

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL: PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA ENTRE 1990-2014 E SUGESTÃO DE AGENDA DE PESQUISA

SOCIAL PARTICIPATION IN HEALTH IN BRAZIL: TECHNICAL-SCIENTIFIC PRODUCTION IN THE PERIOD 1990-2014 AND SUGGESTION OF A RESEARCH AGENDA

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN BRASIL: PRODUCCIÓN TÉCNICO-CIENTÍFICA ENTRE 1990-2014 Y SUGERENCIA DE UNA AGENDA DE INVESTIGACIÓN

RESUMO

Este artigo realiza um levantamento da literatura técnico-científica sobre saúde pública para verificar a natureza das investigações sobre participação social, a fim de apontar os limites e os avanços dessas pesquisas, evidenciando lacunas e sugerindo uma agenda de investigação. Foram selecionados textos relacionados ao tema “participação social” na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Trata-se de uma fonte de conhecimento técnico-científico que incorpora outras fontes e é administrada por órgão pertencente à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), escritório da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o continente americano. Os artigos foram classificados em quatro subtemas: “participação”; “conselhos”; “conferências”; e “outros”. Os subtemas “conselhos” e “conferências” foram detalhados de acordo com o nível da federação a que pertencem. O universo de textos também foi classificado segundo a data de sua publicação e agrupado por períodos. Há hegemonia do subtema “conselhos” (41%), seguido pelo subtema “participação” (39%). Verifica-se que a produção sobre participação social aumentou no período de 2001-2010 (em relação ao intervalo 1990-2000). Fica evidente a ocorrência de trabalhos baseados em estudos de caso (55%).

PALAVRAS-CHAVE: Saúde pública, Sistema Único de Saúde, participação social, conselhos de saúde, conferências de saúde.

Tania Margarete Mezzomo Keinert¹

tania.keinert@uol.com.br

ORCID: 0000-0003-1611-3256

Virgílio César da Silva e Oliveira²

virgilio.oliveira@ufjf.edu.br

ORCID: 0000-0002-9816-2985

¹ Instituto de Saúde, Instituto de Saúde, Centro de Pesquisa, São Paulo, SP, Brasil

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, Juiz de Fora, MG, Brasil

Submetido 22.06.2017. Aprovado 31.07.2018

Avaliado pelo processo de *double blind review*

DOI: <http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v23n75.69716>

ABSTRACT

This paper conducts a survey of the technical-scientific literature on public health, in order to verify the nature of research on social participation and detail the limits and advances of this research, highlighting gaps and suggesting a research agenda. Articles related to the topic of "social participation" were selected from the database of the Virtual Health Library. It is a source of technical-scientific knowledge that includes other sources and is managed by an organization belonging to the Pan American Health Organization (PAHO), the World Health Organization (WHO) office for the Americas. All articles were classified according to four sub-topics: "participation," "councils," "conferences," and "other." The sub-topics of "councils" and "conferences" were detailed according to the federative level to which they belong. The totality of articles was classified according to their date of publication and grouped by periods. There is hegemony of the sub-topic of "councils" (41%), followed by the sub-topic of "participation" (39%). Production on social participation increased in the period 2001-2010 (in relation to the interval 1990-2000). The occurrence of texts based on case studies becomes thus evident (55%).

KEYWORDS: Public health, Unified Health System, social participation, health councils, health conferences.

RESUMEN

Este artículo realiza un levantamiento de la literatura técnico-científica sobre salud pública, para verificar la naturaleza de las investigaciones sobre participación social, a fin de apuntar los límites y los avances de esas investigaciones, evidenciando vacíos y sugiriendo una agenda de investigación. Se seleccionaron textos relacionados al tema "participación social" en la base de datos de la Biblioteca Virtual en Salud. Se trata de una fuente de conocimiento técnico-científico que incorpora otras fuentes y es administrada por un órgano perteneciente a la Organización Panamericana de la Salud, oficina de la Organización Mundial de la Salud para el continente americano. Los artículos se clasificaron en cuatro subtemas: "participación," "consejos," "conferencias" y "otros." Los subtemas "consejos" y "conferencias" fueron detallados de acuerdo con el nivel de la federación a que pertenecen. El universo de textos también fue clasificado según la fecha de su publicación y agrupado por periodos. Hay hegemonía del subtema "consejos" (41%), seguido por el subtema "participación" (39%). Se observa que la producción sobre participación social aumentó en el período 2001-2010 (en relación con el intervalo 1990-2000). Es evidente la ocurrencia de trabajos basados en estudios de caso (55%).

PALABRAS CLAVE: Salud pública, Sistema Único de Salud, participación social, consejos de salud, conferencias de salud.

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.

Apesar de o segundo propósito, ligado à conjuntura de crises, não ter tanta visibilidade quanto o primeiro, ele é expressivo e foi determinado por décadas de atuação autocrática do Estado. Superlativo em seu dis-

curso, 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 (Oliveira & Keinert, 2016).

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 coloca o Brasil entre as nações que mais empreenderam esforços de experimentalismo democrático nas últimas décadas (Lavalle, 2012).

Especificamente no campo da saúde, o resultado mais expressivo desses fatos, potencializado por 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 técnico-científica sobre saúde pública, para verificar a natureza das investigações realizadas sobre 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 redefinam 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. A segunda, imediatamente após esta introdução, abarca um breve resgate histórico das políticas de saúde no Brasil e uma discussão sobre meios para promoção da participação social em saúde. A terceira detalha a metodologia da pesquisa. A quarta apresenta e analisa os dados reunidos. A quinta, considerações finais, pormenoriza o status das pesquisas sobre participação social em saúde e propõe uma agenda de pesquisa.

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.

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. De modo abrangente, o período abarcou a transição de um país essencialmente agrário para um país com expressão industrial. Sem as divisas provenientes da exportação de café para nações abaladas pela crise de 1929, sua capacidade de importar bens industrializados diminuiu e iniciativas visando à substituição de importações foram fomentadas (Costa, 2008). 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 sob os 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 3.^a Conferência Nacional de Saúde chamou atenção para a necessidade de reflexões sobre: a) a situação sanitária da população brasileira; b) a distribuição e a coordenação de atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; c) a municipalização dos serviços de saúde; e d) a fixação de um plano nacional de saúde (Brasil, 1963).

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 apo-

sentadoria de trabalhadores. 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 vultuoso 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. Nessa dinâmica, para Carvalho (2013), destacam-se outros protagonistas: partidos políticos e prefeituras de natureza progressista.

Durante o governo Geisel, inicia-se o processo de distensão política, que prometia encaminhar o país de volta à democracia. 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. Bertolozzi & Greco (1996) destacam, como iniciativas desse período, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronam) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Plass).

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 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 (Brasil, 2007).

No ano de 1981, cria-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, que implementou as Ações Integradas de Saúde. Tais ações 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 (Bertolozzi & Greco, 1996).

Em 1985, com o início da Nova República, as lideranças do movimento sanitário passa-

ram a ocupar posições relevantes em instituições promotoras da política de saúde. Nesse contexto, a 8.^a Conferência Nacional de Saúde foi promovida. Para Cohn (1989, p. 130), esse evento representou um marco político, pois a saúde foi “(...) trazida para a arena de um amplo debate público.” No evento – que contou com cerca de 3 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, Seguridade 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, dá prioridade à 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 n.º 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 (Brasil, 1990a).

Também em 1990, um novo instrumento legal foi instituído para normatizar as ações do SUS. A Lei n.º 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 (Brasil, 1990b).

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, subsidiando a revisão e/ou a formulação de políticas públicas (Oliveira & Keinert, 2016). A periodicidade das conferências de saúde é quadrienal (Brasil, 1990b).

Os conselhos, por sua vez, devem possuir caráter permanente e deliberativo, apresentando uma configuração tetrapartite, ou seja, congregam representantes do governo, de prestadores de serviços, de profissionais da saúde e de usuários. Ao último

estrato são assegurados 50% dos assentos no órgão (Brasil, 1990b). Como meios complementares para a gestão colegiada, podem ser destacados, ainda, fundos públicos e planos nacionais, estaduais e municipais. É função dos planos, entre outros aspectos, reduzir os efeitos de descontinuidades políticas e administrativas, apontando caminhos que transcendem o curto prazo (Oliveira & Keinert, 2016).

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 presta relevantes serviços ao aprendizado participativo no Brasil, sendo considerada modelo para outros segmentos (Escorel, 2013).

Participação e controle social no contexto das políticas públicas de saúde

Este tópico busca abordar os temas da participação e do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde, focando nos meios descentralizados e participativos voltados a esses fins, destacados na Lei n.º 8.142, isto é, as conferências e os conselhos.

Como destacou 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, gestão, delegação e autogestão.

A partir do quinto nível (cogestão), a administração da organização ou do 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) afirmou que, sob o paradigma da administração pública tradicional, a *accountability* opera de modo bastante linear. Assim, as autoridades eleitas (e suas retaguardas burocráticas) 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. Há, portanto, percepções difusas sobre diversos aspectos, como a pertinência dos fins, a efi-

ciência 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 arranjos institucionais inovadores, 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).

No segmento da saúde, o arranjo que busca promover o controle dos múltiplos esforços despendidos é complexo, articulando meios tradicionais (ou burocráticos) de *accountability* e meios democráticos de *accountability*. A participação social e o controle comunitário (descentralizado), focos deste texto, associam-se à segunda vertente e desenvolvem-se em duas arenas, de interação dialógica horizontal (mesmo nível federativo) e vertical (entre níveis federativos): os conselhos e as conferências. Estas possuem significativa institucionalização histórica e territorial no Brasil (Silva, 2009; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015). Por essa razão, serão objetos de discussão nos próximos parágrafos.

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 precisam 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 (Oliveira & Keinert, 2016).

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

estaduais e municipais; e) realização de conferências preparatórias (que envolvem a formulação de propostas e a designação de representantes); f) realização do evento nacional; e g) publicação do relatório final. Entre os segmentos de políticas públicas, o da saúde destaca-se pelo histórico de conferências promovidas desde a década de 1940.

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 5 internacionais. Esses eventos mobilizaram cerca de 2 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 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 tornarem-se 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, em particular sobre como suas contribuições in-

terferiram na elaboração de políticas públicas.

Conselhos de políticas públicas

O formato institucional “conselho” não representa, por si só, uma inovação. Como salientou 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, os conselhos ressurgiram como arranjos capazes de contribuir para a vigência dos princípios da descentralização e da participação (Allebrandt, 2003).

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 e 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 (Oliveira, 2009).

De acordo com Brasil (2012), os conselhos são espaços de exercício da cidadania, que geram oportunidades para participação popular na gestão pública. Os conselhos exercem diferentes funções, que abarcam fiscalização, mobilização, deliberação e consultoria.

Ao discorrer sobre a efetividade dos conse-

lhos e sobre o questionamento se são, de fato, uma nova institucionalidade participativa no Brasil, Teixeira (2000a; 2000b) favoreceu a compreensão: a) das premissas para o seu adequado funcionamento; e b) dos desafios que podem limitar seu papel de elo entre sociedade e Estado. Desse modo, a criação de um conselho deve ser precedida por amplo debate social; suas reuniões devem ser regulares; as deliberações não podem ser meras formalidades; a paridade (que, para concretizar-se, deve superar assimetrias de preparo e informação) precisa ser continuamente buscada; a autonomia não pode ser relativa; esforços para publicização de atos devem ser permanentes; e a compreensão do funcionamento da máquina pública, por parte dos conselheiros, deve existir. Em paralelo, eles precisam: favorecer a permeabilidade dos poderes instituídos às demandas cidadãos, reconfigurando agendas públicas; consolidar-se como espaços de diálogo e negociação; centrar-se na análise crítica de seus segmentos (e não apenas em rotinas internas); zelar pela seriedade dos mandatos intraconselho e nortear-se por planos que transcendam o curto prazo.

Sua integração e sua responsabilidade frente aos sistemas de políticas públicas os habilitam 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 a seu contínuo aperfeiçoamento e informação (Brasil, 2002).

Entre os diversos segmentos de políticas públicas, a saúde destaca-se 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 (IBGE, 2015). De acordo com esse levantamento, 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 n.º 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 estudo 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 em periódicos de referência, o artigo abordará, nas próximas seções, a metodologia, a análise e a conclusão do estudo empreendido.

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 conhecimento técnico-científico que busca promover o acesso equitativo à informação nesse segmento. A BVS é administrada pela BIREME (Centro Latino-americano de Informação em Ciências da Saúde), parte integrante da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que, por sua vez, é o escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o continente americano.

De modo mais preciso, a BVS representa “(...) uma rede de gestão da informação, intercâmbio de conhecimento e evidência científica em saúde, que se estabelece por meio da cooperação entre instituições e profissionais na produção, intermediação e uso das fontes de informação científica em saúde” (Centro Latino-americano de Informação em Ciências da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2011, p. 04). A rede organizacio-

nal que provê dados e serve-se da BVS é formada por mais de 2 mil instituições, em 30 países. A BVS é, portanto, robusta o suficiente para ser a referência deste estudo, pois é uma base de dados que congrega outras bases de dados, como a LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e a MEDLINE (sigla, em inglês, para Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica, que é a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos).

A pesquisa na BVS foi realizada utilizando as palavras-chave “Participação”, “Conselhos” e “Conferências de Saúde”, as quais correspondem, na base de dados utilizada, aos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (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.

Constaram da pesquisa as palavras-chave “Audiências Públicas” e “Audiências Públicas em Saúde”, que se referem a um importante instrumento de participação popular, porém inexistem na BVS DeCS a elas associados. 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 adquirindo significado oposto nos tem-

pos atuais, designando a participação cidadã nos meios que buscam acompanhar os atos dos poderes instituídos.

Foram utilizados filtros definindo seleção somente de artigos em português, publicados no Brasil. Não foram selecionados periódicos específicos, de forma que constam na busca todas as revistas importantes da área da saúde no Brasil, com relevante participação do veículo *Ciência e Saúde Coletiva*, uma vez que foi editado um número especial sobre o tema, no período considerado. Os demais periódicos importantes em saúde participam de maneira bem difusa, tendo, inclusive, publicações em meios de menor relevância para o campo, porém centrais em 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*, que possui tradição na seara de políticas públicas.

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 subtema, período de publicação e sua natureza metodológica.

Os subtemas (em relação ao tema “Participação Social”) emergiram dos próprios artigos a partir da análise qualitativa realizada em um processo similar ao da 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 foi distribuída entre os subtemas “Participação,” “Conse-

lhos,” “Conferências” e “Outros.” Os subtemas “Conselhos” e “Conferências,” por sua vez, foram pormenorizados de acordo com o nível da federação a que se vinculam, com o objetivo de verificar em que medida a produção técnico-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, formados por três 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, consolidadas e regulamentadas pelas Leis n.º. 8.080/90 e n.º. 8.142/90.

Efetou-se a classificação também pela natureza metodológica dos textos, a saber: artigo teórico-conceitual, artigo teórico-empírico, estudo de caso e outra natureza metodológica. Embora os estudos de caso representem uma investigação de natureza teórico-empírica, optou-se por distingui-los, pois eles tendem a ser numerosos, implicando dois aspectos: a) sugerem pesquisas de menor amplitude, com recursos mais modestos e foco voltado a objetos mais simples; e b) podem mostrar experiências dignas de nota no amplo universo empírico brasileiro, revelando boas práticas (que podem ser replicadas) ou fragilidades de nosso tecido socioinstitucional (que devem ser mitigadas). A classificação ocorreu de forma cuidadosa para que não houvesse sobreposição entre

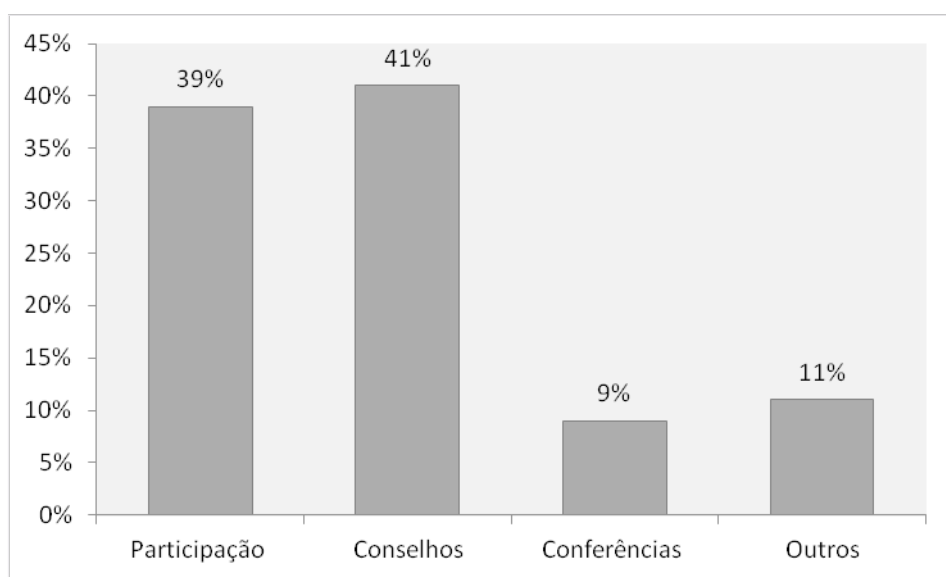
as possibilidades artigo teórico-empírico e estudos de caso.

PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE

Apresenta-se, a seguir, o panorama concebido por meio do procedimento metodológico

antes descrito. Os artigos sobre participação social em saúde, selecionados por meio dos DeCS citados, foram classificados segundo quatro subtemas: “Participação”, “Conselhos”, “Conferências” e “Outros”. Utilizou-se, para essa classificação, um critério restritivo de pertencimento ao subtema. O resultado da distribuição dos textos encontra-se no Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição dos artigos em subtemas



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 técnico-científica.

O mesmo ocorre com o montante de trabalhos sobre “Participação Social”, tomada genericamente, em que se discutem seus limites e suas possibilidades para democratizar a gestão e as relações entre Estado e sociedade.

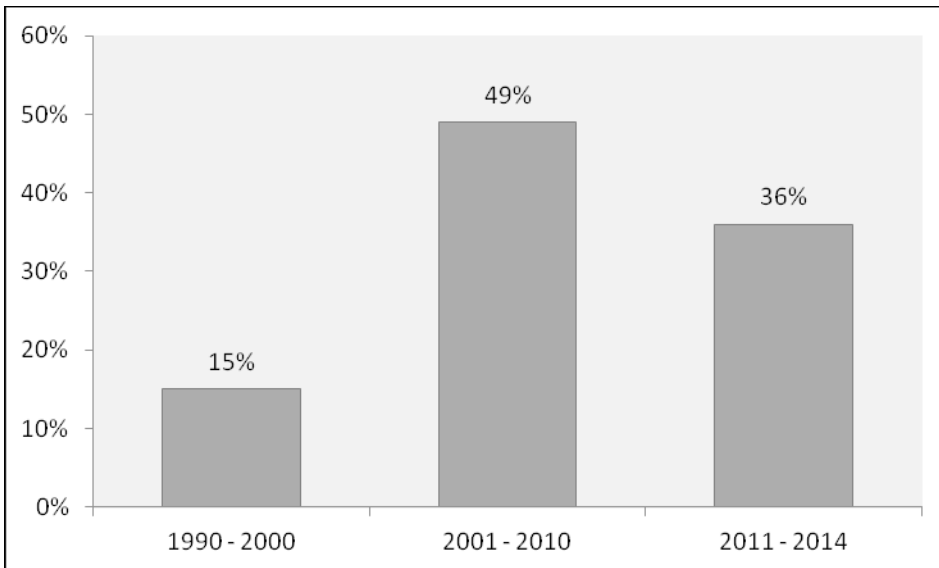
Na segunda classificação efetuada, os artigos foram estratificados, segundo a data de publicação, em períodos correspondentes às décadas 1990-2000, 2001-2010 e 2011-2014, com o propósito de verificar se a produção técnico-científica está aumentando ou diminuindo.

Constata-se, pela observação do 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 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. Como salientou Allebrandt (2003), a

década de 1990 foi marcada pela regulamentação do texto constitucional. As seguintes apresentam distanciamento histórico favorável à reflexão sobre avanços e retrocessos da saúde no Brasil.

Gráfico 2: Produção técnico-científica por intervalo de tempo

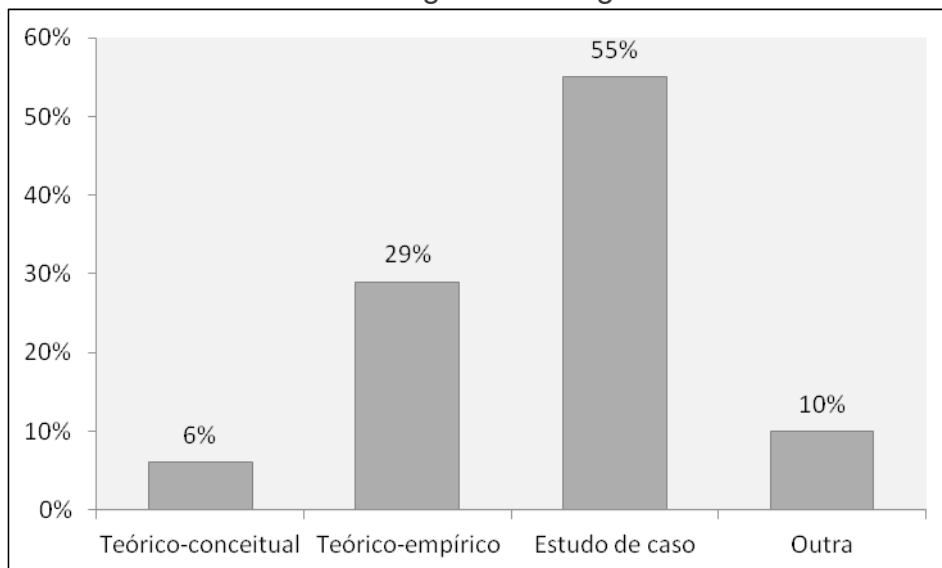


Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Apresenta-se, a seguir, o Gráfico 3, para demonstração dos resultados da classificação pela natureza metodológica dos artigos, a

saber: artigo teórico-conceitual, artigo teórico-empírico, estudo de caso ou outra natureza.

Gráfico 3: Natureza metodológica dos artigos analisados



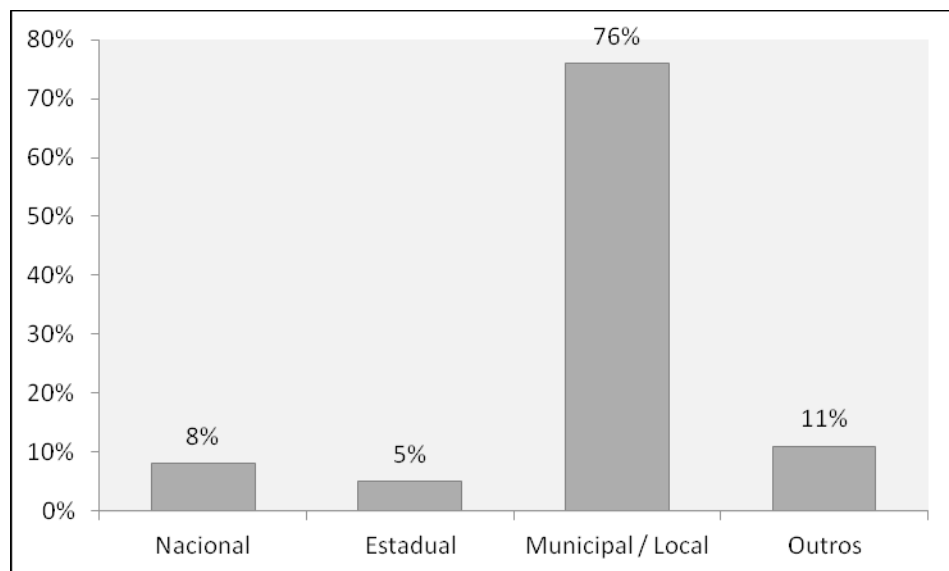
Fonte: Dados da pesquisa (2016)

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL: PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA ENTRE 1990-2014 E SUGESTÃO DE AGENDA DE PESQUISA

No Gráfico 3 fica evidente a ocorrência de trabalhos baseados em estudos de caso. Essa constatação entretanto não é contraditória com a ênfase em pesquisas conduzidas em âmbito local, que será pormenorizada a seguir, no Gráfico 4. Se, por um lado, os estudos de caso são de grande valia em pesquisas exploratórias e comparadas e, especialmente, na difusão de casos de excelência, por outro, apresentam limitações quanto às possibilidades de generalização e de contribuição como lastro de teorias. Chamam atenção a pequena utilização de metodologias com base teórico-conceitual e a expressiva frequência de elaborações teórico-empíricas.

Por fim apresentam-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 participativa do SUS e o processo cotidiano de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde. O propósito desse detalhamento foi verificar em que medida a produção técnico-científica sobre participação contempla o atributo “descentralização” em seu escopo. Este favorece o controle social democrático e a deliberação pública sobre problemas comuns.

Gráfico 4: Pesquisas sobre conselhos, por nível federativo



Fonte: Dados da pesquisa (2016)

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, onde há 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), como observaram Keinert *et al.* (2006).

A produção técnico-científica dedicada ao nível mais descentralizado da federação

responde por 76% dos textos, o que demonstra que tal produção acompanhou a estruturação concreta do SUS. Desse percentual, aproximadamente 20% dos textos faz referência aos conselhos locais.

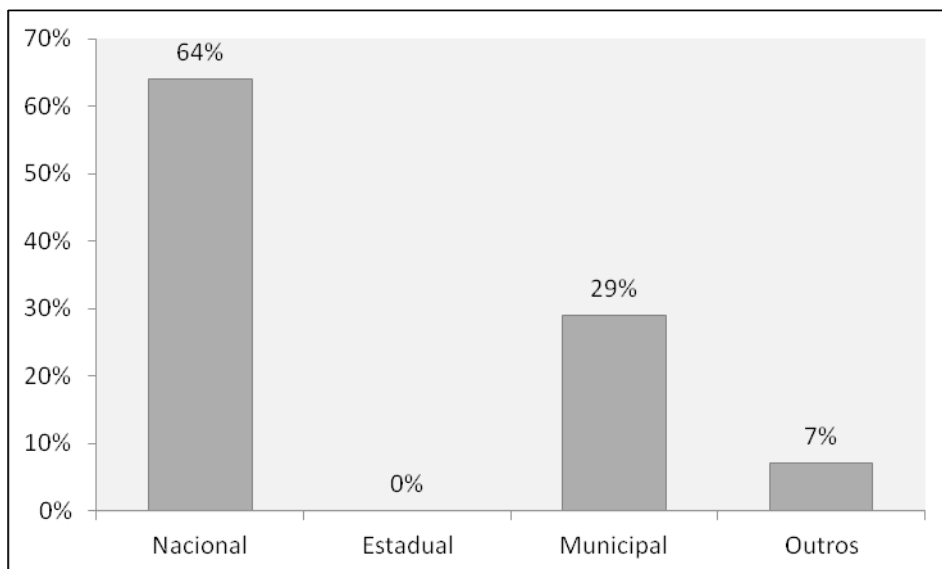
Não obstante, tomados como municipais ou locais, a grande ênfase dada pelos estudos em participação social à temática dos conselhos revela sua importância enquanto espaços públicos de composição plural e paritária, reconhecendo seu protagonismo na área da saúde. Como notaram Teixeira (2000a; 2000b) e Oliveira (2009), suas possibilidades são diversas (cogestão de políticas públicas, exercício de controle social qualitativo e proativo etc.), assim como as premissas que devem amparar sua atuação (autonomia, vigor deliberativo etc.) e os desafios que podem minar sua condição de

mediadores entre sociedade e Estado (dificuldade de planejar em longo prazo, fragilidade de mandatos etc.).

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 responda por apenas 9% 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.

De forma contrária ao que foi verificado anteriormente, o subtema “Conferências” expressa o protagonismo do nível nacional, em que os interesses e atores sociais se articulam de modo mais denso e plural.

Gráfico 5: Pesquisas sobre conferências, por nível federativo



Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Tendo em vista que as conferências são espaços em que a sociedade se articula para garantir o interesse público em saúde e, também, para refletir coletivamente sobre o SUS, mais estudos sobre as conferências estaduais e municipais fazem-se necessários, pois favorecerão o preenchimento das lacunas apontadas por Silva (2009), que se referem ao tênue conhecimento: a) das causas da descoordenação entre conferências; e b) de meios para prestação de contas, ou seja, de mapeamento do elo entre contribuição cidadã e concepção (ou revisão) de políticas públicas.

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 atuação permanente, grande capilaridade em território nacional e reuniões constantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação em saúde ganhou grande importância nas últimas décadas no Brasil, especialmente no que se refere à *accountability* democrática. Seu ponto de partida foram iniciativas de caráter participativo, ainda na década de 1980, as 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 sobre o tema da participação social no âmbito da saúde. Objetivou verificar a natureza das investigações realizadas, a fim de apontar sumariamente

os limites e os avanços dessas pesquisas, evidenciando lacunas e estabelecendo uma agenda de investigação.

Percebe-se a predominância do subtema “Conselhos” seguido pelo subtema “Participação”. No subtema “Conselhos” é dada grande ênfase ao nível local e municipal, o que não ocorre no subtema “Conferências”, em que se verifica 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 aumento da produção em participação social desde a década de 1990 e esse 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 isso foi realizado de forma participativa, dado que a existência de conselhos e conferências foi exigida, inclusive em lei. Não obstante, ainda carece de maior compreensão a distinção entre descentralização, desconcentração e municipalização.

O estudo da participação social em saúde, com base nos dados apresentados e analisados, permite verificar um crescimento de sua importância, porém ainda com reduzida pluralização. Verifica-se que há formatos institucionais de participação surgindo em nossa sociedade – representando respostas às especificidades dos segmentos de políticas públicas (como os conselhos gestores de unidades básicas de saúde) ou inovações que emergem do desenvolvimento tecnológico (como as ouvidorias eletrônicas) – que não se tornaram, ainda, objetos privilegia-

dos de pesquisa.

Como implicação do panorama observado, sugerem-se, a seguir, 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 destaca-se na produção técnico-científica em saúde, porém faltam estudos transversais voltados às interfaces entre saúde e políticas de educação, de assistência social, de atenção à criança e ao adolescente, de promoção dos direitos da mulher, entre outras.

Por outro lado, o foco na ideia de participação social institucionalizada, em arranjos nos quais é elemento compulsório, sugere uma tendência de estudar os fenômenos a partir da perspectiva do Estado. O desafio que se apresenta é ampliar as investigações com enfoque na sociedade, sua organização e seu engajamento autônomo em arranjos institucionais.

Percebeu-se, no material bibliográfico sistematizado, 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 ante-

riormente, é possível verificar vários níveis de participação da população em detrimento de elites dirigentes: informação, consulta facultativa, consulta obrigatória, elaboração de propostas, cogestão, delegação e autogestão. Essa é uma linha de pesquisa que se mostra bastante profícua, dado que a possibilidade da cogestão recoloca, em novos e promissores termos, a noção de *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. Estudos de caráter longitudinal sobre conferências (englobando sua preparação e seus desdobramentos) são bem-vindos.

Na perspectiva do federalismo, abre-se um grande leque de possibilidades de estudos, dados a heterogeneidade dos municípios brasileiros, o grande processo de descentralização realizado na área de saúde e a existência de experiências de redes, regionalização e microrregionalização. 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 contexto.

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, seleção de opções e implementação.

É importante que sejam desenvolvidos mais estudos destinados a verificar a efetiva representatividade dos participantes em conselhos e conferências – a imperatividade dos mandatos, discutida por Bobbio (2000) –, o grau de autonomia que possuem em relação ao Estado e aos prestadores de serviços, além de reflexões sobre a capacidade efetiva que têm de intervenção na formação da agenda pública 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 seja vigorosa e tão isenta quanto possível de assimetrias, de natureza diversa.

A contribuição deste artigo para o debate sobre participação social em saúde é fundamentalmente empírica (ao reconhecer elementos característicos de um conjunto de publicações) e propositiva (ao esboçar uma agenda de pesquisas). Entende-se que subsídios à teoria demandariam um outro escopo de investigação, capaz de

avaliar convergências e divergências das conclusões dos estudos em análise.

Finalizando, vale ressaltar que as observações e críticas efetuadas não procuram, obviamente, reduzir o mérito das pesquisas existentes e, sim, apontar lacunas, tendo em vista a evolução desses estudos. Reconhecem-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 justifiquem-se pelo foco e pela importância na temática aqui priorizada.

REFERÊNCIAS

- Allebrandt, S. L. (2003). Conselhos municipais: Potencialidades e limites para a efetividade e eficácia de um espaço público para a construção da cidadania interativa. In *XXVII Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, Atibaia, Brasil.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70.
- Behn, R. D. (1998). O novo paradigma da gestão pública e a busca da accountability democrática. *Revista do Serviço Público*, 49(4), 5-45. doi:10.21874/rsp.v49i4.399
- Bertolozzi, M. R., & Greco, R. M. (1996). As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 30(3), 380-398. doi:10.1590/S0080-62341996000300004
- Bobbio, N. (2000). *O futuro da democracia*.

São Paulo, SP: Paz e Terra.

Bordenave, J. E. D. (1983). *O que é participação?* São Paulo, SP: Brasiliense.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (1963). *Histórias das Conferências de Saúde*. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Recuperado de http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf

Brasil. (1990a). *Lei nº. 8.080*. 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.

Brasil. (1990b). *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. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2002). *A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS*. Recuperado de http://sna.saude.gov.br/download/A_Pratica_Control_Social.pdf

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007). *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1).

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2011). *Histórias das Conferências de Saúde*. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>

[br/14cns/historias.html](http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html)

Brasil. Controladoria Geral da União. (2012). *Controle social: orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social*. Recuperado de <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/control-social/arquivos/controlsocial2012.pdf>

Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(78), 7-26. doi:10.1590/S0103-40142013000200002

Centro Latino-americano de Informação em Ciências da Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. (2011). *Guia da Biblioteca Virtual em Saúde*, São Paulo, versão 19.

Cohn, A. (1989). Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova*, 19, 123-140. doi:10.1590/S0102-64451989000400009

Cordeiro, H. (2004). O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: Contribuição à história do SUS. *Physis*, 14(2), 343-362. doi:10.1590/S0103-73312004000200009

Costa, F. L. (2008). Brasil: 200 anos de Estado, 200 anos de administração pública, 200 anos de reformas. *Revista de Administração Pública*, 42(5), 829-874.

Scorel, S. (2013). Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 1938-1940. doi:10.1590/0102-311XCO021013

Gohn, M. G. (2001). *Conselhos gestores e participação sócio-política*. São Paulo, SP: Cortez.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). *Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: 2014*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE.

Keinert, T. M. M., Rosa, T. E. C., & Mene-guzzo, M. (2006). *Inovação e cooperação intergovernamental: Microregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde*. São Paulo, SP: Annablume.

Lavalle, A. G. (2012). *Na pátria da democracia “pós-participativa”*. Le Monde Diplomatique Brasil, 60. Recuperado de <https://diplomatique.org.br/na-patria-da-democracia-pos-participativa/>

Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: Mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(1), 77-92. doi:10.1590/S0104-59702014000100004

Oliveira, V. C. S. (2009). *Sociedade, Estado e administração pública: Análise da configuração institucional dos conselhos gestores do município de Lavras*. 301 p. Tese de doutoramento não publicada, Departamento de Administração e Economia, Universidade Federal de Lavras, Lavras, Brasil.

Oliveira, V. C. S., & Keinert, T. M. M. (2016). A perspectiva sociocêntrica e a reconfiguração das principais políticas sociais após a constituição de 1988. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, 10(3),

1-15. doi:10.12712/rpca.v10i3.751

Silva, E. R. A. (2009). *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 1.378.

Souza, C. (2006). Políticas Públicas: Uma revisão da literatura. *Sociologias*, 8(16), 20-45.

Souza, C. H. L., Cruxên, I. A., Lima, P. P. F., Alencar, J. L. O., & Ribeiro, U. C. (2013). Conferências típicas e atípicas: Um esforço de caracterização do fenômeno político. In L. Avritzer, & C. H. L. Souza (Orgs.), *Conferências nacionais: Atores, dinâmicas participativas e efetividades*. Brasília, DF: Ipea.

Teixeira, A. C. C., Maranhão, T., & Lotta, G. (2005). Conferências municipais. *Dicas Instituto Polis*, nº 230. Recuperado de <http://www.polis.org.br/uploads/672/672.pdf>

Teixeira, E. C. (2000a). Efetividade e eficácia dos conselhos. In Carvalho, M. C. A. A., & Teixeira, A. C. C. (Eds.), *Conselhos gestores de políticas públicas* (pp. 92-96). São Paulo: Pólis.

Teixeira, E. C. (2000b). Conselhos de políticas públicas: Efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In: Carvalho, M. C. A. A., Teixeira, A. C. C. (Eds.), *Conselhos gestores de políticas públicas* (pp. 97-119). São Paulo, SP: Pólis.