encontra-se ainda em processo de construção (RAMOS et al., 2009; JUNQUEIRA et al., 2009). Para Tenório (2008a, p. 54) “a gestão social é um processo gerencial decisório deliberativo que procura atender as necessidades de um determinado território ou sistema social específico”. Para este autor, esta pode ser compreendida ainda como um processo de diálogo onde o poder de decisão é partilhado entre todos os participantes de uma ação, independente do sistema social, seja este público, privado ou organizações não governamentais, acredita que todas as pessoas sejam capazes de pensar e produzir conhecimento (TENÓRIO, 2008).

Ao discutirmos a saúde pública no contexto da gestão social, não podemos desvinculá-la de outros conceitos importantes e inerentes a esta como: democracia, cidadania e participação popular, os quais possuem relação direta com os princípios do SUS enquanto sistema descentralizado e participativo, conforme sua preconização.

Habermas (2003) discute o conceito de cidadania como uma dimensão ativa da pessoa humana, que proporciona uma identidade política e uma ação comunicativa no âmbito da esfera pública de uma democracia deliberativa.

Tenório (2005) destaca o modelo de democracia que Habermas propõe que é o da cidadania deliberativa procedimental, baseado na correlação entre direitos humanos e soberania popular e conseqüente reinterpretação da autonomia nos moldes da teoria do diálogo. Dessa forma, a cidadania deliberativa consiste em levar em consideração a pluralidade de formas de comunicação – morais, éticas, pragmáticas e de negociação, em que todas são formas de deliberação. O marco que possibilita essas formas de comunicação é a justiça, entendida como a garantia processual da participação em igualdade de condições.

Para Habermas (1997) o processo legislativo democrático precisa confrontar seus participantes com as expectativas normativas das orientações do bem da comunidade, porque

ele próprio tem que extrair sua força legitimadora do processo de um entendimento dos cidadãos sobre sua regra de convivência.

Para Hamel (2009), com base nesta concepção habermasiana depreende-se que para acontecer este arranjo participativo, será necessário a política deliberativa entre os sujeitos de direito. Nesta perspectiva é crucial a construção de procedimentos e condições de discussão. A participação social na discussão é fundamental para a formulação do processo de participação, pois, de acordo com Habermas (2003) a participação simétrica de todos os membros exige que os discursos conduzidos representativamente sejam porosos e sensíveis aos estímulos, temas e contribuições, informações e argumentos fornecidos por uma esfera pública pluralista, próxima à base, estruturada discursivamente, portanto, diluída pelo poder.

Dessa maneira, Habermas aponta para a necessidade dos cidadãos deliberarem a respeito de seus problemas e de suas demandas sociais, como também para a exigência da opinião pública direcionar o poder administrativo ao atendimento de determinadas demandas sociais. O autor demonstra, também, que o conceito de discurso, incluído na democracia, torna a sociedade diferenciada, a partir do momento em que permite contrastar opiniões, proporcionando a contestação e a identificação das necessidades existentes no seu interior, podendo, ainda, apontar possíveis soluções para determinados problemas sociais (HAMEL, 2009).

Partindo-se da idéia de uma Saúde Pública com Gestão Social, considerando os preceitos de cidadania, democracia e participação popular, os princípios do SUS devem ser compreendidos como elementos interpeladores para as políticas de saúde, que por sua vez devem, diante dos impasses, potencialidades e especificidades das circunstâncias históricas, serem recolocados permanentemente como questões para gestores e trabalhadores do sistema. A equidade, por exemplo, tomada como fundamento ético para o SUS, remete a conceitos e situações que devem ser questionados, a fim de evitar o seu esvaziamento e, por consequência, o esvaziamento dos marcos conceituais que regem o SUS como política de Estado com foco no cidadão. Estes devem ser reavivados, para além dos efeitos circunstanciais e instáveis das políticas governamentais, evitando a cristalização dos modelos de atenção em saúde (COSTA; LIONÇO, 2006).

A universalidade do direito à saúde, na perspectiva da integralidade da atenção e do cuidado, tendo a participação social na gestão das políticas de saúde nos termos inscritos na Constituição Federal de 1988, conformam um patrimônio da sociedade brasileira em seu processo de democratização. Estão subjacentes a este conjunto de princípios: a saúde como direito do cidadão, a ampliação do conceito de saúde, bem como a compreensão da potencialidade da participação social na definição das políticas de saúde.

Consolidar estas conquistas do plano legal e transformá-las em conquistas reais no cotidiano da sociedade brasileira é um grande desafio para a reconhecida lentidão dos processos de gestão, especialmente no campo do setor público (COSTA; LIONÇO, 2006).

Os Conselhos de Saúde são palcos de vários representantes, lugar onde se abrem possibilidades para estes atores participarem de forma mais efetiva no processo decisório e no controle social, no sentido de aumentar o poder, que pode ser re-significado para cada um destes atores, através da busca de informação e fortalecimento individual e coletivo (grupos de interesse). Cabe ressaltar, que a participação poderia acontecer no dia-a-dia nos serviços de

saúde e nas comunidades e não de forma isolada como nas Conferências e Conselhos de Saúde, a fim de que o controle social possa ser cotidianamente exercido de forma mais ampla (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

A construção do SUS apresenta-se como um permanente desafio. Em face de sua institucionalização, muitas críticas vêm sendo apresentadas, tanto em fóruns acadêmicos como nos diferentes espaços institucionais onde ocorre a sua efetivação como política social (MAIO; LIMA, 2009).

Tenório (2005) acentua que a compreensão de gestão social não deve ser atrelada às especificidades de políticas públicas direcionadas a questões de carência social ou de gestão de organizações do denominado terceiro setor, mas como uma possibilidade de gestão democrática na qual o imperativo categórico não é apenas o eleitor e/ou contribuinte, mas igualmente o cidadão deliberativo; não é só a economia de mercado, mas também a economia social; não é o cálculo utilitário, mas o consenso solidário; não é o assalariado como mercadoria, mas o trabalhador como sujeito; não é somente a produção como valor de troca, mas igualmente como valor de uso; não é tão somente a responsabilidade técnica, mas, além disso, a responsabilidade social; não é a res privada, mas sim a res publica; não é o monólogo, mas, ao contrário, o diálogo.

Portanto, compreende-se que a gestão social no contexto da Saúde Pública brasileira possui uma dimensão profunda que exige um esforço conjunto no âmbito do exercício da democracia e da cidadania tornando o processo cada vez mais desafiador. Benevides (2000) chama a atenção para a necessidade da educação para a democracia que se caracteriza como um movimento educacional político que possibilite enfrentar os problemas de descrédito, desinteresse, egoísmo político e desencanto com a própria ideia de democracia, possibilitando ao cidadão participar de forma efetiva e consciente da construção de políticas públicas que são de seu interesse.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma revisão da literatura e de pesquisa qualitativa com vinte e um Conselheiros de saúde, representantes dos usuários e dos trabalhadores, da região metropolitana de Belém (Belém, Ananindeua, Marituba, Santa Bárbara, Benevides e Santa Isabel do Pará). Os procedimentos adotados foram:

(a) Revisão da literatura cujas fontes foram livros, periódicos, sites, revistas eletrônicas de dados como Scielo, Leis Orgânicas da saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90) e Constituição Federal de 1988 com vista a conhecer as diferentes contribuições de pesquisadores sobre o tema gestão social no contexto do Sistema Único de Saúde. Sobre a pesquisa bibliográfica Andrade (1997) diz que está pode ser desenvolvida como um trabalho em si mesmo ou como parte do processo da elaboração de teses, monografias, artigos e outros trabalhos científicos;

(b) Entrevistas estruturadas, usando um roteiro que foi organizado em cinco dimensões (garantia dos direitos do cidadão; espaços para participação popular; qualificação dos conselheiros; envolvimento da sociedade civil, dos trabalhadores e do governo; novos espaços de participação popular;

Os critérios para seleção dos entrevistados foram: i) ser membro titular do conselho; ii) Ser representante dos usuários ou dos trabalhadores iii) concordância e disponibilidade em participar da pesquisa como entrevistado.

Quadro 1 – Número de Entrevistas por Município Pesquisado

<b>Município</b>	<b>Total de Conselheiros</b>	<b>Nº de entrevistados</b>	<b>Total por segmento</b>
Belém	20 conselheiros	06	4 usuários e 2 trabalhadores
Ananindeua	12 conselheiros	03	2 usuários e 1 trabalhador
Marituba	12 conselheiros	03	2 usuários e 1 trabalhador
Benevides	12 conselheiros	03	2 usuários e 1 trabalhador
Santa Bárbara	12 conselheiros	03	2 usuários e 1 trabalhador
Santa Isabel do Pará	12 conselheiros	03	2 usuários e 1 trabalhador

Para a análise dos resultados foi adotada a técnica de análise do conteúdo das entrevistas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Os conselhos de saúde, hoje presentes no universo dos municípios brasileiros, embora apresentem muitos desafios ao seu aperfeiçoamento, apresentam inegável contribuição nos avanços do SUS e a realização das Conferências de Saúde têm mobilizado grandes contingentes da população de todo o país na discussão dos rumos da saúde.

Resultado de pesquisa realizada por Moreira e Escorel (2009) corrobora estas afirmações ao demonstrar que em dezessete anos, os Conselhos de Saúde foram criados nos 5.564 municípios do país, arrematando cerca de 72.000 conselheiros. Diante disso é pertinente afirmar que a institucionalização dos Conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia os atores que participam de seu processo decisório. Constatam, porém, que isto é insuficiente para tornar tal processo efetivamente democratizado.

Este cenário foi investigado por meio de inédita pesquisa censitária sobre o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Eles utilizaram três dimensões analíticas (autonomia, organização e acesso) compostas por dezoito variáveis. A análise dos resultados mostrou que os CMS têm problemas com autonomia e organização e bom desempenho no acesso.

A distribuição por portes populacionais revelaram que os melhores resultados são os dos CMS de cidades com mais de 250.000 habitantes, e os piores, de população inferior a 50.000. Os problemas identificados são reações à institucionalização dos CMS. Estas proveem de governantes que consideram as atribuições e o caráter deliberativo dos CMS, ameaças a seus interesses. Ocorrem por seu baixo custo, pois as regras do processo decisório não as desestimulam (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Em estudo realizado por Stoltz (2006) sobre o processo de institucionalização do controle social por meio das conferências e dos conselhos de saúde, o autor identificou os seguintes problemas: a) dificuldades das conferências de saúde se organizarem enquanto instâncias populares nas três esferas de governo Para ele, esta dificuldade pode ser atribuída a forma de convocação que é feita pelo Estado; deliberações ascendentes e ações dissonantes nos três níveis de governo; b) Grande parte dos Conselhos de saúde não cumpriu seu papel de atuar no planejamento e no controle da execução da política de saúde na sua respectiva esfera de governo, esta função tem sido exercida na maioria dos Conselhos pelos Secretários de Saúde.

Santos et al. (2011) aponta ainda a baixa qualificação dos conselheiros para conseguir realizar sua função adequadamente, principalmente a fiscalização da aplicação dos recursos públicos. Mesmo com os esforços empreendidos para minimizar ou diminuir esta lacuna, o tema é complexo e ainda há um longo caminho a ser percorrido. A autora argumenta ainda que o fortalecimento e a qualificação destes espaços estão condicionados a capacidade de articulação entre os segmentos de trabalhadores e usuários que neste contexto, assume papel tão importante quanto os gestores.

O fortalecimento dá-se também segundo esta mesma autora, pela sensibilização e conscientização de que para que o sucesso de uma prática de participação social em nível macro é necessário que se construa uma prática de participação nos espaços micros como colegiados gestores presentes no cotidiano dos serviços de saúde (SANTOS et al., 2011).

No entanto, em que pesem a garantia constitucional da incorporação do controle social nos espaços de formulação das políticas de saúde, permitindo o exercício de uma cidadania ativa para gestão dos problemas locais (GERSCHAMAN, 2004) a participação social não pode estar restrita as instâncias formais, esta deve ser valorizada e incentivada no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2009), a ausência destes espaços limita a participação mais efetiva da sociedade nos processos de gestão das políticas públicas.

Até mesmo trabalhadores do SUS não tem sido muito atuantes nos espaços de decisão dos seus locais de trabalho, isto se deve em parte ao fato de considerar o processo de cogestão complexo (BRASIL, 2009) ou ainda porque a efetivação da participação social esbarra em problemas como estrutura burocrática, privatista e centralizadora que dificulta a gestão social (NUNES et al., 2009). Os problemas, no entanto, não podem sobrepor os avanços alcançados ao longo de mais de vinte anos de construção do SUS.

Resultado da pesquisa realizada nos municípios da região metropolitana de Belém-Pa demonstrou que na visão dos usuários e trabalhadores do SUS, os Conselhos e as Conferências de Saúde tem buscado legitimamente garantir o direito do cidadão de participar da gestão do SUS, porém, ainda apresenta problemas com autonomia nos processos deliberativos e conseqüentemente com a política de cooptação dos Conselheiros, problema que se revelou comum à realidade dos Conselhos do Brasil, em função provavelmente dos limites na dinâmica de composição assimétrica do poder.

[...] Em muitos Conselhos aqui do Estado do Pará até onde eu sei, o prefeito quer apontar os membros, o governo tenta encontrar brechas para ter seus projetos aprovados [...] (Entrevistado 4).

[...] Existe muitos Conselhos de cabresto, o prefeito é que quer mandar, precisa mais qualificação [...] (Entrevistado 12).

[...] Às vezes os representantes dos usuários são indicações dos prefeitos, por isso quando chegam aqui se tornam submissos ao governo [...] (Entrevistado 20).

Outro resultado importante encontrado pela pesquisa e que se apresenta como um problema para o efetivo funcionamento dos Conselhos, corroborando as afirmações de Santos et al. (2011), foi a baixa qualificação dos Conselheiros, principalmente para exercer o papel de fiscalizador dos recursos públicos. A baixa qualificação implica em dificuldade dos conselheiros para compreender o seu papel e fazer uso do poder político representativo que têm na função, além de problemas com o acesso às informações da gestão municipal, principalmente aquelas relacionadas aos gastos públicos com saúde.

[...] Logo quando agente chega aqui, ficamos perdidos, não tem informações, os dados são confusos. Precisamos aprender tudo muito rápido e tem colegas que não conseguem [...] (Entrevistado 11).

[...] A qualificação é fundamental, os Conselheiros são convidados a participarem de treinamentos mas muitos não se interessam, o Estado oferece e o município também mas eles não vão [...] (Entrevistado 3).

[...] A falta de qualificação prejudica muito, tem muitos processos que ficam parado aqui porque muitos conselheiros tem dificuldade para encaminhar as coisas [...] (Entrevistado 7).

Quanto ao nível de envolvimento da sociedade civil, dos trabalhadores e do governo nos Conselhos os resultados encontrados foram os seguintes: a) a sociedade civil demonstra pouco interesse em participar dos Conselhos, quem participa em geral são pessoas, que possuem na maioria das vezes, interesses individuais. Isto deve provavelmente a alta concentração de poder nas mãos de representantes da gestão municipal (BISPO JÚNIOR, 2013); b) os trabalhadores dos SUS são pouco atuantes nos espaços de decisão dos Conselhos, o interesse é maior somente quando envolvem questões salariais, esta realidade pode ser explicada conforme afirmou Nunes et al. (2009) em função dos modelos de gestão burocrático, privatista e centralizador que não estimula a gestão social; c) a representação da gestão municipal por outro lado, é muito atuante e exerce forte influência no processo deliberativo, isto se deve em grande parte aos interesses partidários e pessoais em jogo.

Além dos Conselhos e das Conferências de Saúde os entrevistados apontaram a necessidade de se criar outros espaços de diálogo dentro do Sistema Único de Saúde, preferencialmente não formais para participação da sociedade como, por exemplo, a constituição de Fóruns distritais e colegiados gestores dentro dos próprios equipamentos de saúde, onde não só trabalhadores mas também a sociedade civil possa participar. Para Bordenave (1994) a participação social ocorre quando possibilita que classes sociais distintas façam parte dos movimentos históricos relacionados à política, economia, cultura e aos aspectos sociais criando espaços em que todos construam, gerenciem e se incluam no processo.

Em que pesem os avanços do SUS, há muitas barreiras ainda a serem enfrentados para exercer o controle social e a participação social de forma adequada nos municípios, o quadro abaixo apresenta uma relação desses desafios e suas conseqüências, que se revelaram comuns em todos os municípios pesquisados e na literatura que fundamenta este estudo.

Quadro 2 – Principais dificuldades e consequências para o efetivo funcionamento dos Conselhos da região metropolitana de Belém

<b>Dificuldades</b>	<b>Consequências</b>
Participação social restrita as instâncias formais	Limita a participação mais efetiva da sociedade nos processos de gestão
Dificuldade de institucionalização dos Conselhos. Reações originárias de Governantes que consideram as atribuições e o caráter deliberativo dos conselhos ameaças	Conflitos de interesses e tentativas de cooptação de Conselheiros.
Dificuldade de acesso a informações por parte dos Conselhos, principalmente aquelas relacionadas aos gastos públicos com saúde.	Controle da execução das políticas públicas ineficaz
Baixa qualificação dos Conselheiros para fiscalização das políticas	Dificuldade para colocar os Conselhos para funcionar e se organizar de forma qualificada e eficiente
Processo de convocação das Conferências a partir do Estado e do encaminhamento ascendente de suas deliberações com ausência de consensos para a ação nas três esferas de governo.	Dificuldades das conferências de saúde se constituírem em instâncias populares
Problema de descrédito, desinteresse e desencanto dos cidadãos com a própria ideia de democracia.	Não se sentem responsáveis pela gestão das políticas públicas. Grande parte da sociedade se coloca na posição “apenas” de denunciante dos problemas.
Baixa atuação dos próprios trabalhadores nos espaços de decisão. O interesse é maior somente quando se trata de questões salariais	Atribui aos sindicatos a responsabilidade pela luta em prol de seus direitos e melhorias da saúde pública. Consideram o processo de cogestão complexo.
Cultura Organizacional baseada nos modelos tradicionais de gestão	Estrutura burocrática, privatista e centralizadora.
Ausência de recursos próprios	Estrutura organizacional incompatível com as necessidades de trabalho

Fonte: Próprios pesquisadores

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social nos processos de gestão ou na defesa do SUS tem acumulado um importante patrimônio na democracia participativa em nosso país e diversos estudos apontaram nesse caminho.

Os resultados apresentados pela pesquisa demonstraram que a Gestão social no contexto das Políticas Públicas de Saúde está assegurada na Constituição Federal de 1998, a universalidade do direito à saúde, na perspectiva da integralidade da atenção e do cuidado, tem na participação social seu principal fundamento. Para além deste conjunto de princípios a saúde se apresenta como direito do cidadão, seu conceito se ampliou para além dos aspectos preventivos e curativos, bem como a compreensão da potencialidade da participação social na elaboração e execução das políticas de saúde.

A participação social tem-se se apresentando como princípio basilar no processo de implementação das políticas públicas de forma democrática. O SUS vem garantindo a participação social nos espaços de formulação, execução e controle das políticas de saúde. Nessa direção as Conferências e os Conselhos de saúde se tornaram fóruns de diálogo, inclusão e gestão social.

Entretanto, os desafios para consolidação da gestão social no SUS ainda são muitos e podem ser atribuídos a dificuldade em romper com o modelo de administração burocrática,

verticalizada, privatista e centralizadora que ainda está bem presente na administração pública, com a política de cooptação que se tornou uma estratégia que os representantes do governo utilizam para obter o controle da agenda deliberativa e com a baixa qualificação dos Conselheiros para desempenhar a sua função de modo eficiente, todavia, em que pesem os problemas como a baixa qualificação dos conselheiros, em boa parte dos municípios brasileiros, a participação tem sido um exercício sistemático de aprendizado.

Não obstante a importância das conferências e dos conselhos de saúde na garantia da gestão social, a participação social não pode estar limitada somente as instâncias formais garantidas pela Constituição, é preciso incentivar a abertura de outros espaços de gestão social no cotidiano dos serviços de saúde, bem como fortalecer e qualificar os conselhos para que seus resultados sejam mais efetivos, para isso ficou claro a necessidade de uma articulação eficiente entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

As dificuldades apontadas para efetivar a gestão social no âmbito das políticas públicas de saúde contrariam os princípios que fundamentaram a criação do Sistema Único de Saúde – SUS e fragiliza a imagem social dos conselhos junto a sociedade.

A reflexão realizada sobre a gestão social no contexto da Saúde Pública ao longo do artigo, considerando os constructos de cidadania, democracia e participação social demonstraram que os princípios do SUS devem ser compreendidos como elementos interpeladores para as políticas de saúde, que por sua vez necessitam, diante dos impasses, potencialidades e especificidades das circunstâncias históricas, serem recolocados permanentemente como questões para gestores, trabalhadores e usuários do sistema no intuito de impedir o distanciamento da essência daquilo que o SUS se propõe.

## REFERÊNCIAS

ABREU, A. A.; CARVALHO, L. S.; PEREIRA, J. R. Gestão social como caminho para a redefinição da esfera pública. *In: V Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social*, 5, 2011, Florianópolis. **Anais**. Disponível em: <<http://anaisenapeg2011.cariri.ufc.br/dmdocuments/p84.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

ARANTES, C. I. S. et al. O controle social no Sistema Único de Saúde: Concepções e ações de Enfermeiros da Atenção Básica. **Texto Context Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/a13v16n3.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

BENEVIDES, M. V. **Entrevista realizada por Silvio Cassia Bava diretor da ABONG**, jan. 2000. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/textos/victoria.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

BISPO JÚNIOR, J. P; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciêñ Saúde Colet**, v. 18, n.1, p. 7-16, 2013.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **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 de saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da 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, p. 18059, 20 set. 1990a. Seção I, pt. 1.

\_\_\_\_\_. **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências e Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área de Saúde da Outras providências, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Programa de reestruturação e qualidade dos ministérios.** Brasília: MARE, 1998.47 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 12). Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília, 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 02 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão.** Brasília, 2009. Disponível em: <[bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf)>. Acesso em: 20 jan.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde.** Brasília: Ministério da, 2005. Saúde (Série B: textos básicos de saúde). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/livro\\_cadastro.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/livro_cadastro.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 02 jan.2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; OLIVEIRA, Rodriane de. Conselhos de Saúde e Serviço Social. Luta Política e trabalho profissional. Ser Social. **Revista do Programa de Pós graduação em Política Social**, UNB, n.10, 2002. Disponível em: <[http://seer.bce.unb.br/index.php/SER\\_Social](http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social)>. Acesso em: 20 jan. 2013.

BOURDIEU, P. **Contrafogos 2: por um movimento social europeu.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BORDENAVE, Juan E. Diaz. **O que é participação.** 8. ed. São Paulo: Brasiliense,1994.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Da Administração Burocrática a Gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n 1, jan./abr. 1996. Disponível em: <<http://blogs.al.ce.gov.br/unipace/files/2011/11/Bresser1.pdf>>. Acesso em: 09 de jan. 2013.

CARVALHO, M. do C.A.A. **Participação social no Brasil hoje**. Pólis Papers, 2. São Paulo: Pólis, 1998, 59 p.

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase; IBAM, 1995, p. 19-33.

COELHO, Daniella Mello. Elementos essenciais ao conceito de administração gerencial. **Revista de Informação Legislativa**, v. 37, n. 147, p. 257-262, jul./set. de 2000. Disponível em: <<http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/622> >. Acesso em: jan. 2013.

COSTA, A. M, LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 47-55, maio/ago. 2006. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/06.pdf)>. Acesso em: 02 jan.2013.

DASSO JÚNIOR, Aragon Érico. **O papel do servidor público num Estado democrático e participativo**. Palestra realizada VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11, oct. 2002

DIAS, Solange Gonçalves. Reflexão a cerca da participação popular. **Integração**, a. 13, n. 48, p. 45-53, jan./mar. 2007. Disponível em: <[ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/45\\_48.pdf](ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/45_48.pdf)>. Acesso em: 17 ago. 2013.

FERREIRA, Caio Márcio Marini. Crise e Reforma do Estado. Uma questão de cidadania e valorização do servidor. **Revista do Servidor Público**, ano 47, v.120, n.3, set./dez, 1996. Disponível em: <[www.enap.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=2](http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2)>. Acesso em: 03 jan.2013.

GALLO, E. et al. Reforma Sanitária: Uma análise de viabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, out./dez. 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n4/07.pdf>>. Acesso em: 28 dez.2012.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6. nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/26.pdf>>. Acesso em: 03 jan.2013.

GUIZARDI, F.L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, 2004.

HAMEL, M.R. Movimentos sociais e democracia participativa. **Revista Espaço Acadêmico**, a. 8, n. 95, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/095/95hamel.htm>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. 2 v.

\_\_\_\_\_. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **Era das transições**. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

INDRIUNAS, Luís. **História da saúde pública no Brasil**. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>>. Acesso em: 30 dez. 2012

JUNQUEIRA, L. A. P. et al. Parcerias e redes sociais: a busca pela gestão social eficaz: um estudo de caso. *In: Anais do encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social*, 3, Juazeiro, Petrolina, 2009,

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde: introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1611-1613, jul, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700019>>. Acesso em: 23 dez.2012.

MILLANI, Carlos R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas sociais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-79, maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n3/a06v42n3.pdf>>. Acesso em 05 jan.2013.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300015>>. Acesso em: 26 dez. 2012

NUNES, G.M.; et al. Os desafios da participação popular no Sistema Único de Saúde. *In Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social*, 3, Juazeiro, Petrolina, 2009.

PAIM, J. M. A. Reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.1, n. 2., 1992.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 30 dez.2012.

RAMOS, R. R. et al. Importância percebida e intenções de envolvimento com gestão social: uma análise junto a estudantes de cursos de administração. *In: Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social*, 3, Juazeiro, Petrolina, 2009.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. *In: PEREIRA, A. C. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. Disponível em: <[http://www.professores.uff.br/jorge/desenv\\_pol\\_pub\\_saude\\_brasil.pdf](http://www.professores.uff.br/jorge/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf)>. Acesso em: 30 dez.2012.

SANTOS, C. M. et al. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe**: livro do aprendiz 1. Aracajú: Funesa, 2011.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise da experiência nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n. 1, p. 9-30, 2005. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, v. 30, n. 73/74, p. 149-160, 2006.

SILVEIRA, C.H. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil. In: MACHADO, P.H.B.; LEANDRO, J.A.; MICHALISZYN, M.S. (Orgs). **Saúde coletiva**: um campo em construção. Curitiba: Ed. IBPEX, 2006.

VASCONCELOS, V. C. **A dinâmica do trabalho em saúde mental**: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), 270f. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/5440/2/997.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2012.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. (Re) visitando o conceito de gestão social. **Desenvolvimento em questão**, a. 3, n. 5, p. 101-124, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.unijui.edu.br/index.php>>. Acesso em: 30 jan.2013.

\_\_\_\_\_. **Tem razão a administração?** 3.ed. Ijuí: Ed. da Unijuí, 2008.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, Sup. 2, p. 7-18, 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>>. Acesso em: 30 jan.2013.

VARGAS, Jerferson Dutra de. **História das políticas públicas de saúde no Brasil**: revisão da literatura. Monografia. Escola de Saúde do Exército. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <[www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC\\_2008\\_CFO\\_PDF/CD52%201%BA%20Ten%20Al%20JEFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf](http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD52%201%BA%20Ten%20Al%20JEFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf)>. Acesso em: 30 dez.2012.

WENDHAUSEN, Á.; CARDOSO, S. M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 579-84, set./out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a18.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

**Artigo recebido em: 13/09/2013**

**Artigo aprovado em: 12/10/2013**