

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL:
ABORDAGEM EXPLORATÓRIA DA PRODUÇÃO TÉCNICO-
CIENTÍFICA ENTRE 1990-2014 E PROPOSIÇÃO DE UMA
AGENDA DE PESQUISA**

TANIA MARGARETE MEZZOMO KEINERT
INSTITUTO DE SAÚDE
tania.keinert@uol.com.br

VIRGÍLIO CÉZAR DA SILVA E OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF)
virgilio.oliveira@ufjf.edu.br

Introdução

A Constituição Federal de 1988 redefiniu diversos elementos que condicionam as relações entre Estado e sociedade no Brasil. Se, por um lado, ela apresentou caminhos para o aprimoramento do contexto democrático e republicano nacional, por outro, buscou atenuar as crises de governança e legitimidade do Estado brasileiro. As respostas constitucionais, expressas nos artigos que reconfiguraram segmentos como o de saúde, buscaram fomentar a participação social e a descentralização decisória, premissas para a efetiva integração da sociedade à gestão de bens e serviços de interesse coletivo

Problema de Pesquisa e Objetivo

O presente artigo busca realizar um levantamento exploratório da literatura científica sobre saúde pública, para verificar a natureza das investigações realizadas sobre a participação social, a fim de apontar os limites e os avanços dessas pesquisas, evidenciando lacunas e estabelecendo uma agenda de investigação

Fundamentação Teórica

O referencial teórico discute a consolidação de instrumentos para promoção da saúde pública no Brasil, abrangendo: a) o processo de estruturação de meios, ainda excludentes, de proteção social a partir da década de 1930; b) o movimento sanitário, que alterou de maneira definitiva a agenda de reformas em saúde e c) a consolidação do SUS, sistema apoiado nas premissas da descentralização, da universalidade e da participação comunitária. Prossegue abordando os temas da participação e do controle social no âmbito do SUS, destacando os meios voltados a esses fins: as conferências e os conselhos

Metodologia

Foram selecionados artigos relacionados ao tema “Participação Social” na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A totalidade dos artigos foi classificada em distribuição temática de quatro subtemas: “Participação”, “Conselhos”, “Conferências” e “Outros”. Os subtemas “Conselhos” e “Conferências”, por sua vez, foram detalhados de acordo com o nível da federação a que pertencem. O universo de artigos também foi classificado segundo a data de sua publicação e agrupado por períodos, compostos por três intervalos: 1990 a 2000, 2001 a 2010 e 2011 a 2014

Análise dos Resultados

Há hegemonia do subtema “Conselhos” (41%), seguido pelo subtema “Participação” (39%). De fato, a presença dos Conselhos de Saúde em todos os níveis da federação, inclusive por força legal, é acompanhada pela análise da produção científica. Verifica-se que a produção sobre participação social aumentou consideravelmente no período de 2001-2010, respondendo por 49% dos trabalhos analisados. No intervalo mais recente, 2011-2014, ou seja, menos de meia década, concentra-se 36% da produção. Fica evidente a importante ocorrência de trabalhos baseados em estudos de caso (55%)

Conclusão

Percebe-se a predominância dos subtemas “Conselhos” seguido pelo subtema “Participação”. No subtema “Conselhos” é dada grande ênfase ao nível local e municipal, fato que não ocorre no subtema “Conferências”, onde verifica-se o predomínio do nível nacional. Metodologicamente há importante participação de trabalhos baseados em Estudos de Caso. Há um grande aumento da produção em participação social desde a década de 1990 e este crescimento tem sido constante

Referências Bibliográficas

- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2004
- BORDENAVE, J. E. D. O que é participação? São Paulo: Brasiliense, 1983
- COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova, São Paulo, n. 19, p. 123-140, nov. 1989
- GOHN, M. G. Conselhos gestores e participação sócio-política. São Paulo: Cortez, 2001
- KEINERT, T. M. M. et al. Inovação e cooperação intergovernamental: microregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde. São Paulo: Annablume, 2006
- SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL: ABORDAGEM EXPLORATÓRIA DA PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA ENTRE 1990-2014 E PROPOSIÇÃO DE UMA AGENDA DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, denominada Constituição Cidadã, redefiniu diversos elementos que condicionam as relações entre Estado e sociedade no Brasil. Produto e instrumento-chave do processo de redemocratização, a Carta Magna atendeu a fins diversos. Se, por um lado, ela apresentou caminhos para o aprimoramento do contexto democrático e republicano nacional, por outro, buscou atenuar as crises de governança e legitimidade do Estado brasileiro.

Embora o segundo propósito não tenha tanta visibilidade quanto o primeiro, ele é expressivo e foi determinado por décadas de atuação autocrática do Estado. Superlativo em seu discurso, suas práticas, notadamente no campo social, foram incapazes de prover à população serviços essenciais dotados de qualidade e universalidade.

As respostas constitucionais, expressas nos artigos que reconfiguraram segmentos como saúde, assistência social, atenção à criança e ao adolescente e outros, buscaram fomentar a participação social e a descentralização decisória, premissas para a efetiva integração da sociedade à gestão de bens e serviços de interesse coletivo.

Ao longo da década de 1990, a regulamentação do texto constitucional promoveu a materialidade de tais premissas, estruturando sistemas de políticas públicas que se servem de planos (de médio e longo prazos), conselhos e fundos públicos. Tal arranjo, se faz presente nos três níveis federativos e, de tempos em tempos, o diálogo entre municípios, estados membros e União é formalmente estabelecido por meio de conferências. Trata-se de um grande feito de engenharia institucional, que posiciona o Brasil entre as nações que mais empreenderam esforços de experimentalismo democrático nas últimas décadas.

Especificamente no campo da saúde, o resultado mais expressivo desses fatos, potencializado por densa mobilização cidadã antes e durante o período constituinte, foi a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a sua criação, o modo como a saúde pública é conduzida no Brasil alterou-se substantivamente, alinhando novos temas de pesquisa às agendas dos estudiosos do setor.

Diante desse contexto, o presente artigo busca realizar um levantamento exploratório da literatura científica sobre saúde pública, para verificar a natureza das investigações realizadas sobre a participação social, a fim de apontar os limites e os avanços dessas pesquisas, evidenciando lacunas e estabelecendo uma agenda de investigação.

Sua relevância centra-se na contínua necessidade de avaliações, em perspectiva, de movimentos que redefinem campos de políticas públicas e, também, objetos de estudo e estratégias metodológicas de cientistas sociais. Transcorridos 25 anos da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, o distanciamento temporal é oportuno e capaz de sinalizar a ampliação (ou não) de estudos sobre participação, seus meios promotores e seu *locus* principal entre os níveis federativos.

Para atingir seu propósito, o artigo estrutura-se em cinco seções, além desta introdução. Na seção 2, será realizado um breve resgate histórico das políticas públicas de saúde no Brasil (da década de 1930 em diante¹) e serão discutidos premissas e meios para promoção da participação e do controle social em saúde. Na seção 3, será abordada a metodologia da pesquisa, que consistiu em uma investigação de caráter qualitativo e quantitativo, para selecionar artigos sobre participação social em saúde pública na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), abrangendo publicações do período de 1990 a 2014. Na seção 4, os dados levantados serão apresentados e discutidos para, em seguida, nas

considerações finais, o *status* das pesquisas sobre participação social em saúde ser apresentado e uma agenda de pesquisa, para orientar futuras investigações, ser proposta.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL

O propósito desta seção é apresentar, de forma sintética, a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil. Para tanto, destaca os principais fatos ocorridos, a partir da década de 1930, e detalha a estruturação do Sistema Único de Saúde. No âmbito dessa expressiva construção institucional, meios de participação e controle social serão discutidos, de modo a argumentar que a promoção da saúde pública no país tornou-se, ao longo das décadas, mais abrangente, mais complexa e mais permeável à interferência e à vigilância popular.

2.1 Resgate histórico das políticas públicas de saúde no Brasil

Neste tópico, a consolidação de instrumentos para promoção da saúde pública no Brasil será detalhada. Ele está organizado em três partes, que descrevem: a) o processo de estruturação de meios, ainda excludentes, de proteção social a partir da década de 1930; b) o movimento sanitário, que alterou de maneira definitiva a agenda de reformas em saúde e c) a consolidação do SUS, sistema apoiado nas premissas da descentralização, da universalidade e da participação comunitária.

A década de 1930, marcada pelo governo Vargas, apresentou transformações que delimitaram o perfil de muitos segmentos de política pública no Brasil. Especificamente no caso da previdência social, seus benefícios foram estendidos às diversas categorias de trabalhadores, por meio de institutos de aposentadorias e pensões. A saúde da população não resguardada pela medicina previdenciária permaneceu aos cuidados do Ministério da Educação e Saúde Pública. O sistema de proteção social em saúde do Brasil foi marcado, portanto, por uma grave dualidade (Menicucci, 2014).

Nos anos 1950, criou-se o Ministério da Saúde e, em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde chamou atenção para a necessidade de reflexões sobre: as condições sanitárias do país, a redefinição de responsabilidades entre os níveis federativos e a possibilidade de se municipalizar os serviços de saúde.

O período militar, instalado em seguida, unificou os institutos de aposentadorias e pensões, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social, encarregado de zelar pela assistência médica e pela aposentadoria de trabalhadores formais. Permaneciam à margem desse sistema os trabalhadores informais e o labor rural. O período foi marcado, ainda, pela exígua destinação de recursos ao segmento da saúde, pela ênfase na medicina curativa (e não preventiva), pelo inadequado e vultoso financiamento de prestadores de serviços privados e pelo retrocesso democrático.

Esses fatores, agravados pela queda dos índices de crescimento econômico, pela ampliação da complexidade (e, conseqüentemente, dos custos) da medicina curativa, pelo desvio de recursos para outros fins governamentais e pelo *déficit* de legitimidade da provisão excludente, evidenciaram o esgotamento do modelo de saúde previdenciário (Brasil, 2007).

A parcial retomada do vigor de movimentos sociais, a ação de sindicatos de categorias profissionais ligadas à área da saúde e o trabalho dos Departamentos de Medicina Preventiva, no interior das faculdades de medicina, estabeleceram as bases para organização do movimento sanitário. Tal iniciativa, buscou integrar produção de conhecimento e militância política no sentido de disseminar a noção de medicina social e de reforçar a mobilização da sociedade em prol da redemocratização.

Durante o governo Geisel, inicia-se o processo de distensão política, que prometia encaminhar o país de volta à democracia, de forma segura e gradual. Nesse contexto, o movimento sanitário pôde realizar proposições voltadas ao aprimoramento e à expansão do atendimento à saúde de parcelas excluídas da população. A ênfase dos esforços em saúde deveria concentrar-se, portanto, em aspectos de interesse coletivo e orientados à prevenção de males. Dessa forma, o privilégio às práticas curativas providas pelo setor privado, de *status* oneroso e seletivo, deveria ser mitigado.

Aos poucos, o movimento sanitário consolidou-se como uma força política, que buscou promover princípios com potencial de transformação da saúde no país. Nesse contexto, merece destaque o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, que propunha a desconcentração de serviços, privilegiando o Nordeste brasileiro.

O início da década de 1980 foi marcado pela ampliação de pressões sociais e políticas, desencadeadas por atores vinculados ao segmento da saúde. Como resultado, meios de coordenação interministerial foram desenvolvidos, com o propósito de se projetar o reordenamento do setor. Tal projeto, denominado Prev-Saúde, apoiava-se em iniciativas de atenção primária e apresentava como pressupostos o ordenamento do atendimento em níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada nível e a regionalização do atendimento por territórios e públicos definidos. A materialização do Prev-Saúde não foi realizada pelo governo militar.

No ano de 1981, cria-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, que implementou as Ações Integradas de Saúde. Elas promoveram meios importantes para o fortalecimento da rede básica ambulatorial, para a contratação de profissionais, para a integração de serviços entre os níveis federativos, para a revisão das funções do segmento privado e para avanços participativos na gestão da saúde.

Em 1985, com o início da Nova República, as lideranças do movimento sanitário passaram a ocupar posições relevantes em instituições promotoras da política de saúde. Nesse contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi promovida. Para Cohn (1989, p. 130), ela representou um marco político, pois a saúde foi “(...) trazida para a arena de um amplo debate público”. No evento – que contou com cerca de três mil participantes, mil delegados com direito a voto e 135 grupos de trabalho – evidenciou-se a necessidade de significativas reformas, que convergiram para a aprovação de um sistema único de saúde (Cordeiro, 2004). Todavia, a complexidade envolvida em sua criação, demandou discussões mais detalhadas sobre temas como financiamento e estruturação institucional.

Em julho de 1987, foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde, apoiado em premissas como: universalização, descentralização, equidade e participação comunitária. O arranjo pode ser considerado um recurso de transição, que se somou aos esforços da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Esta, elaborou uma proposta que subsidiou os trabalhos da Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente da Assembleia Constituinte, que estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2007).

O Sistema Único de Saúde integra o arranjo voltado à seguridade social no Brasil, que concentra políticas públicas de saúde, assistência e previdência social. O texto constitucional garante o caráter universal da cobertura do SUS, prioriza a natureza preventiva das ações (sem negligenciar medidas de assistência), estabelece estruturas organizacionais descentralizadas, enfatiza a importância da participação comunitária em sua gestão e prevê recursos orçamentários de todos os entes federativos para o seu financiamento (Carvalho, 2013).

A regulamentação do texto constitucional ocorreu em 1990, por meio da Lei nº 8.080, que versa sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços voltados a esses fins.

Também em 1990, um novo instrumento legal foi instituído para normatizar as ações do SUS. A Lei nº 8.142, define em seu conteúdo meios de participação comunitária na gestão

do sistema e estabelece premissas para realização de transferências intergovernamentais. No que se refere à gestão colegiada de políticas de saúde, o instrumento prevê, em cada nível federativo, a existência de conselhos e conferências de saúde.

As conferências devem favorecer um amplo processo de diálogo social, sendo realizadas, preliminarmente, nos municípios e, em seguida, nas unidades federativas e, por fim, na União. Em cada esfera, informações, proposições e delegados devem ser destacados, para que possam ascender ao nível superior. A periodicidade das conferências é de quatro em quatro anos.

Os conselhos, por sua vez, devem possuir caráter permanente e deliberativo, apresentando uma configuração tetrapartite, ou seja, devem congregiar representantes do governo, de prestadores de serviços, de profissionais da saúde e de usuários. A esta última categoria são assegurados 50% dos assentos no órgão, para que o mesmo seja paritário. Como instrumentos complementares para gestão colegiada podem ser destacados, ainda, fundos públicos e planos nacionais, estaduais e municipais. É função dos planos, entre outros aspectos, minimizar os efeitos de descontinuidades políticas e administrativas, apontando caminhos que transcendem ao curto prazo.

Além de suas premissas, de inegável alinhamento ao interesse público, o Sistema Único de Saúde, ao completar um quarto de século, apresenta resultados significativos. A rede de conselhos municipais, mais numerosa do país, prestou e presta relevantes serviços ao aprendizado participativo no Brasil, sendo considerada “modelar” para outros segmentos (Escorel, 2013). Em paralelo, iniciativas como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foram exitosas, bem como ações que culminaram: a) na extinção de doenças, como o sarampo; b) na redução de danos por outros males, como o tabagismo e as doenças transmissíveis e c) na criação de programas de vanguarda, como o fornecimento de medicamentos genéricos (Brasil, 2007).

2.2 Participação e controle social no contexto das políticas públicas de saúde

Esta seção busca abordar os temas da participação e do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde, centrando seu foco nos meios voltados a esses fins, destacados na Lei nº 8.142, ou seja, as conferências e os conselhos.

Como destaca Bordenave (1983), participação é fazer parte, tomar parte ou ter parte. Em sua base, a participação admite duas motivações fundamentais: a) participa-se pois há a compreensão de que é prazeroso realizar atividades de forma coletiva e b) porque atuar em conjunto tende a ser mais eficaz e eficiente do que conduzir uma ação de modo solitário. É possível, portanto, apontar as dimensões afetiva e instrumental relacionadas a contextos de participação.

Em espaços de participação instrumental, é oportuno perceber a possibilidade de que esse processo ocorra em níveis, relativos aos graus de controle do coletivo sobre as decisões tomadas. Nesse sentido, Bordenave destaca sete níveis, em ordem crescente de controle decisório do todo (membros) em detrimento de elites dirigentes. São estes: informação, consulta facultativa, consulta obrigatória, elaboração de propostas, cogestão, delegação e autogestão.

A partir do quinto nível (cogestão), a administração da organização ou processo é efetivamente compartilhada, por meio de instâncias colegiadas de deliberação. Em contextos de delegação, os administrados passam a atuar como administradores em certos campos. Sendo essa atuação integral, cruza-se a fronteira para a autogestão – categoria utópica se aplicada às democracias de massa contemporâneas.

A possibilidade da cogestão recoloca, em novos e promissores termos, a noção de controle social. Ao abordá-lo por meio da noção de *accountability* democrática, Behn (1998)

afirma que, sob o paradigma da administração pública tradicional, a *accountability* opera de modo bastante linear. Assim, as autoridades eleitas são responsáveis pela implementação de políticas estabelecidas por elas próprias e, a cada processo eleitoral, as elites dirigentes são reconduzidas ou retiradas do poder.

Na prática, essa lógica não funciona tão bem quanto em teoria, pois as políticas são muitas e, por vezes, contraditórias entre si. Há, portanto, percepções difusas sobre diversos aspectos, como a pertinência dos fins, a eficiência dos meios e, no limite, sobre o próprio desempenho de uma administração.

Nesse sentido, a *accountability* democrática desponta como uma boa possibilidade, promovendo avaliações colegiadas, plurais e frequentes em distintos segmentos de atuação estatal. Além disso, por meio de conferências e conselhos, é possível transcender a etapa de avaliação, agregando participação social às demais fases do ciclo de políticas públicas: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação de opções, seleção de opções e implementação (Souza, 2006).

2.2.1 Conferências em políticas públicas

As conferências podem ser compreendidas como espaços amplos e democráticos de discussão das políticas públicas. Sua característica essencial é a reunião de representantes do governo e da sociedade, para promoção de debates e deliberações sobre as prioridades de um segmento em médio prazo.

As conferências devem ser realizadas nos três níveis federativos. Iniciando pela ampla base municipal, ideias e delegados devem ser promovidos, para que as discussões prossigam em âmbito estadual. Novamente, informações, diagnósticos, propostas e prioridades devem ser sistematizados e encaminhados à conferência nacional. Esta, em função do saber e da experiência plural que agrega, pode estabelecer ou redefinir linhas de ação para todo o país em um campo de política pública.

De acordo com Teixeira *et al.* (2005), as conferências apresentam características comuns, a saber: a) devem estabelecer princípios e diretrizes das políticas setoriais; b) devem avaliar programas em curso, identificando problemas e propondo mudanças em prol da garantia aos direitos sociais; c) devem dar voz aos múltiplos segmentos que integram a sociedade e refletem sobre sua temática fundamental; d) devem deliberar sobre os conselhos, no que diz respeito às formas de participação, composição e atribuições e e) devem avaliar e propor instrumentos de participação na concretização de diretrizes e em discussões orçamentárias.

O processo de operacionalização de uma conferência é complexo e envolve, entre outras ações, a integração com níveis subnacionais. Segundo Souza *et al.* (2013), são demandadas as seguintes etapas para promovê-la: a) convocação pelo Poder Executivo federal; b) constituição da comissão organizadora nacional; c) convocação pelos Poderes Executivos estaduais e municipais; d) constituição de comissões organizadoras estaduais e municipais; e) realização de conferências preparatórias (que envolvem a formulação de propostas e a designação de representantes); f) a realização do evento nacional e g) a publicação do relatório final. Entre os segmentos de políticas públicas, o da saúde destaca-se pelo histórico de conferências promovidas, desde a década de 1940ⁱⁱ.

Tendo por base o estudo de Silva (2009), entre os anos de 2003 e 2006, foram realizadas no Brasil 43 conferências, sendo 38 nacionais e 05 internacionais. Esses eventos mobilizaram cerca de dois milhões de pessoas, vinculadas à sociedade civil e aos poderes instituídos. Desse universo, 16 conferências foram realizadas pela primeira vez.

Ao pesquisar, de modo mais detalhado, 34 conferências (entre as 43), a autora constatou que foram organizadas preliminarmente 698 conferências estaduais e 26.393

conferências municipais. Empregaram outras configurações (conferências regionais, por exemplo) 1.427 eventos.

Em um balanço das evidências empíricas reunidas sobre as 34 conferências, Silva (2009) concluiu que, apesar dos desafios a serem vencidos, as conferências nacionais apresentam potencial para se tornarem um espaço público forte, com poder de influência sobre processos decisórios de larga amplitude. Em consulta aos coordenadores nacionais das conferências, a autora reuniu sugestões que apontam para a necessidade de coordenação horizontal, capaz de propiciar maior articulação entre os eventos. Outro ponto a ser lapidado refere-se ao aprimoramento de instrumentos para prestação de contas aos membros das conferências, notadamente sobre como suas contribuições interferiram na elaboração de políticas públicas.

2.2.2 Conselhos de políticas públicas

O formato institucional “conselho”, não representa, por si só, uma inovação. Como salienta Gohn (2001), desde o período colonial brasileiro, prefeituras e câmaras municipais organizavam-se dessa forma. Todavia, após 1988, com o processo de regulamentação do texto constitucional, eles ressurgiram como arranjos capazes de contribuir para a vigência dos princípios da descentralização e da participação.

O deslocamento de demandas e recursos na direção dos municípios demandou o aperfeiçoamento do controle social. Os conselhos foram destacados como elementos-chave para o êxito desse processo.

Os conselhos podem ser considerados, também, elos de uma cadeia que conecta sociedade e Estado. Dessa forma, antes deles, encontram-se segmentos sociais organizados, formados por associações comunitárias, organizações não-governamentais, movimentos sociais, sindicatos e outros atores coletivos. A partir deles, como interlocutores principais, podem ser elencados o Poder Executivo e suas secretarias, o Legislativo e o Ministério Público.

De acordo com Brasil (2016), os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Segundo a mesma fonte, os órgãos representam o principal canal de participação popular encontrado nos três níveis de governo.

Contudo, a vigilância a ser exercida ultrapassa largamente a análise da probidade governamental. Ela abarca o monitoramento qualitativo e proativo de várias dinâmicas públicas. Essa função é associada aos conselhos devido à sua condição de observadores privilegiados das interações entre o público, o privado e o público não-estatal e às suas responsabilidades institucionais sobre a provisão de bens e serviços coletivos.

Desse modo, espera-se que os conselhos sejam capazes de despertar governos e cidadãos para problemas “invisíveis”, tais como a imperícia pública em lidar com demandas de minorias e as necessidades subjetivas de beneficiários de programas sociais, entre muitos outros.

Em paralelo, os conselhos podem orientar ações governamentais diante de problemas complexos e controversos, alinhando-as ao interesse público. São capazes, ainda, de avaliar e comunicar ideias originais ao poder local, baseadas no conhecimento e na experiência de conselheiros e outros atores sociais.

Sua integração e sua responsabilidade frente aos sistemas de políticas públicas os habilita a: a) vigiar a execução de políticas locais; b) analisar a qualidade e a pertinência das decisões de investimento público, elencando prioridades; c) equalizar demandas e recursos locais, diagnosticando-os por diversos meios; d) dialogar, com maior propriedade e legitimidade, com todas as partes do sistema municipal de políticas públicas, promovendo a

adoção de boas práticas e estimulando a adequação de condutas; e) denunciar limites ao acesso universal e igualitário a serviços coletivos; f) aprovar critérios de qualidade para atendimentos públicos, que contemplem desde a eficácia até a qualidade substantiva das práticas; g) elaborar, com o auxílio de representantes do Legislativo ou Ministério Público, instrumentos capazes de desencorajar atos governamentais e privados conflitantes com o interesse social; h) consultar formalmente a população, por meio de audiências públicas e conferências municipais, de modo a converter anseios e percepções em diretrizes de ação e melhoria contínua; i) sugerir e acompanhar a elaboração de projetos para captação de recursos e j) incentivar campanhas de informação e sensibilização comunitária, adequando mídias e mensagens aos destinatários (Oliveira, 2009).

No contexto da saúde pública, os conselhos devem contribuir para a gestão do SUS, especialmente naquilo que se refere: a) à avaliação da saúde coletiva frente aos direitos de cidadania e aos riscos sociais e epidemiológicos; b) à oferta prioritária de serviços de saúde às comunidades e aos grupos de risco; c) à formulação de diretrizes e estratégias de intervenção, considerando a relação custo-benefício; d) à elaboração de princípios de planejamento, pactuação de metas, orçamentação e execução orçamentária; e) ao acompanhamento da execução de planos, orçamentos e metas no âmbito das funções legais dos gestores e f) à análise de informações relevantes à conduta do conselho em relações de parceria e sinergismo (Brasil, 2002).

Para tanto, são objetos de sua atuação: o estado de saúde da população; as premissas constitucionais que estruturam o SUS; o antigo modelo assistencial, a ser mitigado por privilegiar interesses corporativos; o novo formato assistencial, que privilegia direitos de cidadania dos usuários; os modelos de gestão financeira, que devem ser adequados ao perfil público e universal da saúde e, também, as organizações com representação nos conselhos de saúde, visando seu contínuo aperfeiçoamento e informação (Brasil, 2002).

Entre os diversos segmentos de políticas públicas, a saúde se destaca pelo grau de institucionalização de conselhos na esfera municipal. Esse quadro é produto, entre outras razões, do papel do conselho como requisito para viabilização de transferências de recursos entre os níveis federativos.

A afirmação acima pode ser lastreada por dados da pesquisa *Perfil dos Estados e dos Municípios Brasileiros*, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2015). De acordo com ela, no período de sua realização, 99,7% das localidades brasileiras possuíam conselho municipal de saúde. O estudo também destacou que:

- 99,4% dos municípios realizaram reuniões nos últimos 12 meses, apresentando, em média, 11 reuniões por ano;
- 97,7% dos conselhos municipais de saúde foram considerados paritários;
- 90,1% dos conselhos foram declarados deliberativos;
- 88,9% dos municípios brasileiros realizaram conferências de saúde, cumprindo o estabelecido na Lei nº 8.142.

Sobre o panorama dos estados, observa-se que todos apresentavam conselhos de saúde, de natureza paritária e deliberativa.

Os aspectos anteriormente apresentados favorecem a compreensão da amplitude e da complexidade do sistema promotor de saúde pública no Brasil. De sua origem limitada e excludente até o atual *status* de arcabouço institucional de alcance universal, descentralizado e permeável à participação cidadã, décadas de estudos e militância – política e profissional – transcorreram. Com o intuito de lançar luzes sobre a agenda de pesquisas entre os anos de 1990 e 2014, traduzida em publicações nos principais periódicos da área, o artigo prosseguirá abordando, nas próximas seções, seus procedimentos metodológicos, a síntese do estudo empreendido e sua respectiva análise conclusiva.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De modo a alcançar os propósitos deste trabalho, foram selecionados artigos relacionados ao tema “Participação Social” na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), rede de fontes de informação científico-técnica em saúde, operada na internet de modo cooperativo por produtores, intermediários e usuários de informação em saúde dos países da América Latina e Caribe, com o objetivo de promover o acesso equitativo à informação nesse segmento. A BVS é administrada pela BIREME, centro pertencente à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que, por sua vez, é o escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o continente americano.

A BVS tem grande importância na área de saúde tanto que, para promover a participação descentralizada de todos e facilitar o desenvolvimento de projetos cooperativos, a construção e a operação da BVS é realizada com base em uma arquitetura de seis tipos de fontes de informação. Por fontes de informação, entende-se qualquer produto ou serviço de informação operado na BVS.

A pesquisa na BVS foi realizada utilizando as palavras-chave participação, conselhos e conferências de saúde, às quais correspondem, na base de dados utilizada, aos seguintes descritores (DeCS): Participação Social; Participação Comunitária; Participação Cidadã; Participação da Comunidade; Participação do Cidadão; Conselho Estadual de Saúde; Conselho Municipal de Saúde; Conselho Nacional de Saúde; Conselho de Saúde; Conselho Federal de Saúde; Conselhos Estaduais de Saúde; Conselhos Federais de Saúde; Conselhos Municipais de Saúde; Conselhos Nacionais de Saúde; Conferências de Saúde e Controles Informais da Sociedade.

Não constaram da pesquisa as palavras-chave “Audiências Públicas” e “Audiências Públicas em Saúde”, que se referem a um importante instrumento de participação popular criado pela Constituição Federal de 1988, dado que inexitem na BVS como descritores. Esta pode ser considerada uma das limitações do levantamento realizado. O mesmo ocorre com a expressão “controle social”, tradicionalmente utilizada para mencionar o controle do Estado sobre a sociedade, porém, tendo adquirido o significado oposto nos tempos atuais, designando a participação cidadã nos meios que buscam acompanhar os atos dos poderes instituídos.

Foram utilizados filtros para que fossem selecionados somente artigos em português, publicados no Brasil, com o objetivo de buscar os trabalhos da comunidade nacional de pesquisadores. Não foram selecionados periódicos específicos, de forma que constam na busca realizada todos os periódicos importantes da área da saúde no Brasil, com relevante participação da revista *Ciência e Saúde Coletiva*, uma vez que foi editado um número especial sobre o tema, no período em tela. Os demais periódicos importantes da área de saúde participam de maneira bem difusa, tendo, inclusive, publicações em periódicos de menor relevância para o campo, porém importantes para outros segmentos, como é o caso das revistas de enfermagem. Há, também, periódicos de outras áreas, como é o caso da *Revista de Administração Pública*, importante veículo na seara de políticas públicas e gestão social, com interface com a área de saúde.

Após a aplicação dos filtros, a busca resultou em 158 artigos, dos quais 8 foram retirados por terem sido duplicados pelo sistema, restando, portanto, 150 textos. Estes foram analisados qualitativamente e classificados de acordo com o seu tema, período e metodologia.

Os temas emergiram dos próprios artigos a partir da análise qualitativa realizada, em um processo similar ao realizado na análise de conteúdo, ou seja, por meio de uma leitura “flutuante”, tal qual a proposta metodológica de Bardin (2011).

Dessa forma, a totalidade dos artigos sobre participação social em saúde, selecionados por meio dos DeCS, foi classificada em uma distribuição temática de quatro subtemas: “Participação”, “Conselhos”, “Conferências” e “Outros”. Os subtemas “Conselhos” e

“Conferências”, por sua vez, foram detalhados de acordo com o nível da federação a que pertencem, com o objetivo de verificar em que medida a produção científica sobre participação considera o aspecto “descentralização” em suas análises.

A totalidade dos artigos também foi classificada segundo a data de sua publicação e agrupada por períodos, compostos por 3 intervalos: 1990-2000, 2001-2010 e 2011-2014. O propósito dessa classificação foi verificar se a produção sobre os temas de interesse aumentou ou diminuiu ao longo dos anos. O recorte temporal 1990-2014 foi destacado para abranger o período em que o processo de criação do SUS teve início, ou seja, a partir das definições legais estabelecidas pela nova Constituição Federal, sendo consolidado e regulamentado com as Leis n°. 8080/90 e n°. 8142/90.

Efetou-se a classificação também pelo tipo de metodologia utilizado no trabalho, a saber: artigo eminentemente teórico, artigo com recorte teórico-conceitual e estudo de caso. Este último foi incluído por possuir características próprias e ser muito representativo. Da mesma forma que na classificação por temas, utilizou-se um critério restritivo, ou seja, sempre que os artigos selecionados mencionassem tratar-se de um estudo de caso, ou ele o era, mesmo sem mencionar, era alocado nessa categoria, distribuindo-se para as duas restantes os demais.

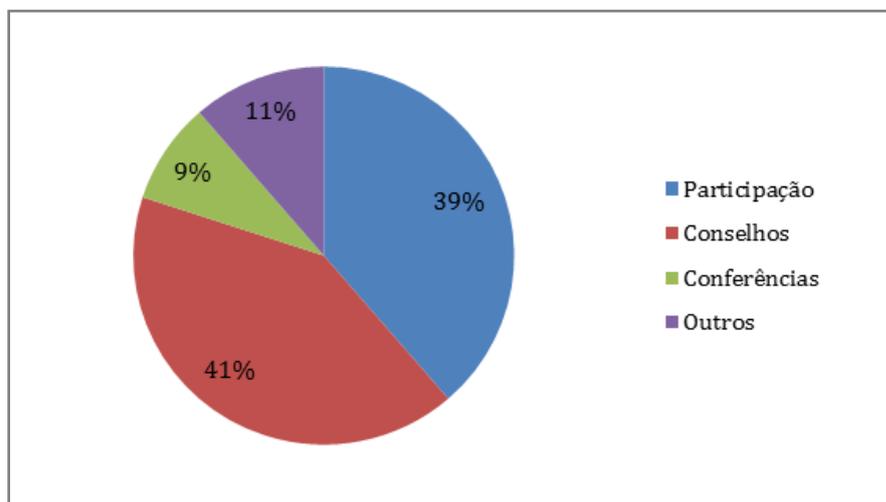
4 PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE

Apresenta-se, a seguir, os dados obtidos por meio do procedimento metodológico antes descrito. De maneira geral e, considerando a importância do tema participação social no SUS, pode-se afirmar que a contribuição teórico-analítica da totalidade da produção ainda é bem modesta.

Os artigos sobre participação social em saúde, selecionados por meio dos DeCS antes enumerados, foram classificados em uma distribuição temática com quatro subtemas: “Participação”, “Conselhos”, “Conferências” e “Outros”, os quais emergiram da própria leitura dos resumos dos artigos.

Utilizou-se, para esta classificação um critério restritivo de pertencimento ao subgrupo, ou seja, sempre que o artigo mencionava “Conselhos” ou “Conferências” era alocado no subgrupo correspondente. Caso contrário, iria para “Participação”, genericamente, ou, caso não se encaixasse em nenhuma dessas categorias, iria para “Outros”. O resultado da distribuição temática encontra-se no Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição temática



Fonte: dados da pesquisa (2016)

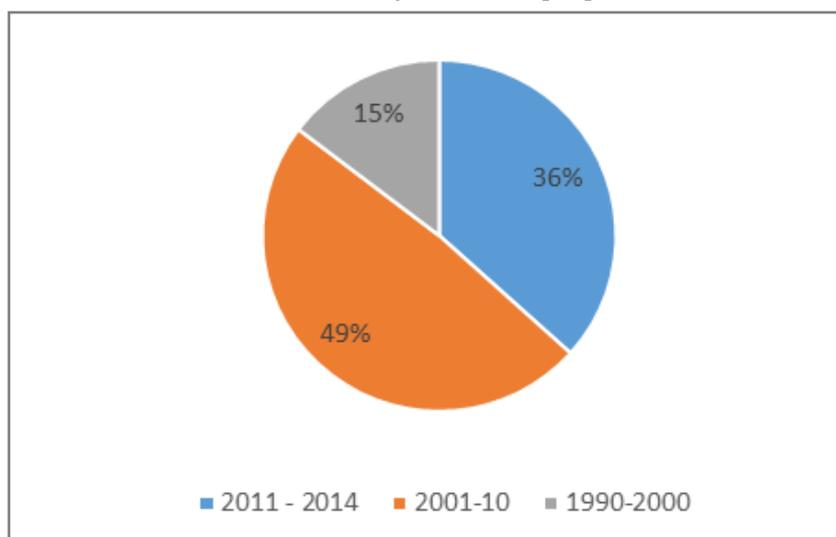
Percebe-se a predominância do subtema “Conselhos” (41%), seguido pelo subtema “Participação” (39%). De fato, a presença dos Conselhos de Saúde em todos os níveis da federação, inclusive por força legal, é acompanhada pela análise da produção científica.

O mesmo ocorre com o montante de trabalhos sobre “Participação Social”, tomada genericamente, onde se discute seus limites e possibilidades para democratizar a gestão e as relações entre Estado e sociedade. Importante destacar esses trabalhos os quais, de maneira geral, avaliam e discutem a participação social de uma forma ampla, ainda que nem sempre com profundidade teórica.

Na segunda classificação efetuada, a totalidade dos artigos foi estratificada segundo a data de publicação, em períodos correspondentes às décadas 1990-2000, 2001-2010, 2011-2014, com o propósito de se verificar se a produção científica está aumentando ou diminuindo.

Constata-se, no Gráfico 2, o aumento da produção sobre participação social desde a década de 1990, e esse crescimento tem sido constante. Verifica-se que a produção sobre participação social aumentou consideravelmente no período de 2001-2010, respondendo por 49% dos trabalhos analisados. No intervalo mais recente, 2011-2014, ou seja, menos de meia década, concentra-se 36% da produção.

Gráfico 2: Produção científica por período

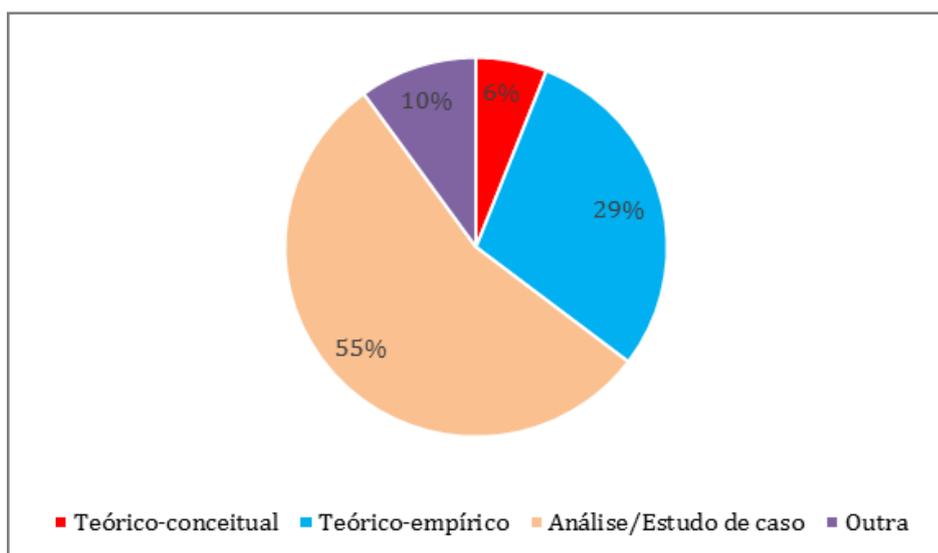


Fonte: dados da pesquisa (2016)

Apresenta-se, a seguir, o Gráfico 3, para demonstração dos resultados da classificação pelo tipo de metodologia utilizado nos textos, a saber: artigo eminentemente teórico, artigo com recorte teórico-conceitual ou estudo de caso. O último grupo foi incluído por possuir características próprias e ser muito representativo. Da mesma forma que na classificação por temas, utilizou-se um critério restritivo, isto é, sempre que os artigos selecionados mencionassem tratar-se de um estudo de caso, ou ele o era, mesmo sem mencionar, a classificação ocorria nessa categoria, distribuindo-se para as duas restantes os demais.

No Gráfico 3 fica evidente a importante participação de trabalhos baseados em estudos de caso. Por um lado, essa constatação não é contraditória com a ênfase em pesquisas conduzidas em âmbito municipal/local (que será pormenorizada a seguir, no Gráfico 4). Por outro, sugere a hipótese do emprego nem sempre rigoroso da metodologia, que, para ser efetiva, requer a discussão de elementos muito próprios do contexto socioinstitucional em relevo, os quais condicionam aspectos de interesse em cada objeto de estudo.

Gráfico 3: Metodologia



Fonte: dados da pesquisa (2016)

Se, por um lado, os estudos de caso são de grande utilidade em pesquisas exploratórias e comparadas e, especialmente, na difusão e discussão de casos de excelência, por outro, apresentam limitações – via de regra quanto às possibilidades de generalização, contribuição teórica dos estudos e rigor científico necessário para sua validação.

Chamam atenção a pequena utilização de metodologias com base teórico-conceitual e a expressiva frequência de elaborações teórico-empíricas. Esta configuração dos resultados parece indicar a necessidade de maior aprofundamento e busca de referenciais teóricos para compreensão do fenômeno da participação social em saúde.

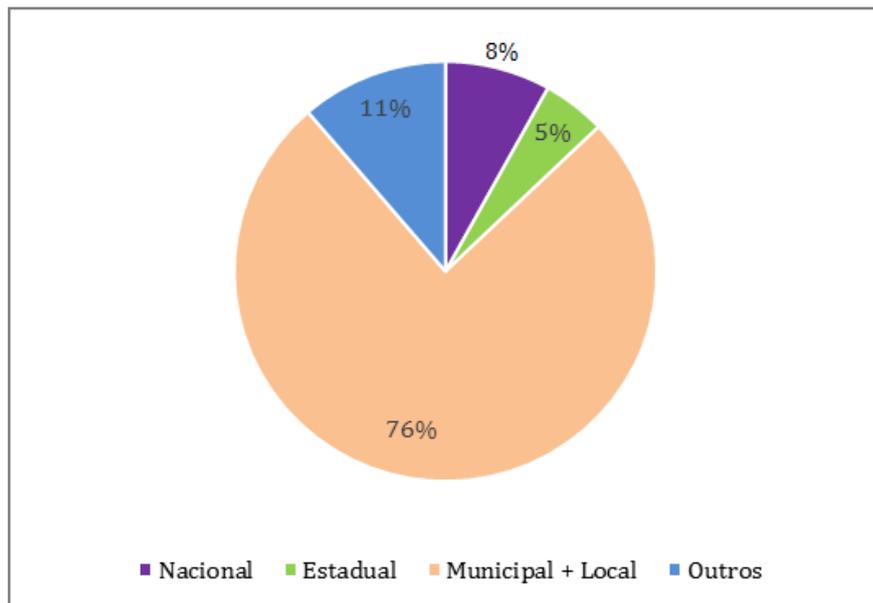
Por fim apresenta-se, nos Gráficos 4 e 5, os resultados obtidos com a classificação dos artigos sobre participação social em conselhos e conferências de acordo com o nível da federação a que se vinculam. Foram detalhados somente esses dois subtemas, pois integram, de fato, a estrutura do SUS e o processo cotidiano de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde. O objetivo deste detalhamento foi verificar em que medida a produção científica sobre participação contempla o aspecto “descentralização” em sua agenda.

A análise do Gráfico 4 revela a ênfase dada aos níveis local e municipal da federação pelos estudos que analisam particularmente os Conselhos de Saúde. De fato, com a descentralização da formulação e da execução de parte das políticas de saúde, o município tornou-se seu *locus* privilegiado.

Todavia, cabe explicar o emprego simultâneo das palavras “local” e “municipal”. O nível federativo de base comporta conselhos intramunicipais (como, no caso do estado de São Paulo, conselhos locais, ligados às Unidades Básicas de Saúde), conselhos gestores municipais (formato mais convencional de tais arranjos, presente em distintos segmentos de políticas públicas) e conselhos intermunicipais (voltados à deliberação pública em consórcios ou em regiões metropolitanas).

A produção científica dedicada ao nível mais descentralizado da federação responde por 76% dos textos, o que demonstra que a produção científica acompanhou a estruturação concreta do SUS. Desse percentual, aproximadamente 20% dos textos faz referência aos conselhos locais, especificados acima. Não obstante, tomados como municipais ou locais, a grande ênfase dada pelos estudos em participação social à temática dos conselhos revela sua importância enquanto espaços públicos de composição plural e paritária, reconhecendo seu protagonismo na área da saúde, inclusive porque são de natureza deliberativa.

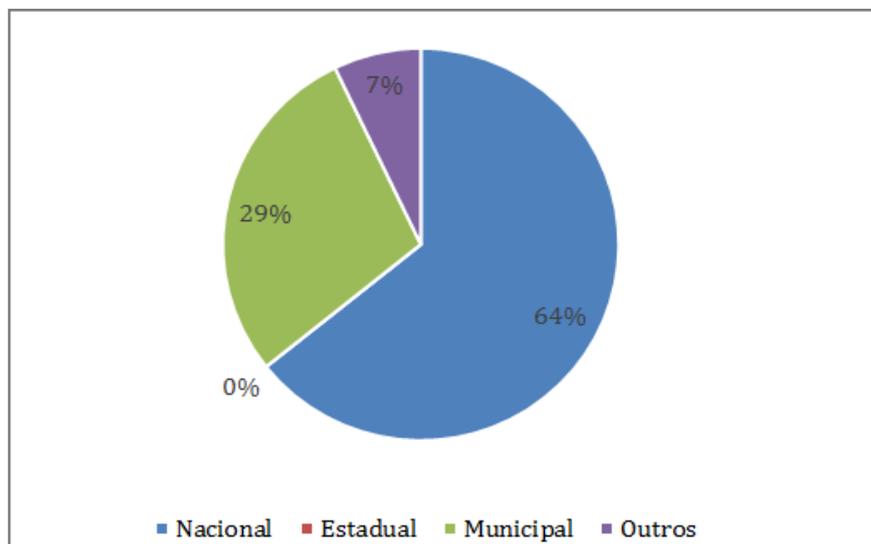
Gráfico 4: Níveis da Federação - Conselhos



Fonte: dados da pesquisa (2016)

A seguir apresenta-se o Gráfico 5, que expressa o nível da federação a que se vinculam os textos sobre conferências de saúde. Ainda que este subtema (“Conferências”) responda por apenas 10% da produção total, julgou-se importante classificá-lo por nível da federação, a fim de pormenorizar suas características em relação à política de saúde e seu processo de descentralização.

Gráfico 5: Níveis da Federação - Conferências



Fonte: dados da pesquisa (2016)

Analisando-se o Gráfico 5, percebe-se o predomínio do nível nacional, indicando que o nível municipal ainda é pouco estudado em termos de participação em conferências. O nível estadual, por seu turno, sequer se faz presente, refletindo sua condição coadjuvante no processo de descentralização – que polarizou a relação dos entes federativos em um espectro federal-municipal.

Contrariamente ao que verificou-se anteriormente com o subtema “Conselhos”, o subtema “Conferências” demonstra o protagonismo do nível nacional, onde os interesses e atores sociais melhor se articulam. Por outro lado, o baixo número de estudos relacionados às Conferências nos níveis municipal e estadual pode indicar que, não obstante à descentralização, esses entes federativos trabalham mais com questões assistenciais, gerenciais e operacionais.

Se percebermos as conferências como espaços em que a sociedade se articula para garantir os interesses da população no segmento da Saúde e, essencialmente, para refletir coletivamente sobre o SUS, mais estudos sobre as conferências estaduais e municipais se fazem necessários, apresentando à academia, em suas diversas disciplinas, uma agenda e um desafio.

Por outro lado, tendo as conferências periodicidade de quatro anos, isso pode explicar o porquê de estudos em menor número, principalmente quando comparados às pesquisas sobre conselhos, que apresentam grande capilaridade em território nacional, além de vigência e atuação permanentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação em saúde ganhou grande importância nas últimas décadas no Brasil, especialmente no tocante às relações Estado-sociedade, à *accountability* democrática e ao controle social. Seu ponto de partida foram iniciativas de caráter participativo, ainda na década de 1980, às quais foram incorporadas e institucionalizadas pela Constituição de 1988 e pelas Leis que regulamentam o SUS. O processo de ampliação da participação foi crescente, sendo exemplo e referência para outras políticas sociais.

Diante desse cenário, este artigo realizou uma análise exploratória qualitativa e quantitativa sobre o tema da participação social no âmbito da saúde. Objetivou verificar em que medida a produção científica sobre participação social na área da saúde acompanha os desenvolvimentos teórico-conceituais e sua aplicação prática, bem como apontar limites e avanços dessas pesquisas.

Foram selecionados artigos relacionados ao tema “Participação Social” na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com as palavras-chave participação, conselhos e conferências de saúde, em português e publicados no Brasil. Os temas emergiram dos próprios artigos por meio da análise qualitativa realizada. Posteriormente, os artigos foram alocados em subtemas: temporalidade, estrutura metodológica e níveis da federação.

Percebe-se a predominância dos subtemas “Conselhos” seguido de perto pelo subtema “Participação” (genericamente analisado). No subtema “Conselhos” é dada grande ênfase ao nível local e municipal o que não ocorre no subtema “Conferências”, onde verifica-se o predomínio do nível nacional, indicando que o nível municipal ainda é pouco estudado. Metodologicamente há importante participação de trabalhos baseados em Estudos de Caso, o que sugere a realização de investigações de escopo mais restrito. Há um grande aumento da produção em participação social desde a década de 1990 e este crescimento tem sido constante.

Com a descentralização e a democratização dos processos de gestão das políticas públicas de saúde, o município tornou-se seu *locus* privilegiado e isto foi realizado de forma participativa, dado que, a existência de Conselhos e Conferências foi exigida, inclusive em lei. Não obstante, ainda carece de aprofundamento a diferença entre descentralização, desconcentração e municipalização.

A participação social em saúde, com base nos dados apresentados e analisados, permite verificar um crescimento de sua importância, porém ainda com reduzida repercussão

e consolidação. Verifica-se que há muitos formatos institucionais de participação surgindo em nossa sociedade e que não se tornaram objetos privilegiados de pesquisa.

Observa-se uma falta de continuidade nas investigações e solidez nas linhas de pesquisa, especialmente porque a produção de natureza empírica ainda não permite generalizações, uma vez que há uma predominância de estudos de caso, e uma carência de balanços abrangentes sobre as pesquisas realizadas no setor saúde e em outros domínios do conhecimento, dado tratar-se de uma área notadamente multidisciplinar.

Considerando essas e outras observações, mencionadas anteriormente, sobre a produção científica relativa à participação social na área da saúde, onde inclui-se seus avanços e limites, sugere-se abaixo alguns pontos a serem aprofundados ao definir-se uma agenda de pesquisa, que verse, principalmente, sobre: a) a participação social em saúde e b) as conferências, os conselhos e o federalismo.

A Participação Social e as Políticas Públicas Participativas se destacam na produção técnico-científica, o que é um avanço, porém falta à questão da participação social *lato sensu* tratamento teórico mais sistematizado. A questão da participação nas políticas sociais merece mais investigação, especialmente se consideramos a consolidação de Conselhos e Conferências na área da Saúde e suas interfaces com as políticas de Educação, da Assistência Social, da Criança e do Adolescente, da Promoção dos Direitos da Mulher, entre outras.

Por outro lado, o foco na ideia de participação social *lato sensu* e nas políticas setoriais, em detrimento de inovações participativas institucionais *stricto sensu* sugere uma tendência de se estudar os fenômenos a partir da perspectiva do Estado, uma vez que este é o responsável direto pelas políticas públicas e pela abertura de oportunidades de participação. O desafio aqui é ampliar os estudos com enfoque na sociedade, sua organização e participação autônoma no formato institucional.

Percebe-se a ausência de estudos sobre os chamados “novos movimentos sociais”, os quais se utilizam dos avanços da tecnologia da informação e suas potencialidades para a democracia digital na área de saúde. Nesse sentido, verifica-se também a ausência de estudos sobre o papel e a atualidade da atuação do movimento sanitário.

Faz-se necessário qualificar a participação social em saúde, enquanto processo e não evento isolado, pronto e acabado, tentando discernir padrões tradicionais e inovadores de participação. Conforme colocado anteriormente, pode verificar-se vários níveis de participação da população em detrimento de elites dirigentes: “informação, consulta facultativa, consulta obrigatória, elaboração de propostas, cogestão, delegação e autogestão”. Esta é uma linha de pesquisa que mostra-se bastante profícua, dado que a possibilidade da cogestão recoloca, em novos e promissores termos, a noção de controle social e *accountability* democrática.

No que se refere ao trinômio Conferências, Conselhos e Federalismo, verificou-se a predominância do estudo de “Conselhos” em nível local (Conselhos Gestores ligados às Unidades Básicas de Saúde) e municipal (Conselhos Municipais de Saúde), o que não ocorre no subtema “Conferências”, no qual verifica-se o predomínio do nível nacional, indicando a necessidade de mais estudos sobre o nível municipal em termos de participação e de interlocução com os eventos subsequentes. Trata-se de uma aparente contradição a ser investigada: ênfase dos estudos em Conselhos em nível local e municipal e, no caso das Conferências, prioridade das pesquisas de abrangência nacional.

Na perspectiva do federalismo, abre-se um grande leque de possibilidades de estudos, dada a heterogeneidade dos municípios brasileiros, o grande processo de descentralização realizado na área de saúde e a existência de experiências de redes, regionalização e microregionalização. Interessante verificar, ainda, em que medida há alguma articulação entre os Conselhos Gestores e os Conselhos de Saúde dos vários níveis da federação. Ainda, diante das novas formas de provisão de serviços de saúde por Organizações Sociais de Saúde (OSSs)

e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), cabe investigar as possibilidades e dificuldades do controle social participativo nesse processo.

Faz-se necessário verificar em que medida, Conferências e Conselhos de Saúde estão atuando na superação da etapa de avaliação, agregando participação social às demais fases do ciclo de políticas públicas: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação de opções e implementação.

Importante que sejam desenvolvidos mais estudos destinados a verificar a efetiva representatividade dos participantes em Conselhos e Conferências, seu grau de autonomia em relação ao Estado e prestadores de serviços, além de reflexões sobre sua capacidade efetiva de intervenção na formação da agenda da política de saúde.

Um tema sempre recorrente, mas não suficientemente estudado, é a necessidade de formação dos Conselheiros, a fim de que possam superar dificuldades relacionadas ao emprego de linguagem especializada e ao manejo das novas tecnologias de informação e comunicação. Tais elementos são vitais para que a deliberação pública em seu interior seja vigorosa e tão isenta quanto possível de assimetrias, de natureza diversa.

Finalizando, vale ressaltar que as críticas e observações efetuadas não visam reduzir o mérito das pesquisas existentes e, sim, apontar lacunas e limites, tendo em vista a evolução das mesmas. Reconhece-se, também, as restrições da presente iniciativa, pois não foram incluídas outras variáveis e bases de dados, ainda que a BVS tenha grande importância na área de saúde e os descritores utilizados se justifiquem, pelo foco e importância na temática. Além disso, não foi possível, no escopo deste trabalho, realizar um tratamento dos dados mais elaborado, dado ser uma pesquisa exploratória, limite este que pretende-se superar em futuras pesquisas.

6 REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2004.
- BEHN, R. D. O novo paradigma da gestão pública e a busca da accountability democrática. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 49, n. 4, p. 5-45, out./dez. 1998.
- BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação?** São Paulo: Brasiliense, 1983.
- BRASIL. Controladoria Geral da União. **Controle Social – Conselhos municipais e controle social**. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/controlesocial/ConselhosMunicipaiseControleSocial.asp>>. Acesso em: 09 fev. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. **Lei nº. 8142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 28 de dezembro de 1990.
- BRASIL. **Lei nº. 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 de setembro de 1990.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
- COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, nov. 1989.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Histórias das Conferências de Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, jul. 2004.

COSTA, F. L. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 5, p. 829-874, 2008.

ESCOREL, S. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1938-1940, out. 2013.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. São Paulo: Cortez, 2001. (Questões da Nossa Época, 84).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: 2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. C.; MENEGUZZO, M. **Inovação e cooperação intergovernamental: microregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde**. São Paulo: Annablume, 2006.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 2014.

OLIVEIRA, V. C. S. Sociedade, Estado e administração pública: análise da configuração institucional dos conselhos gestores do município de Lavras. 2009. 301 p. **Tese** (Doutorado em Administração) – Departamento de Administração e Economia, Universidade Federal de Lavras, Lavras.

SILVA, E. R. A. **Participação Social e as Conferências Nacionais de Políticas Públicas: reflexões sobre avanços e desafios no período de 2003-2006**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para discussão nº 1378, 2009.

SOUZA, C. H. L.; CRUXÊN, I. A.; LIMA, P. P. F.; ALENCAR, J. L. O.; RIBEIRO, U. C. Conferências típicas e atípicas: um esforço de caracterização do fenômeno político. In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. (Orgs.). **Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades**. Brasília: Ipea, 2013. Cap. 1, p. 25-52.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

TEIXEIRA, A. C. C.; MARANHÃO, T.; LOTTA, G. Conferências municipais. **Dicas Instituto Polis**, nº 230, 2005. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/672/672.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

ⁱ Parte-se da década de 1930, pois ela marca: a) a passagem do Brasil agrário para o Brasil industrial e b) o início, de fato, de um continuado processo de modernização das estruturas e processos do aparelho de Estado (Costa, 2008).

ⁱⁱ Ano e tema das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) no Brasil: **1ª CNS (1941)**: Situação sanitária e assistencial dos estados; **2ª CNS (1950)**: Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho; **3ª CNS (1963)**: Descentralização na área de saúde; **4ª CNS (1967)**: Recursos humanos para as atividades em saúde; **5ª CNS (1975)**: Implementação do sistema nacional de saúde. Programa de saúde materno-infantil. Sistema nacional de vigilância epidemiológica. Programa de controle das grandes endemias. Programa de extensão das ações de saúde às populações rurais; **6ª CNS (1977)**: Situação atual do controle das grandes endemias. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde. Interiorização dos serviços de saúde. Política nacional de saúde; **7ª CNS (1980)**: Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos; **8ª CNS (1986)**: Saúde como direito. Reformulação do sistema nacional de saúde. Financiamento setorial; **9ª CNS (1992)**: Municipalização é o caminho; **10ª CNS (1996)**: Saúde, cidadania e políticas públicas. Gestão e organização dos serviços de saúde. Controle social na saúde. Financiamento da saúde. Recursos humanos para a saúde. Atenção integral à saúde; **11ª CNS (2000)**: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social; **12ª CNS (2003)**: Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos; **13ª CNS (2007)**: Saúde e qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento; **14ª CNS (2011)**: Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro e **15ª CNS (2015)**: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro (Conselho Nacional de Saúde, 2016).