

Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-2002¹

Social Control and Participatory Management in Public Health at Healthcare Units in Campo Grande, MS, Brazil, 1994-2002¹

Milca Lopes de Oliveira

Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Tecnologia de Alimentos e Saúde Pública. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS.

Endereço: Rua Roney Paini Malheiros, 251, C-101, CEP 79092-220, Coopamat, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: milcalo@yahoo.com.br

Eurivaldo Sampaio de Almeida

Prof. Titular do Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Avenida Dr. Arnaldo 715, Cerqueira Cesar, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: eurival@usp.br

¹ Artigo baseado na tese de doutorado de Milca Lopes de Oliveira "Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública: a experiência de conselhos gestores de unidades de saúde do município de Campo Grande/MS - 1994/2002". Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2003.

Resumo

A participação social no Brasil evoluiu de movimento operário e de sindicatos, culminando na institucionalização através de Conselhos. Na área da saúde, foi legalizada pela Lei 8142/90. O objetivo deste estudo é conhecer a prática do controle social exercida em Conselhos de Unidades e sua influência nas políticas de saúde do município de Campo Grande, MS. Foram feitos cinco estudos de caso, tendo como fonte principal as atas de reuniões e como referencial de análise um documento do Ilpes/Claps (1975). Os Conselhos organizam-se em plenário, com coordenador, secretário, composição hoje paritária, representatividade reduzida e periodicidade mensal. O processo decisório contempla principalmente elementos técnico-administrativos e técnico-operacionais. No período 1998-2002, o controle social fortaleceu-se por encaminhamentos mais concretos, mas a capacidade de deliberação precisa ser fortalecida por uma capacitação que inclua elementos técnicos, políticos e administrativos, representatividade, fortalecimento da cidadania, divulgação intensa das atividades dos Conselhos, inclusive na mídia, maior mobilização social e articulação entre os vários Conselhos e instâncias municipais que fazem interface com o setor de saúde.

Palavras-chave: Conselhos de saúde; Controle social; Gestão participativa; Gestão democrática; Participação social.

Abstract

Social participation in Brazil has evolved from workers' and union movements into a legitimate process conducted through Social Councils. In the Public Health field this practice was recognized by Law 8142/90. This study aims to analyze the practice of Social Control by Healthcare Unit Councils and its influence on health policies of the municipality of Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul. Five case studies were conducted, with minutes of meetings as the main source of data and a document of ILPES/CLAPS (1975) as reference for analysis. The councils are organized as boards with one coordinator and one secretary. Additional features include parity in composition, fragile representation, and monthly meetings. The decision-making process gives significant attention to technical-administrative and technical-operational elements. From 1998 to 2002, Social Control was made stronger by more effective procedures, but deliberation capacity needs to be strengthened with capacity-building initiatives that include technical, political, and administrative elements, representation, empowerment of society, the wide publicity - also in the media - of Council activities, greater social mobilization, and articulation between Councils and municipal spheres that have an interface with the health sector.

Keywords: Health Councils; Social Control; Participatory Management; Democratic Management; Social Participation.

Introdução

O conceito de participação está permeado de contradições, principalmente em razão de sua amplitude conceitual. Nem sempre são claras as diferenças entre participação cidadã, participação social e participação comunitária ou, ainda, participação popular (Jacobi, 2000, p. 27). O conceito assumiu significados variados, conforme o contexto em que operou a concepção vigente do processo saúde-doença e, principalmente, as relações vigentes entre o Estado e a sociedade (Carvalho e col., 2001, p. 93).

Muitos foram os pesquisadores que estudaram o tema da participação, permitindo a construção de certo quadro teórico.

Arouca (1987, p. 15) entende a participação popular como uma prática social que supõe a participação das classes sociais, principalmente a dos trabalhadores do campo e da cidade, em todos os níveis de organização da sociedade, sendo que essa participação não se dá de forma difusa, mas organizada, devendo envolver associações, comitês, fóruns, conselhos, sindicatos, partidos, movimentos e organizações, dentre outros mecanismos, nos diferentes níveis de organização do Estado e nas diferentes áreas de atuação.

Para Borja², participação é, por um lado, o encontro entre as instituições representativas, partidos e administração e, por outro, os movimentos e organizações sociais que existem independentemente dos partidos políticos e dos mecanismos participativos. Seu objetivo é facilitar, tornando mais direto e mais cotidiano, o contato entre os cidadãos e as diversas instituições do Estado e possibilitar que estas levem mais em conta os interesses e opiniões daqueles antes de tomar decisões ou de executá-las.

Para Valla (1989, p. 91) a participação é entendida como participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social.

Jacobi (1992, p. 34,35) coloca duas concepções de participação: 1) a visão da participação restrita e delimitada; 2) a visão da participação plena, enquanto ação permeada por uma noção de conflito. O tema da participação está diretamente vinculado aos processos de democratização política e às dinâmicas de gestão

² Borja, J. *Estado y ciudad*. Barcelona: PPU, 1988 (apud Jacobi, 2000, p. 28).

descentralizada. O autor afirma que quando se fala em participação dos cidadãos deve-se enfatizar que se trata de uma forma de intervenção na vida pública comum à motivação social concreta que se exerce de forma direta, e de um método de governo baseado num certo nível de institucionalização das relações entre Estado e sociedade civil. A participação deve ser entendida como um processo continuado da democratização da vida municipal, cujos objetivos são: 1) promover a iniciativa a partir de programas especiais visando o desenvolvimento de objetivos de interesse coletivo; 2) reforçar o tecido associativo e ampliar sua capacidade técnica e administrativa, tornando as entidades competitivas; 3) desenvolver a participação na definição de programas e projetos e na gestão dos serviços municipais.

Participação é um processo de conquista, em constante vir-a-ser e que se tem como uma ação inacabada. Não é dádiva nem concessão, nem é preexistente. O processo de participação envolve disputa por poder, mostra-se como outra forma de poder (Demo, 1998 p. 18). De acordo com um documento publicado pelo Ministério da Saúde do Chile (Chile, Ministerio de Salud, s.d. p. 2, 5), a participação social “está orientada a que las personas (niños, jóvenes y adultos), sus familias, organizaciones y comunidades, sean y se sientan parte protagónica de la tarea de promover y mantener su salud, como componente básico de su bienestar. Su objetivo es desarrollar la capacidad de trabajo conjunto institución-comunidad organizada. Se busca que la comunidad pueda tomar parte o influir en las decisiones sobre los asuntos de salud que le afecta y pueda involucrarse en el análisis, planificación y promoción de la salud. Así, las acciones en salud aportarán al mejoramiento de la calidad de vida y al desarrollo social”.

Os anos 1980 trouxeram para o cenário nacional uma nova forma de participação, que passa a ser praticada através de gestões colegiadas e representativas e a ser vista como direito de cidadania (Carvalho e col., 2001, p. 95). Essa participação institucionalizada produzia militantes que desenhavam um sistema único e descentralizado de saúde garantindo espaços institucionais de participação da sociedade na gestão da saúde. A participação em saúde ficou estabelecida no Art. 198 da Constituição, regulamentada pela Lei 8080/90 (Brasil, 1990a) e complementada pela Lei

8142/90 (Brasil, 1990b), que fixou a prática do controle social mediante um movimento que passa por Conferências e Conselhos de Saúde, configurando um novo padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas sociais, especificamente as de saúde (Westphal, 1992). Os Conselhos de Saúde têm função ampla, com caráter permanente e deliberativo, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde da instância federativa correspondente. O papel fundamental dos Conselhos é exercido nas decisões quanto às prioridades sanitárias e à fixação de diretrizes para a atuação do Executivo na atenção à saúde da população (Carvalho e col., 2001, p. 95).

A existência das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde é coerente com pelo menos três idéias principais: “(1) a necessidade de concretização do controle social, que expressa o objetivo de controle da sociedade sobre o Poder Público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa); (2) o esforço de construção de uma gestão participativa, pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhado com a sociedade e (3) a necessidade de acúmulo de capital social, para propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo) e com a corrupção institucionalizada” (Noronha e col., 2004, p. 71).

O Controle Social em Saúde é uma estratégia para democratizar o poder, o espaço, o canal de manifestação da participação social regulada e institucionalizada normalmente no aparelho de Estado. Reveste-se de caráter educativo, reivindicando direitos coletivos e interferindo nas práticas políticas nos aspectos técnicos, administrativos, ambientais e orçamentários, através de deliberações, intervenções e encaminhamentos de decisões referentes às necessidades identificadas pelos representantes legítimos. O controle social torna-se ferramenta para a consecução da Gestão Participativa, que é o ato democrático de gerenciar as ações e práticas políticas do controle social pelo planejamento de programas e serviços de saúde. É a concretude da participação social institucionalizada e o canal para a efetivação do controle social (Oliveira, 2003, p. 30).

De regulamentação recente, a Portaria 399/06

(Brasil, 2006) assume a participação e o controle social como diretrizes para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e entende o controle social como movimento de repolitização da saúde decorrente de estratégia de mobilização social com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania, pelo diálogo com a sociedade, para além dos limites institucionais do SUS, para que os papéis dos diferentes atores sejam plenamente exercidos. Estabelecido como uma das diretrizes para o processo de gestão compartilhada e solidária, o controle social traz em seu bojo direitos a garantir.

No intuito de desvelar processos de participação social em Unidades de Saúde, este estudo tem o objetivo de conhecer e analisar a prática do controle social exercida em Conselhos de Unidades de Saúde e sua influência na definição das políticas de saúde pública no município de Campo Grande, MS.

Metodologia

Este estudo descritivo teve como fontes de dados documentos, atas das reuniões, observação de reuniões e entrevistas semiestruturadas. Foi realizado em quatro Conselhos de Unidades de Urgência - um de cada Distrito Sanitário: Nova Bahia, Aero Rancho, Moreninha III e Vila Almeida - e em um do Centro de Especialidades Médicas (CEM). Para a escolha das Unidades adotaram-se os seguintes critérios: tamanho da área de abrangência da Unidade de Saúde, volume de atividades desenvolvidas, corpo de recursos humanos, tempo de funcionamento (mais de um ano), funcionamento do Conselho, grau de complexidade da Unidade. As instâncias selecionadas representam 50% dos Conselhos de Unidades de Saúde existentes à época da coleta de dados.

Cada Conselho foi estudado desde a data de sua criação até 2002, quando se encerrou a fase de coleta dos dados.

As demandas dos Conselhos Gestores (CGs) das Unidades foram analisadas por meio de um recorte simplificado da Síntese para Tipos de Diagnóstico de Saúde³, sem distingui-los entre Diagnóstico Administrativo e Estratégico - uma forma didática de apresentação das problemáticas dos Conselhos. As

variáveis selecionadas para a classificação das demandas foram: queixas, reivindicações/sugestões e decisões/encaminhamentos. A análise da interferência dos Conselhos nas políticas de saúde do município se orientou pelo documento *Formulación de Políticas de Salud*, do Ilpes/Claps (1975), que inclui um complexo de três grandes componentes considerados básicos para a tomada de decisões: a) componente político; b) componente técnico-administrativo; c) componente técnico-operacional.

A escolha dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde a serem estudados permitiu melhor apreensão da dinâmica do exercício do controle social sobre ambientes decisivos para o estabelecimento do processo saúde-doença. O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) em 2001.

Apresentando e Discutindo os Resultados

O controle social em saúde no âmbito do estado de Mato Grosso do Sul teve início com a criação do Conselho Estadual em 11 de junho de 1991, por iniciativa do Executivo. Esse ato legal parece dizer que o estado criava o Conselho por uma questão de obrigatoriedade, sendo a existência deste exigida para a celebração de convênio de descentralização com o governo federal e para se possibilitar medidas punitivas. Nessa primeira formação (24 conselheiros e um Secretário de Saúde), feriu-se o princípio da paridade, situação corrigida em outubro de 1994. O Conselho Municipal de Saúde de Campo Grande foi criado em 27 de dezembro de 1990, com caráter consultivo e composição de 8:4 (oito indicados por entidades ligadas ao setor de saúde da Administração Pública Municipal e quatro indicados por entidades representativas de profissionais de saúde e entidades comunitárias e filantrópicas da área da saúde e da sociedade civil), ferindo assim o princípio da paridade e o caráter deliberativo.

O processo de constituição dos Conselhos Municipais das Unidades de Saúde teve início em 1994. Em 1995, já eram 12, nove deles de Unidades de Urgência e três de Unidades Básicas. Foi criado também em

3 Testa, Mario. Planificación Estratégica en el Sector Salud. Centro de Estudios de Desarrollo Social (Cendes) de la Universidad Central de Venezuela (UCV), 1981. Mimeo. Apud Sá e Formigli, 1992, p. 43-44.

1995 o Fórum dos Usuários do SUS. Em novembro de 1996 ocorreu 1.º Encontro Municipal de Conselhos de Unidades – cognominados Conselhos Gestores de Saúde (CGs) –, promovido pelos fóruns de usuários e pelo Fórum dos Trabalhadores em Saúde. Devido à não-implementação das propostas encaminhadas pela 2.ª Conferência Municipal de Saúde, houve um retrocesso nos CGs. Somou-se a esse fato a instabilidade política na Secretaria de Saúde do Município (Sesau), com sucessivas trocas de Secretário, resultando em descontinuidade da política de controle social até então existente. Em 1997, foi firmada parceria entre a Sesau, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul e a Fundação Nacional de Saúde, visando ao fortalecimento do controle social. Foram criados mais 13 CGs. Em 2001, foi criado o Setor de Controle Social. Em outubro de 2007, contavam-se 38 Conselhos de Unidades de Saúde ativos e 32 desarticulados. Além disso, a sede e a coordenação do controle social da Sesau encontravam-se sob supervisão do Conselho Municipal de Saúde.

Representatividade, Paridade e Organização dos Conselhos

A representação dos bairros nos CGs é pouco expressiva, comprometendo sua legitimidade. Quanto mais forte for a representatividade, maiores serão os dividendos democráticos. Os poucos líderes comunitários que atuavam diretamente acreditavam que esse canal de diálogo e gestão necessitava ser mais bem trabalhado. Segundo Westphal (1993, p. 132), onde a organização popular não existe as dificuldades aumentam pela ausência de uma política clara de representação, falta essa que reflete em grande medida um caráter de ensaio e erro. A maioria dos usuários, como bem se sabe, não está organizada.

Quanto à paridade, têm-se formações variadas ao longo do tempo, mostrando desrespeito à legislação, conforme as seguintes proporções (respectivamente do segmento usuários, do segmento trabalhadores/servidores e do segmento gestor/prestador): 3:2:2 (1994), 4:2:2 (1994 a 2000), 3:4:4 (1998), 4:3:3 (1999), 2:2:1 (2000), 6:3:3 (2001) e 8:4:4 (2002). O plenário do CG era formado por coordenador(a), secretário(a) e conselheiros, divididos em comissões de trabalho, quando necessário. O gestor da Unidade é seu gerente; no Con-

selho, o papel de gestor é desempenhado pelo gerente e funcionários do setor de controle social da Sesau.

As reuniões ordinárias são mensais, previstas em calendário. Raras são as extraordinárias. A média de reuniões, de 1994 a 2002, foi de nove ao ano. As pausas variaram desde dois até 19 meses. Conselhos criados há mais tempo tiveram maior tendência a pausas prolongadas, o que parece apontar conselheiros despreparados e despolitizados. De acordo com a Rede IDA (1993), o processo de participação social se dá de forma sempre crescente, podendo envolver em certos momentos. A secretaria dos CGs é responsabilidade de um dos conselheiros. A pauta vem por vezes pronta, montada pela secretaria do Conselho ou é elaborada no início da reunião. Em geral, a escolaridade dos conselheiros do segmento gestor/prestador era de nível superior, havendo casos de conselheiros com pós-graduação *lato sensu*. A dos profissionais/trabalhadores, em sua maioria, era de nível superior e a dos usuários variava entre ensino médio, fundamental completo e fundamental incompleto.

Uma entrevista conduzida pela pesquisadora em 2002 com a Secretária de Saúde (dois mandatos consecutivos: 1998-2004) traz importantes informações. Nas palavras dela:

a efetivação dos Conselhos Gestores é posterior a 1998 e fruto da consolidação dos movimentos populares, a partir das oficinas de capacitação de conselheiros que foram desencadeadas pela Fundação Nacional de Saúde – Funasa, em 1996/1997, em parceria com o gestor estadual e a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Eu ocupava o cargo de Coordenadora Regional e tínhamos uma linha de trabalho de Educação para a Participação em Saúde, a qual incluía a formação de conselheiros e a mobilização das comunidades para o controle social. Ao assumir a Sesau, promovi a organização do setor de apoio ao controle social, que assumiu o trabalho na mesma linha, inclusive com servidores que vieram da própria Funasa. O movimento cresceu muito, principalmente pelo fortalecimento dos fóruns de trabalhadores e usuários de saúde, mas também pelo trabalho do Serviço de Apoio ao Controle Social – Sacs, que adotou a capacitação continuada, instituiu o informativo trimestral e se colocou como verdadeiro apoio para esses colegiados; além do envolvimento dos gerentes

de Unidades que, em geral, são os coordenadores dos Conselhos Gestores. Outros fatores também contribuíram, como a inserção do tema na pauta do Conselho Municipal [...]; porém, há um fato que reputo importantíssimo: desde maio de 1998, a Sesau adotou o processo de planejamento ascendente, que se inicia no âmbito dos Conselhos Gestores. Serviu para fortalecer o papel desses Conselhos e a sua representatividade perante a comunidade usuária da Unidade.

Prática de Atuação dos Conselhos

Os conselheiros sempre votam e propõem comissões de trabalho. De 1994 a 1997, o segmento de usuários detinha a coordenação em todos os CGs. Em 1998, um dos CGs escolheu um prestador, mantendo-se nos demais um representante dos usuários. Em 1999 e 2000, todos os coordenadores eram novamente usuários. Em 2001, um dos CGs tinha como coordenador um prestador de serviços e, em 2002, todos os coordenadores eram prestadores. Esse movimento mostra um deslocamento de poder, ora para usuários, ora para prestadores. Os registros e as falas indicam o desejo intenso dos usuários de deter poder ocupando a função de coordenadores de Conselho. No entanto, no decorrer do processo de funcionamento desses Conselhos, vê-se que o papel de coordenador se desloca do segmento usuário para o segmento prestador, principalmente. Talvez isso se explique por eles terem maior facilidade para a gestão do CG e por virem obtendo maior credibilidade junto aos usuários: o prestador já está na Unidade, conhece melhor a hierarquia e órgãos afins, tem maior disponibilidade e infraestrutura para trabalhar e dispõe de mais informações sobre as rotinas e procedimentos, bem como de facilidade e agilidade no acesso a vários órgãos, entre outras razões.

A duração média das reuniões é de uma hora e meia. Procede-se à leitura e à aprovação da ata da reunião anterior, com retificações, quando necessário. As reuniões seguem a dinâmica de apresentação da pauta e discussões, nem sempre havendo deliberações. Os encaminhamentos se dão na forma de ofícios e/ou visitas a pessoas e/ou instituições, ou saem temporariamente do cenário de discussão.

Os segmentos usuários e prestadores são os que mais falam nas reuniões e, muitas vezes, numa situação de embate. Nem todas as deliberações se trans-

formam em encaminhamentos, até porque deliberar/encaminhar exige o conhecimento de um referencial legal, do qual, em muitos momentos, não se dispõe. Nem sempre se conhecem os caminhos para destinar os encaminhamentos. Quando os interesses dos usuários demoram a ser atendidos, a credibilidade do Conselho cai e, via de regra, a resposta desse segmento é o esvaziamento do quórum nas reuniões, preocupando os prestadores de serviços. Ao longo do tempo o papel dos conselheiros vem passando de “mais fiscalizadores” para “mais deliberadores”, afirmando seu papel legal. No entanto, a prática ainda mostra fortemente uma gestão de caráter consultivo/palpativo.

O setor de controle social da Sesau afirma que os conselheiros já têm mais claro seu papel, pois no início sentiam-se com a função de controlar, por exemplo, presença e livro-ponto dos funcionários. As Plenárias de Saúde vêm contribuindo para a troca de experiências entre os CGs da capital, com estímulo à organização dos CGs e maior participação nos variados fóruns do município.

O processo atual é respaldado pela legislação vigente, de busca de informações, treinamentos, discussões, vivências e ajustes. É um período de maturação da prática de deliberar e fazer gestão participativa em saúde pública. É preciso conhecer e identificar os níveis hierárquicos e os níveis paralelos afins, para se fazerem encaminhamentos, buscar aliados e enviar mensagens claras aos fóruns específicos, de modo a obter-se devolutiva. Nisso estão envolvidos interesses recíprocos e questões éticas para os parceiros. O processo de implementação de uma prática social demora, muitas vezes, uma geração, tempo necessário para que seja digerida e incorporada à cultura sociopolítica de uma população.

Demandas e seus Desdobramentos

As demandas apontam para um cenário composto predominantemente de elementos administrativos, sendo relacionadas em quantidade decrescente aos serviços de saúde, ao setor saúde, à situação epidemiológica e ao ambiente.

Serviços de saúde: Eficácia, eficiência, cobertura dos serviços e programas desenvolvidos são mensagens por vezes subjetivas. Quanto aos recursos: organização dos serviços, função, quantidade, distribuição e dispo-

nibilidade dos servidores e produtividade da Unidade de Saúde, principalmente dos médicos, são aspectos que sempre fazem parte das reivindicações e sugestões. O poder técnico é bem aparente. Os profissionais de saúde detêm maior conhecimento da realidade sanitária, permitindo acúmulo de poder, e conseguem ter maior influência nas decisões e nos encaminhamentos, devido aos argumentos apresentados no plenário das reuniões. Os prestadores de serviços têm assumido, em conjunto com os usuários, a maior parcela de autoria das decisões e encaminhamentos. Disputas cotidianas sobre “o que fazer” e “como fazer” estão frequentemente presentes nos relatos das atas, na maioria das vezes, em defesa dos direitos dos usuários, que almejam maior reconhecimento de seu trabalho, impor-se melhor como líderes de bairro, projetar-se nos fóruns que se articulam com o setor saúde, ser notados por setores de órgãos públicos e candidatar-se à função de vereador, entre outras aspirações. A partir de 2000-2001, os conselheiros passaram a conseguir se articular melhor, politicamente, em vários níveis dos serviços públicos e privados, contribuindo para melhorar principalmente a acessibilidade, a resolutividade e a produtividade médica.

Setor de saúde: Organização do setor e suas relações com demais entidades do município, visando, com frequência, parcerias e interação, no entendimento de que ações de prevenção, assistência e proteção da saúde se constroem na perspectiva da interinstitucionalidade. Discutem-se ainda a interdependência de níveis hierárquicos do setor de saúde, de fóruns integrados a esse setor, de demais Unidades de Saúde de nível básico, de urgência e/ou de referência, de Plenárias de Saúde e de órgãos afins dos níveis estadual e federal. São discutidos os reduzidos recursos, a atuação dos CGs no planejamento do município, a qualidade dos atendimentos e das ações prestadas e as relações funcionais entre servidores, entre servidores e usuários, entre servidores e conselheiros e entre Conselho e instituições. As questões do financiamento para o setor são alvo, normalmente, de informações aos conselheiros, atendo-se principalmente ao Conselho Municipal. Percebe-se mais recentemente uma maior capacidade de argumentação, culminando num maior poder de decisão, originado nos segmentos usuário e prestador de serviços.

Situação epidemiológica: Agentes, vetores, hospedeiros (subentendendo-se morbidade e mortalidade); condições ambientais: saneamento básico; o “social” (referindo-se a grupos como idosos, crianças, gestantes), deixando algumas vezes implícitas questões socioeconômicas e situações de risco. Os bairros são dotados de toda infraestrutura básica de circulação e distribuição de mercadorias, bens e serviços, excetuando-se serviços bancários. O processo saúde-doença é ainda fortemente percebido em termos da dependência de medicamentos e assistência médica.

Ambiente: Fala-se bastante em prevenção e cuidados com o ambiente como elementos necessários para bons níveis de saúde. A questão da promoção da saúde nos serviços de saúde e nos bairros de referência começou a constar nas atas no final de 2002, na expressão “entorno saudável”. São motivos de preocupação e se mostram como desafios aos órgãos competentes: queimadas, saneamento insuficiente e escoamento de águas servidas originadas de supermercados e de lava-jatos clandestinos.

Processo Decisório: deliberações e encaminhamentos

Deliberar está vinculado a ações de discussão, reflexão, resolução, decisão, autonomia, e também à ação de ponderar, meditar, examinar, escolher alternativas, tornar-se responsável pelos atos. É esta a expressão que se espera dos conselheiros, de modo que o poder de decisão possa estar equitativamente distribuído entre os segmentos. De acordo com as atas e entrevistas, a deliberação vem se configurando como o consenso ao qual chegam, sendo as demandas discutidas então encaminhadas como reivindicação às instâncias afins. Os encaminhamentos não se conformam em processos. A maior dificuldade reside no acompanhamento desses encaminhamentos. Muitos se perdem.

No conjunto dos CGs, o processo decisório apresenta em média 22,8% de componente político, 50% de componente técnico-administrativo e 27,2% de componente técnico-operacional. Considerando-se o número de deliberações, os Conselhos mais atuantes foram, em ordem decrescente: Nova Bahia, Aero Rancho, Vila Almeida, CEM e Moreninha III. Cruzando-se os três componentes do processo decisório, o Conselho

da Unidade do bairro Nova Bahia foi o mais representativo nesses processos, assumindo liderança quanto ao componente administrativo e subliderança no componente político.

Os **elementos do componente político** voltam-se predominantemente à implantação, divulgação e condução de programas, divulgação e construção de área física para o PSF, questões ambientais, projeto de mutirão de limpeza, regularização do abastecimento de água em bairro, discussão do regimento interno dos CGs, atuação dos agentes do Pacs, divulgação dos CGs na mídia e na comunidade, questões de trânsito, atuação no planejamento ascendente da Sesau, disponibilidade de policial para a Unidade, recursos humanos da Unidade e definição de papéis dos conselheiros. Os **elementos do componente técnico-administrativo** incluem limpeza periódica da Unidade, formas de agendamento nas Unidades e no CEM, funcionamento da Unidade, censo para capacitação de conselheiros, orientação dos pacientes para uso correto dos programas, mutirão de limpeza, confecção de folhetos explicativos, ouvidoria e aquisição de veículos para serviços de epidemiologia. São feitos pedidos relativos a equipamentos para a Unidade, reforma, usos e agilização da ambulância, bebedouro, torneiras fixas, médicos, pediatra, supervisor médico do Distrito, cumprimento de horários de médicos, agilização dos medicamentos e maior agilidade da recepção, regularização do abastecimento de água do bairro, cascalhamento do pátio da Unidade, horas extras nos finais de semana, divulgação de campanhas, qualidade do atendimento e funcionamento da Unidade, telefone público e postes. Os **elementos do componente técnico-operacional** incluem controle e ouvidoria nas filas, análise de água de um bairro, ações antidengue, rua do lazer, busca ativa de dados de acidentes ocorridos em frente à Unidade, capacitação de conselheiros, reuniões domiciliares para explicação sobre os serviços, verificação de normas de higiene de canil, orientação sobre agendamento de consultas e exames e pesquisa sobre faltosos.

Os conselheiros vêm avançando para uma ocupação mais sistemática de outros espaços político-sanitários, como o Conselho Municipal de Saúde, o Fórum de Usuários do SUS, o Fórum Estadual de Trabalhadores em Saúde, Conselhos Distrital e Regional, Comitê da Dengue e Conselho do CEM.

Dificuldades e Avanços no Funcionamento dos Conselhos

Identificaram-se as seguintes dificuldades: reduzido comprometimento por parte dos usuários diante dos Conselhos, falta de espaço físico para reuniões dos CGs, falta de conhecimento das finalidades dos CGs por parte dos conselheiros, não-disponibilidade de assessoria e ausência de um órgão de coordenação dos CGs na Secretaria Municipal quando da criação dos primeiros Conselhos (em 2001) e falta de credibilidade dos segmentos que compõem os Conselhos. (Essas dificuldades podem ser consideradas não mais existentes nesses CGs, delas havendo somente alguns ranços no CGs do CEM, dada sua criação mais recente.) Dificuldades para reunir os conselheiros, desmobilização pelo não-atendimento das deliberações das reuniões e falta de divulgação nos meios de comunicação ainda têm se manifestado. Citam-se também a alta rotatividade de conselheiros, provocando descontinuidade do Controle Social; o imediatismo; e a velocidade na tomada das decisões, necessitando-se uma ação interinstitucional e multiprofissional para sua realização, como manifestado na fala de um dos usuários:

É preciso ser persistente e ter fôlego moral e espiritual! [...] se fala nas leis do SUS, mas existe uma descontinuidade no controle social, porque ninguém passa o bastão. Faz-se eleição e se começa tudo de novo.

O divisor de águas quanto à história do Controle Social em Campo Grande ocorreu em 1998, quando da posse dessa Secretária de Saúde. Documentos e informações anteriores a essa data são inexistentes ou poucos servidores sabem onde encontrar e detalhar os processos.

Alguns problemas se arrastam há anos, pois são pertinentes ao sistema de saúde, como por exemplo, a velocidade na tomada de decisões, a qual é influenciada por muitos fatores interdependentes e também dependentes de outros setores, necessitando-se uma ação interinstitucional e multiprofissional para sua realização.

Quanto aos usuários, existem alguns estrangulamentos: o imediatismo, o muito senso do direito e o pouco senso do dever. De acordo com as atas das reuniões dos Conselhos e segundo algumas entrevistas, a

maior dificuldade, decorrente do somatório das outras, diz respeito à capacidade de ser gestor, o que envolve o entendimento, tanto pelos conselheiros quanto pelos técnicos da Sesau, da essência da expressão – articular-se com os demais setores da sociedade, participar, representar a população, envolver-se no processo de condução e formulação das políticas de saúde (Brasil, 1990c, p. 13-14).

Para Sposati e Lobo (1992, p. 373), a organização da representação popular em Conselhos é, sem dúvida, um avanço, mas um avanço face ao autoritarismo do passado. É necessário estender o poder da representação popular para a construção e gestão da política de saúde e introduzir cenas de negociação explícitas.

O fato de a população não haver alcançado um patamar de cultura considerada político-democrática, e não ter se capacitado para assumir o controle social como uma interlocução regulada e institucionalizada tem dificultado a democratização do sistema de saúde e da sociedade (Westphal, 1992, p. 25).

A análise dos documentos e entrevistas e o pano de fundo da bibliografia revisada respaldam a afirmação de que, quanto à prática do controle social e da função de gestão participativa, mesmo a despeito das dificuldades encontradas, os avanços são facilmente perceptíveis, situando-se em três momentos. Em **processo adiantado de construção**, encontram-se os seguintes aspectos: aperfeiçoamento da gestão dos serviços, crescimento de espaço administrativo, interferência na dinâmica da instituição, atuação no planejamento de ações e serviços de saúde no município (com sugestões), análise de propostas e denúncias (por intermédio da Ouvidoria), capacitação de conselheiros, estudo do regimento interno, participação em Plenárias de Saúde, estruturação de reuniões com debates mais concretos, perfil dos trabalhadores em saúde, postura democrática nas reuniões, ação fiscalizadora dos serviços, organização dos Conselhos, ponto de vista de quem dirige os serviços, sugestões para os programas de saúde e localização de Unidades e/ou serviços, articulação de entidades, discutir e encaminhar os assuntos, discutir e decidir em conjunto sobre as questões de saúde e atendimento da Unidade de Saúde, conhecer os recursos humanos, materiais e programas desenvolvidos, decidindo as prioridades, fiscalizar e acompanhar a política de saneamento e meio ambiente, criar mecanismos de ouvidoria que

permitam à população dar sugestões e fazer denúncias, atenção para que sejam colocadas em prática as decisões do CG, organização social, formulação de demandas amarradas com a realidade socio sanitária e ambiental, programação local de caráter ascendente e proposição de medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do centro de saúde. Em **processo lento de construção**, figuram influência e controle das políticas, espaço político e decisório (pelas barreiras de poder, reduzindo a autonomia dos CGs), experiência da gestão participativa, competência e habilidade para provocar mudanças, acesso a informações político-sanitárias, critérios de representatividade, senso de responsabilidade social, uso da mídia e demais canais de informação para sensibilização e pressão, definição clara dos papéis dos conselheiros, fluxo e interpretação de informações, redução do corporativismo profissional, Conselho como espaço de construção de conhecimento e espaço educativo, relação de maior igualdade entre os segmentos dos Conselhos, divulgação das ações dos CGs, ações conjuntas com outros poderes, divulgação do uso correto dos serviços de saúde, educação em saúde em parceria com entidades dos bairros, adoção de critérios que definam qualidade e resolutividade, informações sobre direitos sanitários e conhecimento sobre recursos financeiros. Apresentam-se ainda **não-operacionalizados ou com presença incipiente**: embriões de poder popular para incentivar a organização popular, competências de poder (não claras ainda), investimento na formação dos conselheiros por parte das entidades que representam, não-participação na avaliação de programas, de recursos humanos e de chefias (apenas fazem comentários) e acompanhamento da elaboração do plano de trabalho da Unidade de Saúde.

Considerações Finais

Diante dos fatos apresentados podem-se traçar as seguintes conclusões: a representatividade é fraca; a paridade se consolidou em 2002; as reuniões são previstas em calendário; normalmente a agenda é construída no início da reunião; a coordenação dos CGs evoluiu prioritariamente de usuário para gestor/prestador; há pausas prolongadas nos CGs criados mais cedo; as demandas se concentram em questões administrativas e têm a tendência de extrapolar-se

dos serviços para o setor de saúde. As deliberações, em ordem decrescente, ocorrem no sentido de aspectos políticos, administrativos e operacionais. A prática vem passando de conselheiros mais fiscalizadores para mais deliberadores, com maior capacitação ao poder em termos técnico-administrativos e operacionais.

Acreditando que problemas sociais só podem ser resolvidos pela própria sociedade através de iniciativas articuladas entre os diferentes setores, apontamos algumas ações necessárias ao fortalecimento do Controle Social e da Gestão Participativa.

Em relação à **organização e representatividade**: fomentar a representação dos bairros e entidades, estimulando a mobilização social nas bases com reuniões nos bairros. Exigem-se lideranças sociais e a antecipação da pauta do Conselho da Unidade, além de proceder à divulgação do que é Controle Social e do mecanismo de funcionamento do CGs. Essas ações devem ter participação ativa do segmento trabalhador, especialmente dos agentes de saúde, que têm contato permanente com os usuários. A ação corpo-a-corpo dos agentes de saúde tem impacto significativo no processo de conscientização da população. Uma das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica é o apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (Portaria 648/06), devendo se orientar por ações educativas de caráter reflexivo, dialógico e processual e com uma dose acertada de amor pela condição humana, visando ao desenvolvimento de habilidades para a promoção e proteção da saúde da população. É atividade do agente comunitário de saúde o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas à área da saúde. São necessários, ainda, respeito à paridade; respostas mais imediatas dos encaminhamentos; receber e gerar informações em saúde de interesse coletivo, em parceria com os agentes de saúde e boletins informativos de Unidades; e ação dos conselheiros nos bairros (igrejas, clubes, escolas, creches).

Quanto à **prática de atuação e função deliberativa**: maior articulação entre os Conselhos e fóruns afins; reuniões entre prefeito, médicos, outros Conselhos, Unidades de Saúde e Associações de Moradores; esclarecimentos sistemáticos sobre o papel dos CGs das Unidades de Saúde; estimular os conselheiros a conhecer melhor a realidade sócio-ambiental-cultural e sanitária que ele representa; clareza quanto aos pro-

blemas existentes e os objetivos a serem alcançados; distribuição de responsabilidades e dos resultados; maior integração com a rotina e a cultura institucional; sustentação do diálogo; conhecer o cenário político e burocrático para que se obtenham respostas mais rápidas; aprender a identificar situações de risco; melhorar o fluxo de informações e a comunicação entre os níveis hierárquicos e paralelos; capacitação continuada a partir de situações-problema reais. Essas ações devem se dar através de oficinas, palestras, minicursos e conferências, versando sobre temáticas de caráter técnico, administrativo, político e sanitário, sobre direitos sanitários, legislação do SUS, aspectos de relações interpessoais e liderança, de modo a contribuir para a construção de diagnósticos situacionais, haja vista que as Oficinas de Capacitação e Plenárias de Saúde vêm se preocupando mais intensamente com o papel dos conselheiros e a forma de funcionamento dos CGs. Devem ser dirigidas especificamente a cada segmento e com momentos de integração entre os segmentos, assessoradas diretamente pelo Fórum dos Usuários do SUS, Fórum dos Trabalhadores da Saúde, Conselho Municipal de Saúde, sindicatos e movimentos sociais organizados em saúde e instituições de nível superior, dando respaldo político e técnico necessário ao cumprimento da função deliberativa. Cabe ainda reduzir a descontinuidade no controle social através do incentivo à continuidade de alguns conselheiros, para que o aprendizado dos novos ocupantes do cargo se dê mais rapidamente. É preciso ainda estimular a cultura participativa pela mídia na divulgação de informações de interesse coletivo, com ética, transparência e fidedignidade, em programas populares e de instituições de ensino superior, nos diferentes veículos de comunicação. A mídia detém grande poder de informação, podendo incentivar o preparo e renovação de conselheiros, promover a mobilização social e a discussão de temáticas do SUS nos Conselhos das Unidades, os espaços mais próximos de suas realidades, preparando a sociedade para a gestão participativa.

Na **implantação das decisões e influência nas políticas**: ocupação de espaços de poder nos vários níveis da sociedade civil, com reuniões e panfletos; pensar e agir estrategicamente; participação ativa e direta do Fórum dos Usuários do SUS na formulação dos procedimentos das Oficinas de Capacitação, com indicação de temáticas necessárias à formação do perfil

de conselheiro; trabalho articulado entre as esferas de governo visando ao fortalecimento do funcionamento dos Conselhos; atuação deliberativa orientada para contribuir com a mudança do modelo assistencial, pois, mesmo com avanços no plano da prevenção e da promoção, ainda vivenciamos um modelo de atenção centrado no medicamento de alto custo, nos exames de alta complexidade, no curativo, no profissional médico e nas internações hospitalares, modelo ameaçado pela privatização e pela insuficiência de recursos (Batista Junior, 2007).

As instituições de nível superior podem ajudar substancialmente no treinamento dos conselheiros e na formação dos futuros profissionais, oferecendo conteúdos e vivências nas áreas da saúde coletiva e atenção básica que possibilitem maior capacidade de interpretação dos fatos e cenários sócio-político-sanitários, ambientais e culturais, numa interação com as comunidades, fortalecendo a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, com foco na integralidade em saúde, através de ações interdisciplinares e num debate crítico mais avançado. Essas instituições precisam produzir profissionais para um processo de trabalho que privilegie o coletivo e que estejam preparados para aceitar e provocar mudanças e produzir conhecimento, orientados por necessidades técnicas e sociais, de modo a exercerem impacto sobre a rotina das ações e serviços de saúde. O somatório dessas ações vai contribuir para a concretude da promoção da saúde, um processo político e social que engloba ações dirigidas a fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos e modificar as condições sociais, ambientais e econômicas, num cenário de gestão participativa em saúde coletiva, fruto de uma capacitação dos conselheiros de saúde ao poder.

Um estudo internacional realizado pela Organização Mundial da Saúde (Munõz e col., 2000) identificou as funções essenciais da saúde pública, entre as quais figuram a promoção da saúde e a gestão em saúde pública. Ambas demandam um processo de participação cidadã, capacitação dos cidadãos ao poder, informação e programas educativos em saúde, visando reduzir riscos e danos à saúde, construir ambientes saudáveis, concretizar alianças intersetoriais, fomentar a organização social e identificar recursos comunitários, num processo de construção que permita influir nas decisões e que possa garantir a conquista do direito.

Para Dussault (1992, p. 12), os usuários nem sempre dispõem de informação para definir suas necessidades e a maneira de atendê-las, o que os coloca em posição potencialmente subordinada ao profissional. Uma compreensão mais completa dos problemas pode diminuir a amplitude das mudanças a serem empreendidas para resolvê-los, configurando um modo mais eficiente de ser.

Para se alcançar esse patamar de participação e conquistar avanços políticos coletivos, os conselheiros de saúde precisam ter espírito colaborador e estar abertos ao aprendizado e ao processo constante de formação para executar tarefas sociais com vistas ao bem comum. Muitos poderão ser os conteúdos, desde aspectos sociais até econômicos e financeiros que perpassem a temática do SUS.

Os elementos informação e comunicação são imprescindíveis para fortalecer a participação e construir um sistema de saúde que privilegie a atenção básica, facilitando o aprendizado da terminologia da política de saúde. Não importa qual seja a escolaridade ou o segmento de gestão do conselheiro, é necessário adequar a linguagem e o direcionamento metodológico.

Vários autores (por exemplo, Vásquez e col., 2005) afirmam que a informação é elemento básico para a participação da população e é instrumento fundamental para a democratização. Há que se acrescentar a maneira de obtê-las, e a inclusão digital deve ser colocada como quesito na formação dos conselheiros, em espaços e infraestrutura adequados ao exercício da co-gestão.

Se o controle social traz consigo a proposta de intervenção nas políticas, num cenário de gestão participativa visando a ações de promoção, contribuindo para a mudança do modelo assistencial e o fortalecimento da atenção básica, os conteúdos fundamentais e prioritários, ajustados às diferentes realidades/necessidades, devem ser os fornecidos pela epidemiologia e voltados ao enfrentamento dos riscos à saúde. Há que se priorizar o preparo e a capacitação em bases epidemiológicas, pois um planejamento ascendente assim o exige. (In)formações de caráter epidemiológico relativas ao *campo de saúde* (Dever, 1988) trarão conhecimento dos elementos condicionantes do processo saúde-doença, subsidiando a tomada de decisões. Esses elementos estão distribuídos em quatro categorias, como exposto a seguir.

Elementos relativos ao **estilo de vida**: valores culturais, conceito de saúde-doença e seus determinantes, fatores de risco – chance de ocasionalidade: identificar atitudes e comportamentos (interpessoais, sociais, ecológicos, em relação à saúde, participação nos cuidados com a saúde das populações de risco e fatores de risco na sua comunidade). E ainda: sexo, faixa etária, escolaridade, renda *per capita*, densidade demográfica, tipo de moradia, infraestrutura da região, acesso às informações e organizações sociais, entre outros aspectos. Em relação ao **ambiente**: aspectos geográficos (relevo, rios, córregos e lagoas, rodovias, vias de acesso aos serviços, transportes); ambiente propriamente dito (destino e coleta de resíduos sólidos e águas residuais; vetores; saneamento básico; presença de entidades poluentes, terrenos baldios, asfaltamento, disponibilidade de bens e serviços, forma de produção). Devem-se perceber ainda questões socioculturais, economia, educação, emprego etc. Em relação à **organização dos cuidados com a saúde**, compete conhecer aspectos associados à prevenção, cura, cuidado e reabilitação da área de abrangência (quais são os serviços disponíveis, quem os utiliza, lacunas no uso dos serviços, infr-estrutura, organização, recursos humanos, origem e disponibilidade dos recursos financeiros, sistema de informação dos serviços, incapacidades), bem como conhecer a política de saúde, suas doutrinas e diretrizes, tanto para que se possa participar da programação das ações quanto da execução, controle e avaliação, sempre no enfoque da prevenção da doença e proteção e promoção da saúde. Requer-se também conhecer as necessidades e os problemas de saúde da comunidade; índices de morbimortalidade, origem e agentes causadores de agravos, grau de satisfação dos usuários, serviços de referência. No que tange à **biologia humana/hereditariedade**: contar com informações sobre expectativa de vida, tecnologias e serviços disponíveis para diagnóstico precoce e recuperação, no intuito de contribuir para a inserção de indivíduos ditos “deficientes” na sociedade.

O preparo desses conselheiros se refletirá na conduta do Conselho Municipal de Saúde, pois aqueles referenciam e demandam para este.

O desenho da estratégia de ataque aos problemas de saúde será tanto mais preciso quanto mais eficiente for o controle social, e este o será na proporção da qualidade das informações disponíveis. A informação

é um dos componentes do processo de aprendizagem. Quando se *está* conselheiro é preciso que se *aprenda* a ser conselheiro. Os conhecedores de sua realidade disporão do embasamento político, técnico, legal, ambiental e social necessário para colocar proposições e deliberar a favor dos interesses de seu grupo social.

Esse processo pede uma mudança cultural em relação às questões de participação social, consolidando o SUS num alicerce de mobilização social, fortalecendo então a cidadania. Sem isso, a participação recua e o direito à saúde pode retroceder. Esse processo é lento, visto que democrático. Mas é preciso construí-lo.

Referências

- AROUCA, A. S. S. O planejamento de saúde em uma sociedade em transição. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 15-18, 1987
- BATISTA JUNIOR, F. O controle social é um projeto em construção. *Radis: Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 53, p. 21, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as formas de participação da população no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. p. 4.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS 1*. Brasília, DF, 1990c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006a. p. 5.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. p.4.

- CARVALHO, B. G. P.; AIRTON, J.; TURINI, B. Controle social em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL, 2001. p. 93-110.
- CHILE. Ministerio de Salud. *Programación local participativa: programa de capacitación en promoción de la salud para equipos de salud*. Santiago, s.d. (Unidad I e III).
- DEMO, P. *Participação é conquista*. São Paulo: Cortez, 1998.
- DEVER, G. E. A. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 26, p. 8-19, 1992.
- ILPES.CLAPS. *Formulación de políticas de salud*. Washington, DC: OPS, 1975. p. 1-16.
- JACOBI, P. Participação e gerência dos serviços de saúde: desafios e limites no município de São Paulo. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 26, p. 32-43, 1992.
- JACOBI, P. *Políticas sociais e ampliação da cidadania*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- MUÑOZ, F. et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 1/2, n. 8, p. 126-134, 2000.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília, DF, 2004. p. 22-34.
- OLIVEIRA, M. L. *Controle social e gestão participativa em saúde pública: a experiência de conselhos gestores de unidades de saúde do município de Campo Grande/MS - 1994/2002*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- REDE IDA. Editorial. *Boletim da Rede IDA - Brasil*, Londrina, ano 12, n. 3, p. 2. 1993.
- SÁ, M. C.; FORMIGLI, V. L. A. Revisão de algumas propostas de diagnóstico de saúde: limites e possibilidades para uma abordagem estratégica em planejamento. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Planejamento estratégico, programação e orçamentação em saúde: textos de apoio ao ensino da saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, 1992. p. 43-44.
- SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 366-378, 1992.
- VALLA, V. V. *Participação popular e saúde*. Petrópolis: CDDH: CEPEL, 1989.
- VÁSQUEZ, M. L. et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 10, p. 141-155, 2005. Suplemento.
- WESTPHAL, M. F. *Participação popular e políticas municipais de saúde: o caso de Cotia e Vargem Grande Paulista*. 1992. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.
- WESTPHAL, M. F. Movimentos sociais e comunitários no campo da saúde como sujeitos e objetos de experiências educativas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 2, n. 3, p.127-148, 1993.

Recebido em: 24/10/2007

Reapresentado em: 04/08/2008

Aprovado em: 12/12/2008