



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Marcela Gomes Ferreira

Organização dos Conselhos Locais de Saúde

FLORIANÓPOLIS

2019

Marcela Gomes Ferreira

Organização dos Conselhos Locais de Saúde

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.
Orientadora: Profa. Dra. Daniela Alba Nickel.

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ferreira, Marcela Gomes
Organização dos Conselhos Locais de Saúde / Marcela
Gomes Ferreira ; orientador, Daniela Alba Nickel, 2019.
120 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Participação da comunidade. 3.
Conselhos de Saúde. 4. Relações comunidade instituição. I.
Nickel, Daniela Alba. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

Marcela Gomes Ferreira

Organização dos Conselhos Locais de Saúde

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Mauro Serapioni, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Marco Aurélio da Ros, Dr.
Universidade do Vale do Itajaí

Profa. Daniela Alba Nickel, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi
Coordenadora do Programa

Profa. Dra. Daniela Alba Nickel
Orientadora

Florianópolis, 29 de julho de 2019.

Este trabalho é dedicado aos meus pais que sempre me apoiaram incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por tudo o que recebi e por estar aqui hoje. Agradeço aos meus pais, Alceu e Inês, pelo apoio incondicional, amor e carinho. Aos meus irmãos e demais familiares que mesmo de longe sempre auxiliaram com amizade e afeto. Agradeço aos meus amigos e colegas que estiveram presentes, escutando, aconselhando, animando e principalmente dividindo bons e maus momentos. A todos os professores que contribuíram e serviram de inspiração. Por fim, agradeço a minha orientadora Daniela Alba Nickel pelo auxílio nessa jornada, pela paciência, dedicação, por ouvir minhas opiniões, corrigir com respeito e dividir seu conhecimento.

“Cada pessoa deve trabalhar para o seu aperfeiçoamento e, ao mesmo tempo, participar da responsabilidade coletiva por toda a humanidade” (Marie Curie).

RESUMO

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são órgãos colegiados, de caráter permanente, instalados junto a Unidade Básica de Saúde. O objetivo da pesquisa foi caracterizar a organização dos CLS no sistema de saúde brasileiro. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Inicialmente realizou-se uma revisão bibliográfica com finalidade de compreender as funções dos conselhos locais de saúde, conselhos de educação e conselhos de alimentação/ nutrição escolar. Posteriormente, uma análise documental, identificando as possibilidades de organização dos CLS existentes. Por fim, entrevistas semiestruturadas com especialistas no tema e análise temática, para compreender os pontos considerados essenciais para a organização dos CLS. Na revisão, foram incluídos dezenove artigos sobre CLS e vinte e um de educação. Não houve artigos selecionados no setor de nutrição e alimentação escolar. Os artigos revisados apresentaram maior número de dificuldades do que aspectos facilitadores. Os motivos apresentados são: descrédito pela gestão e pela comunidade sobre as discussões do conselho, desconhecimento da existência dos conselhos, falta de resolutividade das demandas, infraestrutura insuficiente, capacitação dos conselheiros e dificuldade de diálogo com instâncias do governo. Os locais com experiências exitosas têm em comum a busca de lideranças locais, realização de fóruns e reuniões abertas à comunidade e articulação política com o executivo. Na análise documental, foram incluídos dez documentos governamentais da esfera federal, que apoiam a descentralização do controle social e os CLS, porém não apresentam diretrizes orientadoras e definições que os situem no desenho do sistema de saúde. No âmbito municipal, oito documentos demonstraram clareza de definições do papel do CLS. Na análise temática apresentam-se três temas: Participação da Comunidade, onde se recomenda que profissionais e gestores conheçam e interajam com a comunidade, de forma que o CLS seja um espaço de diálogo, escuta e acolhimento; Formação, que demonstra a importância da qualificação da participação, utilizando-se do espaço do CLS para promover essas atividades; e Organização dos CLS, que destaca a necessidade de definição de competências do CLS, e a melhoria de aspectos operacionais como espaço físico, financiamento, construção de pautas, registro das reuniões, monitoramento dos encaminhamentos e articulação com o conselho municipal de saúde. O diálogo com a comunidade foi visto como a melhor maneira de decidir questões como as formas de comunicação, escolha de conselheiros, periodicidade, horários e definição de pautas das reuniões. Sugere-se que sejam realizadas orientações a nível nacional, ofertando suporte teórico para facilitar o entendimento de papéis dos CLS, limites de atuação e auxiliar na sua organização.

Palavras-chave: Participação da comunidade. Conselhos de Saúde. Relações comunidade-instituição.

ABSTRACT

The local Health Councils (LHC) are permanent collegiate organs, which are usually installed in the basic health unit. The aim of the research was to characterize the LHC organization in the Brazilian health system. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Initially, a bibliographic review was conducted with the purpose of understanding the functions of local health councils, education councils and school feeding/nutrition councils. Subsequently, a documentary analysis identifying the organization possibilities of the LHC that are working. Finally, a qualitative research, through semi-structured interviews with specialists in the theme and thematic analysis, to understand the points considered essential for the organization of LHC. In the review, nineteen articles on LHC and twenty-one education were included. There were no articles selected in the nutrition and school feeding sector. The articles reviewed presented a greater number of difficulties than facilitating aspects. The reasons given are: discredit of the council discussions by the management and the community, unfamiliarity with the existence of the councils, lack of resolution of demands, lack of infrastructure, qualification of counselors and difficulty of dialogue with government agencies. Locals with successful experiences have in common the search for local leaderships, the holding of forums and meetings open to the community, and political articulation with the executive. In the documentary analysis, ten governmental documents were included at the national level, which demonstrate support for decentralization of social control and LHC, but do not have guiding directives and definitions that place them in the design of the health system. At the municipal level, eight LHC documents were included, demonstrating greater clarity of definitions at this level. The thematic analysis presents three themes: community participation, which recommends that professionals and managers know and interact with the community, so that the LHC is a space for dialogue, listening and welcoming. Formation, which places the need for training and qualification of participation, using the space of the LHC to promote these activities; and LHC organization, which highlights the need to define LHC competencies and roles, and improve operational aspects such as physical space, financing, construction of schedules, registration of meetings, monitoring of referrals and articulation with the municipal health council. Dialogue with the community was seen as the best way to decide issues such as communication, choosing of counselors, periodicity, hours and meeting matters. It is suggested that guidance be developed at national level, offering theoretical support to facilitate the understanding of LHC roles, limits of actuation and help in their organization.

Keywords: Community Participation. Health Councils. Community-institutional relations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da seleção dos artigos para a revisão sistemática de literatura.	41
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Revisão referente aos conselhos locais de saúde.....	42
Quadro 2: Revisão referente aos conselhos escolares.	45
Quadro 3: Resultado da análise temática, segundo as citações mais representativas por tema e subtema.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAE – Conselho de Alimentação Escolar
CDE – Conselho Deliberativo Escolar
CDCE - Conselhos Deliberativos da Comunidade Escolar
CDS - Conselhos Distritais de saúde
CLS - Conselho local de Saúde
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
UBS - Unidade Básica de Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
NOAS - Normas Operacionais de Assistência a Saúde
PACS - Agentes Comunitários de Saúde
PDDE - Programa Dinheiro Direto na Escola
PDE - Plano de Desenvolvimento da Escola
PME - Programa Mais Educação
PNFCE - Programa Nacional de Fortalecimento dos Conselhos Escolares
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar
PPP – Projeto Político Pedagógico
PSF - Programa Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVOS	16
1.1.1	Objetivo Geral	16
1.1.2	Objetivos Específicos	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1	DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	17
2.2	CONSELHOS GESTORES E CONSELHOS DE SAÚDE	19
2.3	DESCENTRALIZAÇÃO E CONSELHOS DE SAÚDE	21
2.4	PARTICIPAÇÃO A NÍVEL LOCAL E CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE ...	25
2.5	CONSELHOS DO SETOR DE EDUCAÇÃO E DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR: LEGISLAÇÃO E FUNÇÕES.....	28
3	METODOLOGIA.....	33
4	RESULTADOS	36
4.1	ARTIGO I: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DOS CONSELHOS LOCAIS DO SETOR SAÚDE E EDUCAÇÃO	36
4.2	ARTIGO II: PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE: ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE	59
5	CONCLUSÃO.....	78
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
	APÊNDICE A – Análise documental.....	90
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada	112
	APÊNDICE C – Termo de consentimento Livre e Esclarecido	114
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	118

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil passou por transformações ao longo do tempo, uma delas foi o reconhecimento constitucional do direito universal à saúde e do dever do Estado em seu provimento. Naquele momento histórico, o país saía de um período de ditadura e passava a se reorganizar como democracia, porém o movimento para essa mudança se inicia muito antes, com a organização de diversos movimentos sociais, questionando as estruturas sociais, o regime e as práticas políticas (ORTIZ; LEVITTE, 2017).

Principalmente a partir da década de 70 começam a despontar grupos que defendem a democratização da saúde e da política, que confluem para o que se denominou de Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que foi considerado um processo de grandes mobilizações da sociedade pela redemocratização. Deixando claro sua indignação com as profundas desigualdades e a mercantilização da saúde, pois no período ditatorial houve fomento a planos e seguros-saúde privados, favorecidos pelo modelo biomédico de atenção a saúde, predominante na época. Ainda, a saúde pública ofertada excluía diversos grupos sociais do acesso ao cuidado, tornando crítica a situação de saúde (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

A oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 foi considerada um marco, pois deu visibilidade a discussão sobre modelos de atenção, visão ampliada de saúde, e foi também a primeira com abertura a participação da sociedade civil, sendo ali lançadas as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS) (ROSARIO, 2015).

No texto constitucional promulgado em 1988, incorporam-se direitos sociais e se busca criar instrumentos para reduzir as acumuladas injustiças sociais (PICCOLI; KLIGERMAN; COHEN, 2017). Há abertura para novas formas de democracia e participação da sociedade civil. A democracia participativa agrega diversas formas de participação social, e amplia o seu escopo, através do reconhecimento da pluralidade social e da criação de canais em que ela possa ser expressa (FERRAZ, 2009).

No Brasil, passaram a coexistir formas de participação, a representativa, onde há escolha de representantes para defender os interesses dos cidadãos

(ANASTASIA; NUNES, 2006); a direta, onde os cidadãos participam diretamente do processo político (SARAIVA, 2010), a exemplo do que ocorre nos plebiscitos, referendos e iniciativas populares; e a participativa, voltada ao nível local, da qual temos como exemplo, os orçamentos participativos, conselhos de políticas públicas e os planos diretores municipais (AVRITZER, 2006).

A participação social é uma diretriz do SUS, bem como a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera do governo. A lei nº 8.142 institucionaliza o controle social, através das conferências de saúde e conselhos de saúde. Os conselhos de saúde são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do SUS em cada esfera de governo, nas quais há participação de atores da gestão, do poder executivo e da sociedade civil. As diretrizes dos conselhos de saúde são apresentadas pela Resolução do CNS n.º 453/2012.

Os conselhos de saúde passaram a ser obrigatórios, sendo o recebimento de recursos financeiros condicionados a sua existência. Os conselhos têm papéis como fiscalização, mobilização, deliberação, consultoria, auxiliam no planejamento das ações de saúde e no acompanhamento de sua execução. Através deles, devem ser captadas as demandas, as sugestões e opiniões da sociedade civil, fazendo que planejamento seja mais próximo da realidade (KEINERT; OLIVEIRA, 2018).

Para que ocorra essa relação mais próxima com a comunidade é importante que a população da área de abrangência da UBS tenha um local que favoreça sua participação, que propicie vínculo com os profissionais da UBS e demais moradores, criando uma rede que trabalhe unida em prol da melhoria da saúde e qualidade de vida de sua comunidade. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 apresenta os conselhos locais de saúde (CLS) como um fortalecimento da gestão local e do controle social.

Os CLS são órgãos colegiados, de caráter permanente, instalados junto a Unidade Básica de Saúde (UBS), e cabe a cada município a sua criação por decreto, lei municipal ou portaria. As funções dos CLS contidos em legislações municipais são: propor, acompanhar e fiscalizar políticas locais e municipais de saúde; colaborar na definição de prioridades e metas; criar canais de comunicação com a população local; acompanhar a elaboração do plano de trabalho da unidade de

saúde; repassar proposições locais aos conselhos municipais (FLORIANÓPOLIS, 2008; FERRAZ, 2013; CAMPO GRANDE, 2018).

Os CLS facilitam a participação popular na gestão local, vinculam a população com o serviço de saúde, são um componente estratégico da gestão participativa no nível local e facilitam a interação com as demais organizações do bairro (BRASIL, 2018).

Santiago *et al.* (2017) acompanharam a implantação de dois CLS, houve o envolvimento das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), lideranças comunitárias e o CMS. Os autores refletem que desde o processo coletivo de implantação, os CLS podem estimular transformações e gerar melhoria na qualidade de vida e saúde da comunidade. Evidenciaram também a importância da inserção dos profissionais da ESF, promovendo o fortalecimento do vínculo usuário-profissional, conhecendo melhor a realidade local e estimulando práticas mais dialógicas que se refletem no cuidado em saúde.

Entretanto, Miwa; Serapioni e Ventura (2017) destacam que há uma escassez de informações sobre a existência dos CLS, o que pode estar relacionado a valorização das realidades em escala macro estruturais em detrimento das relações locais. Dessa forma, eles acabam por apresentar pouca visibilidade e encontram grandes desafios para sua efetivação.

Dessa forma, torna-se necessária uma compreensão aprofundada dos CLS, sua organização e funções no desenho da gestão do sistema de saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Caracterizar a organização dos Conselhos Locais de Saúde no sistema de saúde brasileiro.

1.1.2 Objetivos Específicos

Revisar a literatura que trata dos conselhos locais de saúde;

Identificar funções dos conselhos locais de saúde;

Identificar aspectos limitadores e facilitadores para a organização dos conselhos locais de saúde

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A democracia no sentido etimológico da palavra significa “governo do povo” ou “governo da maioria”. Na antiguidade grega a democracia era uma forma de governo entre duas outras, a monarquia ou “governo de um só” e a aristocracia ou “governo de alguns”. Essas divisões correspondiam à forma de governo e organização política de cada local (ROSENFELD, 1994).

Sendo assim, a palavra democracia e seus derivados aplicam-se a processos de decisão. Em seu sentido grego original uma decisão é democraticamente tomada se a resposta à pergunta: Quem a toma? for aproximadamente todos. A palavra ‘democrático’ vem para explicar a maneira pela qual se chega a uma decisão, uma decisão é tomada democraticamente se ela é alcançada mediante discussão, crítica e acordo, e quando visar ao interesse de todos e não apenas de um grupo ou partido político. Entretanto, não há apenas uma forma de governo que possa ser considerada democrática. Há, sobretudo, diferentes argumentos, sobre diversos aspectos, nem sempre compatíveis, passíveis de diferentes objeções e que originam diferentes formatos de democracia (LUCAS, 1985).

Portanto, a democracia pode ser colocada em prática de várias maneiras, uma delas é a chamada democracia representativa, que significa que o povo eleja indivíduos que terão a responsabilidade de representar o interesse dos cidadãos, produzindo políticas que refletem o consenso sobre o interesse público. As atribuições mais importantes desses representantes são as de legislar, monitorar e fiscalizar o poder executivo, para assegurar que as políticas públicas se transformem em resultados que garantam o alcance desses interesses (ANASTASIA; NUNES, 2006).

A partir do final do século XX, a democracia representativa passou a ser questionada, devido à insatisfação com os seus mecanismos, contestando-se o argumento de que a democracia consiste em um fenômeno relacionado às operações das instituições e do sistema eleitoral, o que acabava por diminuir as

relações entre Estado e sociedade civil, reduzindo a participação popular a um único ato, o de votar no período eleitoral (SANTOS; AVRITZER, 2002).

Neste sentido, a democracia participativa vem para ser uma alternativa, através da qual se poderia implementar processos que viessem a fazer uma ligação entre sociedade e Estado, trazendo-se novos dispositivos de gestão pública participativa (VERDE, 2010).

Quando se remete ao histórico da participação social, pode-se citar o exemplo da *ágora*, uma praça pública das cidades gregas, que era palco de discussão entre os cidadãos, eles deliberavam e tomavam decisões, através de voto direto, sobre variados assuntos pertinentes à cidade. Foi um dos primeiros espaços de discussão e participação popular do ocidente, e inspirou o que hoje se denomina por democracia direta, onde os cidadãos participam diretamente do processo político e de tomada de decisão (SARAIVA, 2010).

Segundo Bobbio (1986), a existência de uma democracia representativa não exclui a possibilidade de uma democracia direta concomitante, sendo que as duas podem interagir. Entre a democracia representativa e a direta existe um fluxo de formas intermediárias, e dentro de um sistema democrático pode haver espaço para essas várias formas, onde cada uma delas se encaixa conforme as diferentes situações e exigências.

As estruturas representativas interagem com os mecanismos de democracia direta (AMARAL, 2001). Desta maneira, há possibilidade de conciliar as duas formas, pois na sociedade é preciso haver representação, contudo, o cidadão não deve estar restrito ao papel de votar, mas sim ter espaços a nível local, dando subsídio e desenvolvendo formas de aproximar a sociedade dos seus representantes, para que atingir maior controle social (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

Bonavides (2001) entende a democracia participativa como uma nova forma de Estado, democrático-participativo que, para os países menos desenvolvidos, seria a versão mais próxima do bem estar social. Sinteticamente, a democracia participativa tem como essência a expressão da pluralidade social, inclusive nas políticas públicas, e traz o reconhecimento dessa pluralidade na criação de canais pelos quais ela possa ser expressa (FERRAZ, 2009).

No Brasil, após a aprovação da Constituição Federal de 1988, ocorre uma redemocratização, onde o Estado deve assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, apresentando a igualdade e a justiça como preceitos de uma sociedade diversificada e sem preconceitos. A constituição expressa em seus princípios fundamentais que:

“Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos, ou diretamente, nos termos desta Constituição.” (CF, 1988, Art. 1º).

Dessa forma o país passa a acrescentar outras formas de participação, que vão além da democracia representativa, com elementos de democracia direta, semidireta e participativa (MENDES, 2007; GARCIA, 2005). Macedo (2008) aponta que no decorrer do texto constitucional, há diversas formas inovadoras de participação da sociedade nas atividades estatais, podendo ser considerada assim, uma democracia participativa, por apresentar um espectro abrangente de participação social.

As formas da prática da democracia são dinâmicas e estão em contínua evolução, devido ao próprio movimento de mudança da sociedade. Todavia é importante destacar que a democracia em si não elimina as desigualdades e as formas de dominação, é uma forma de controlar as atividades de quem tem acesso a esses poderes. Por isso, novas formas e estratégias de participação devem ser utilizadas para melhor exprimir as transformações que ocorrem na sociedade (ALMEIDA, 2012).

Destaca-se ainda que importantes fatores estão relacionados à potencialidade transformadora da participação, como vontade política, comprometimento dos governantes, cultura associativa local e as características institucionais dos meios de participação (QUEIRÓZ; FIGUEIREDO; MEDEIROS, 2011).

2.2 CONSELHOS GESTORES E CONSELHOS DE SAÚDE

No Brasil, após a constituição de 1988, além da participação por representatividade, duas outras formas estão estabelecidas: a participação direta através de plebiscitos, referendos e iniciativas populares; e a segunda, considerada participativa, direcionada para o nível local. Essa última surgiu principalmente pela

participação exigida por alguns capítulos de políticas sociais, em particular, os da seguridade social e reforma urbana, dentre elas podemos citar o orçamento participativo, os conselhos de políticas públicas e os Planos Diretores Municipais (AVRITZER, 2008; 2006).

Os conselhos gestores de políticas públicas estão entre os espaços institucionalizados de representação política em instâncias participativas. Esses conselhos são uma forma de reduzir a separação entre sociedade e poder público, abrindo espaço para que outros atores possam participar, propondo estratégias e políticas (SIPIONI; SILVA, 2015). Entre eles, segundo setores, estão os conselhos de saúde, educação, nutrição e alimentação escolar e assistência social.

Os conselhos são instituições híbridas porque contam com a participação do poder público e da sociedade civil. O formato deles, em cada uma das áreas temáticas ou setores que estão relacionados, é definido por legislação local, porém existem parâmetros federais de elaboração para fundamentá-las. Todos esses conselhos adotam a paridade como princípio, ainda que as formas de paridade variem de uma área para outra (AVRITZER, 2006).

Dentre esses conselhos, estão os de saúde, consolidados pela Lei 8.142 de 1990 que institui as conferências de saúde e os conselhos de saúde como formas de assegurar a participação da comunidade.

Segundo essa mesma lei, a conferência de saúde deve se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, é convocada pelo executivo, mas extraordinariamente também pode ser convocada pelo conselho de saúde. O conselho de saúde tem caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.

A Resolução do CNS nº 453 de 10 de maio de 2012, atualmente vigente, apresenta as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. No corpo do texto são exibidas as competências dos conselhos de saúde, sendo que entre elas podemos destacar:

“Fortalecer a participação e o controle social no SUS; definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo; deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão; avaliar a organização e o funcionamento do SUS; aprovar a proposta orçamentária anual da saúde; estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde; divulgar as funções e competências do conselho de saúde” (Resolução CNS nº 453, 2012, 5ª Diretriz).

Os conselhos devem ser compostos por 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos. Os conselheiros serão eleitos por votação e suas funções não serão remuneradas. O número de conselheiros será indicado pelos plenários dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, devendo ser definido em lei municipal, estadual ou federal (BRASIL, 2013).

Para operacionalização do sistema de saúde, após a edição das leis 8.080/90 e 8.142/90 estabelecem-se as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996 do Ministério da Saúde e também as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002. Essas normas favoreceram a descentralização, e abriram espaço para ampliar as experiências de participação popular nas áreas de decisão de políticas públicas (SALIBA *et al.*, 2009).

Como salienta a carta de direitos dos usuários do SUS (2011), é garantida a toda pessoa a participação nos processos de indicação e eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos de saúde e nos conselhos gestores da rede SUS. Cabe também aos conselhos de saúde informar a população sobre as formas de participação, composição do conselho, regimento interno, conferências de saúde, data, local, pauta das reuniões, deliberações e ações desencadeadas, sendo que todos têm direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios do sistema de saúde.

2.3 DESCENTRALIZAÇÃO E CONSELHOS DE SAÚDE

Mills (1990) define descentralização como a transferência de autoridade, a dispersão do poder desde os níveis mais altos até os níveis mais baixos de governo. Na prática a descentralização na saúde pode adotar formas distintas, não só em

virtude das estruturas e dos objetivos políticos e administrativos do governo, mas também do tipo de organização do sistema de saúde. Os objetivos da descentralização são diversos, sendo considerada como um importante ideal político, que proporciona os meios para a participação comunitária e a autossuficiência local. Um maior controle local permite responder melhor às necessidades locais, qualificar a gestão e a logística.

Os processos de descentralização são classificados como desconcentração, devolução e delegação. A desconcentração aponta para a transmissão de algumas responsabilidades e funções, sem a transferência correspondente de poder decisório. A delegação é a transferência de responsabilidades gerenciais para organismos não-governamentais. Já na devolução, além da transferência de responsabilidades, também há transferência de poder de decisão para as esferas de níveis mais baixos, fortalecendo-as. No que se refere ao Brasil, a que melhor se aplica ao SUS seria a descentralização como devolução. E desta perspectiva, provoca um aumento da autonomia de estados e municípios, que necessitarão de qualificação para a realização de um conjunto de funções públicas (PASCHE *et al.*, 2006).

Porém, segundo Cohn (1994), podem ser encontradas duas dimensões na descentralização. Uma positiva, que favorece e gera condições para a democratização política e social, pois amplia a participação de outros atores nas das políticas públicas, fazendo uma aproximação da gestão e sociedade no nível local. E outra negativa, quando a lógica da descentralização for gerada por uma crise fiscal do Estado no nível central, no sentido de reduzir seus gastos, incentivando a presença de interesses privados para sustentação desse sistema.

Na dimensão negativa, ocorreria um processo de re-centralização, com predominância de critérios econômicos na definição de quanto e como descentralizar, suscitando um modelo privatista na gestão pública. Na dimensão positiva, acontece um processo de transferência de poder do nível federal para estados e municípios, dando a eles mais autonomia. Permitindo flexibilidade da gestão local às demandas trazidas pelos diferentes atores, tornando-se um modelo mais eficiente, no sentido de estar norteado pela busca do bem comum. O que

diferencia essas duas formas é a qualidade da participação na relação entre Estado e sociedade e vice-versa (COHN, 1994).

No processo brasileiro de descentralização, o direcionamento foi dado aos municípios, que passaram a administrar os serviços fundamentais, sendo que os conselhos exerceram um papel relevante nesse processo, por serem instituições criadas através do reconhecimento do papel do município na administração de recursos e políticas públicas em diversas áreas (GUISO, 2014).

Com o avanço desse processo de descentralização passou-se a exigir a comprovação de conselho de saúde no município, que deveria se credenciar na municipalização para ter acesso aos recursos financeiros. Já para os estados, estes passaram a ter que comprovar a existência de conselho e fundo de saúde para se credenciar aos reajustes disponibilizados pelo sistema. Estado e municípios forneceriam as condições necessárias para a implantação dos conselhos de saúde. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é responsável pela fiscalização, e caso os municípios e estados descumpram a norma podem sofrer cancelamento e/ou congelamento dos valores recebidos (CLACINO, 2010).

Dessa maneira os conselhos passaram a estar presentes na maioria dos municípios, figurando como parte importante no processo participativo brasileiro. Apesar dessas considerações, ocorre no país, o que pode se considerar um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que essa relação entre conselhos, conferências e fundo de saúde gerou impacto relevante no redesenho das políticas setoriais, com o passar do tempo ela parece vir acompanhada de uma baixa capacidade de atuação quando consideradas as medidas de força que formam a arena política dos setores em questão (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012).

O fato de existirem os conselhos de saúde não garante que eles desempenhem efetivamente o papel de formar um elo entre sociedade e Estado. Ainda que se reconheça a importância dos conselhos e conferências de saúde, a participação paritária obrigatória juridicamente, mesmo quando é cumprida, não garante por si só uma capacidade efetiva de atuação, principalmente a do usuário (GUIZARDI, 2009).

Estudos a esse respeito evidenciam que há vícios nos processos de representação, falta de rotatividade dos representantes dos usuários, e grande peso

do executivo na dinâmica dos conselhos de saúde (COHN, 2009). Por outro lado, a simples existência dessas instituições, que são resultado de extenso conflito político, propiciou a inclusão de outros atores políticos no processo de tomada de decisão pública, antes delegado somente ao Estado (VIEIRA; CALVO, 2011).

Contudo, para ser efetiva, a participação precisa de qualificação, não basta a presença numérica de pessoas, mas é preciso informá-las e muni-las de conhecimento sobre o funcionamento das estruturas estatais. Compreendendo o funcionamento burocrático, elas poderão intervir de forma ativa, não se deixando ser reguladas e nem permanecendo passivas aos acontecimentos (GOHN, 2006).

Cotta *et. al* (2009) aponta desafios encontrados em um Conselho Municipal de Saúde (CMS), tais como a falta de conhecimento dos conselheiros sobre seu papel, o baixo conhecimento do regimento interno e do plano municipal de saúde, a dificuldade de analisar o relatório de gestão e realização de fiscalização financeira. Esses fatores limitam a atuação desses conselheiros, que passam a não desempenhar um papel de fiscalização e proposição da forma que deveriam.

A desigualdade social também impacta fortemente sobre a participação social, sendo difícil conseguir mais participação sem uma mudança prévia das grandes desigualdades encontradas no país. A exclusão social, miséria e pobreza levam ao isolamento os indivíduos e os grupos sociais mais empobrecidos da sociedade em relação aos espaços e estruturas de poder e decisão política. Sendo assim, um importante desafio dos processos participativos é o de diminuir as relações assimétricas de poder dentro dos espaços participativos (LÜCHMANN; BORBA, 2008).

Diante da importância de se reduzir as desigualdades sociais, de promover equidade, igualdade e justiça, têm-se um olhar ampliado do papel do Estado e das políticas públicas, em particular na saúde, em que se deve promover saúde, qualidade de vida, direitos e cidadania. Isso extrapola para a sociedade e movimentos sociais os desafios de fortalecer e firmar os espaços de participação social como importantes ferramentas para que se possa assegurar o que já foi conquistado e prosseguir lutando pelo que ainda se quer atingir (SOUTO *et al.*, 2016).

2.4 PARTICIPAÇÃO A NÍVEL LOCAL E CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

No final dos anos 90, com as políticas voltadas para a descentralização e municipalização adotadas, apesar de suas motivações terem sido diversas, elas transformaram os governos locais nos principais responsáveis pelos serviços de saúde e educação fundamental (SOUZA, 2004).

Em meio a este cenário é que os conselhos municipais de saúde assumiram o papel de fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas de saúde dos municípios. Através do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente se tornou Estratégia Saúde da Família (ESF), o ideal de reorganizar a atenção básica enfatizando a comunidade e a família, foi acompanhado pelo elemento da participação social. Com a implantação da ESF, uma das prioridades foi a de desenvolver vínculo com a comunidade do território, tendo como meta estabelecer um compromisso de corresponsabilização da equipe de saúde com a comunidade (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015).

Os conselhos de saúde podem constituir-se de instrumentos para fortalecer e favorecer a criação de espaços de democracia e desenvolvimento, a partir do aprimoramento dos processos de representação e participação. A missão de um conselho se constitui em ser apto a intervir nas decisões que concernem à vida cotidiana das pessoas, levando em consideração a sua realidade (KONKEL, 2010).

Para Macpherson (1978), um modelo mais simples que poderia ser chamado de democracia de participação seria um sistema piramidal com democracia direta na base e democracia por delegação em cada nível depois dessa base. Assim começaríamos por democracia direta a nível local, como no trabalho, na vizinhança, com uma discussão concreta, face a face e decisões por consenso majoritário. Através da eleição de delegados, seria formada uma comissão no nível mais próximo seguinte, digamos um bairro ou redondezas. Esses delegados seriam responsáveis de modo a tomar decisões em nível de conselho de forma democrática, respeitando o que foi deliberado diretamente e o consenso atingido. Assim prosseguiria até o vértice da pirâmide, que seria o conselho nacional.

Pode-se fazer um paralelo entre o modelo acima citado com os Conselhos Locais de Saúde (CLS), onde esses buscam formar um sistema participativo

partindo das comunidades locais. Não foi encontrada, em nossa revisão, uma definição oficial do CLS em documentos nacionais, por isso utilizou-se a definição conforme o município de Campo Grande (2018), onde são considerados órgãos colegiados, de caráter permanente, integrantes a unidade de saúde, que tem poder de decisão, participação e colaboração nos programas e ações que são desenvolvidas em cada UBS.

Compete a cada município, por meio de decreto do executivo, lei municipal ou portaria da secretaria de saúde, criar os conselhos locais e distritais de saúde. O CLS favorece a aproximação da comunidade com os serviços de saúde da unidade e a interação com outras organizações do bairro. Por esse motivo, são considerados elementos estratégicos da gestão participativa (SANTA CATARINA, 2010).

No que se refere as funções do CLS, são encontradas definições apenas em níveis municipais, como exemplo temos o município de Itabira -MG, onde são citadas como competências: propor, acompanhar, e fiscalizar a implementação de políticas para cada bairro, distrito, ou região; bem como, avaliar a atuação de seu centro de saúde, distrito sanitário e de todo o sistema municipal de saúde (FERRAZ, 2013).

No município de Florianópolis - SC, a Resolução Nº 010 de 2008, define que o CLS deve se localizar na área de abrangência da UBS, relacionando-se diretamente com o CMS, atuando com atenção especialmente aos níveis de planejamento local, avaliação da execução, e controle social das ações e serviços de saúde ou correlacionadas à saúde, colaborando na definição de prioridades e estabelecimento de metas a em sua área de abrangência. A forma de representação é paritária, com 50% de usuários e 50% de entidades locais sem vínculos com o governo, dos trabalhadores da UBS e de entidades locais com vínculos governamentais, sendo no mínimo de oito e máximo dezesseis conselheiros. Esses cumprirão mandato de dois anos. A recomendação é que os CLS realizem reuniões mensais e os conselheiros que tiverem muitas faltas sem justificativa serão penalizados com perda do mandato.

Entretanto, os CLS podem estar organizados de outras formas dependendo de cada município. Uma questão importante citada na legislação de Florianópolis é a do planejamento, pois segundo a Portaria do MS/ GM nº 2.135, de 2013, o

planejamento deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal. Onde, cada esfera do governo também deve realizar um plano de saúde, que estabeleça os compromissos e metas a partir da análise situacional, sendo considera as diretrizes definidas pelos conselhos e conferências de saúde e com apreciação e aprovação do conselho de saúde correspondente. Sendo assim, os CLS são os espaços propícios para a base do planejamento ascendente, pois os assuntos da rua, da vizinhança e do bairro podem ser melhor discutidos entre os atores que realmente participam daquela realidade.

A Portaria do MS/GM nº 2.436 de 2017, que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apoia as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, incentiva a articulação entre trabalhadores e comunidade nas reuniões dos conselhos locais de saúde. Demonstrando assim, que os CLS são espaços preconizados no sistema de saúde brasileiro, apesar de ainda pouco desenvolvidos.

Santos (2010) relatou a iniciativa de criação de um CLS, a partir de um diagnóstico local com a comunidade, mapeamento dos problemas do território, debates e definição de soluções em conjunto. Essas atividades geraram vínculo e fortaleceram a identidade comunitária para o enfrentamento das vulnerabilidades vivenciadas. Lacerda e Santiago (2007) trazem a estreita relação dos CLS com a estratégia de saúde da família no município de Campina Grande. O CLS foi criado no bairro juntamente com a formação da equipe de saúde da família. Com relação à participação dos conselheiros comunitários, apontaram um bom nível de capacidade propositiva e interventiva nas atividades do conselho, tanto no que se refere aos serviços prestados pelas equipes nas unidades de saúde, quanto às questões de infraestrutura do bairro.

Entrevistas com conselheiros locais de saúde em Feira de Santana - BA, revelaram que, em sua maioria, eles têm uma compreensão do conceito ampliado de saúde, discutem determinantes e condicionantes de saúde, educação, transporte e segurança pública. A efetivação do CLS foi vista como uma conquista da comunidade, e fez surgir outros grupos sociais, que se tornaram mais integrados (VALE; LIMA, 2015).

Outro estudo analisou a experiência de participação de um movimento popular em conselhos de saúde e sua relação com o poder executivo. Os integrantes desse movimento participavam em dois CMS, um conselho estadual e em um CLS. Os resultados demonstraram que a representação dos usuários se revela mais efetiva quando o contato entre representante, comunidade e poder público é direto. No CLS, os conselheiros demonstraram conhecer a realidade de sua comunidade, e tornaram-se referência para articulação entre poder público e sociedade. Entretanto, há ressalvas, pois o estudo demonstrou que os conselhos permanecem condicionados à atuação do poder executivo, por exemplo a implantação do CLS é dependente das coordenação de unidade básica de saúde (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

Cruz *et al.* (2012) elencou os principais desafios encontrados em um CLS na Paraíba. A dificuldade para o exercício do diálogo, perante os diferentes atores sociais, os profissionais que muitas vezes não valorizam o saber popular, uma parte da população que utiliza o espaço apenas para reclamações e os que não comparecem às reuniões por não compreender a proposta do CLS. Todavia, outros atores utilizam o espaço com criatividade e propósito, abrindo-se ao diálogo e a troca de conhecimentos. Muitos problemas cotidianos conseguiram ser solucionados, e a integração desses atores permitiu a criação de vínculos e parcerias, imprescindíveis para efetivação das ações da saúde da família.

Diante do exposto, deve-se levar em conta que o estabelecimento de valores participativos é um processo gradual e lento, bem como responsivo as mudanças da sociedade, exigindo sempre avaliação e ajustes. Esses valores exigem mudanças culturais, que foram formadas por longos períodos, por isso são mais difíceis de serem modificados. Porém os conselhos de saúde formam um campo fecundo para que essa semente participativa seja plantada (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013).

2.5 CONSELHOS DO SETOR DE EDUCAÇÃO E DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR: LEGISLAÇÃO E FUNÇÕES

No setor da educação a Lei federal nº 9.394 de 1996 institui que os sistemas de ensino definirão as normas da gestão democrática do ensino público na

educação básica com a participação da comunidade escolar e local em conselhos escolares ou equivalentes.

Os conselhos são definidos como órgãos colegiados compostos por representantes das comunidades escolares e locais, têm como atribuição deliberar sobre questões político-pedagógicas, administrativas, financeiras, no espaço público da escola. Em relação ao governo, diz-se que eles têm caráter consultivo, porque os integrantes da estrutura de gestão dos sistemas de ensino não falam pelo governo, mas falam ao governo, em nome da sociedade. Para situar estrategicamente a formulação de normas e políticas educacionais foram criados os fóruns de educação (BRASIL, 2004a).

O fórum de educação é um espaço onde os conselhos escolares dialogam com a secretaria de educação, bem como interagem uns com os outros, apresentando suas demandas, proposições e sugestões para incorporação nas políticas públicas (AGUIAR; ABREU, 2013).

Cabem aos conselhos as funções de analisar as ações a empreender e os meios que serão utilizados para o cumprimento das metas, representam um lugar de participação, decisão, discussão, negociação e encaminhamento das demandas educacionais, possibilitando a participação social e promovendo a gestão democrática. Suas funções são: acompanhar a elaboração do projeto político-pedagógico; realizar reuniões de estudo, reflexão e avaliação do trabalho escolar para identificar as necessidades, sugerir e propor mudanças. Sendo assim, dentro dessa dinâmica dos conselhos, há deliberação quando decidem sobre o projeto político-pedagógico e outros assuntos da escola; fiscalização, quando acompanham e interferem na execução das ações, avaliando e garantindo o cumprimento das normas; e tem caráter consultivo quando analisa questões encaminhadas pelos diversos segmentos, apresentando sugestões ou soluções, que poderão ou não ser acatadas pelo executivo; e mobilização, quando promovem a participação, de forma integrada, dos segmentos representativos da escola e da comunidade local (BRASIL, 2004b).

Os conselhos escolares tiveram apoio do Programa Nacional de Fortalecimento dos Conselhos Escolares (PNFCE), criado pelo Ministério da Educação em 2004. O programa prevê diversas ações, dentre elas o trabalho em

conjunto com universidades, no intuito de criar rede de formação, com elaboração de material didático específico e formação continuada, presencial e à distância para qualificação desses conselhos. Alguns exemplos são: oficinas de elaboração de projetos para implantação e fortalecimento de conselhos escolares; encontros municipais de formação de conselheiros; curso de extensão à distância e formação continuada em conselhos escolares; elaboração de material didático-pedagógico específico para conselheiros, que desde seu início até agora conta doze publicações de cadernos didáticos entre outros materiais (BRASIL, 2018).

No âmbito do estado de Santa Catarina o Decreto nº 3.429 de 1998 regulamenta a implantação de Conselhos Deliberativos Escolares (CDE) na rede pública estadual. O Art. 3º desse decreto define as funções dos conselhos, além daquelas já citadas, acrescenta: a elaboração do regimento escolar, calendário letivo, apreciação e emissão de parecer sobre os relatórios anuais da escola, análise de desempenho conforme plano político-pedagógico, articulação com outros conselhos escolares, criação de mecanismos de acompanhamento, elaboração do seu regimento interno. O presidente do conselho e demais conselheiros serão eleitos, com voto direto e secreto, com mandato de 2 anos, sendo permitida apenas uma recondução. O número mínimo de pessoas no conselho será cinco e o máximo vinte e um representantes. Assegura-se a proporcionalidade de 50% ao segmento pais/alunos e 50% ao segmento de magistério/servidores.

As principais atribuições dos conselheiros são de representar seu segmento, discutindo, formulando e avaliando internamente propostas apresentadas, encaminhamento de sugestões e proposições de seu segmento ao conselho, divulgar as decisões, colaborar na execução das medidas definidas, dentro de sua competência. O conselho deve se reunir periodicamente ou sempre que houver necessidade. Pelo menos uma reunião mensal deve ser realizada, com pauta previamente estabelecida, para que os representantes possam discutir e encaminhar soluções. As deliberações do conselho constarão em ata e serão públicas no âmbito da comunidade escolar (SANTA CATARINA, 2018).

No estado do Mato Grosso, a Lei nº 7.040 de 1998 estabelece a criação dos Conselhos Deliberativos da Comunidade Escolar (CDCE) nas unidades de ensino. Nela está estabelecida a organização e função do conselho, e a função do

presidente, secretário e tesoureiro. Neste estado, os conselhos são formados por no mínimo oito e máximo dezesseis membros, e a composição é paritária. O que ela acrescenta, além do já citado, é submeter a prestação de contas da unidade escolar ao conselho para a verificação e parecer, se necessário o conselho poderá propor ou determinar a instauração de sindicância. Quanto à composição, é vetado ao diretor ocupar o cargo de presidente do conselho, o não comparecimento (sem justificativa) de conselheiro a três reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco reuniões ordinárias ou extraordinárias alternadas, implicará vacância da função, assumindo o suplente. As aquisições ou contratações efetuadas pela escola deverão ser aprovadas previamente pelo conselho.

No setor de nutrição e alimentação escolar, a Lei Nº 11.947 de 2009 estabelece que os estados, Distrito Federal e os municípios instituirão os Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), órgão colegiado de caráter fiscalizador, permanente, deliberativo e de assessoramento. A sua composição será um representante indicado pelo poder executivo, dois representantes de docentes, discentes ou trabalhadores na área de educação, indicados pelo respectivo órgão de classe, os discentes poderão ser indicados e eleitos quando forem maiores de 18 anos ou emancipados, dois representantes de pais de alunos, indicados pelos conselhos escolares, associações de pais e mestres ou entidades similares, escolhidos por meio de assembleia específica, registrada em ata, e dois representantes indicados por entidades civis organizadas, escolhidos também em assembleia. O mandato é de quatro anos, podendo ser reconduzido ao cargo. O presidente e o vice serão eleitos por, no mínimo, 2/3 dos conselheiros titulares.

As atribuições do CAE são:

“Acompanhar e fiscalizar o cumprimento do disposto de normas, acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos destinados à alimentação escolar, zelar pela qualidade dos alimentos, em especial quanto às condições higiênicas, bem como à aceitabilidade dos cardápios oferecidos, receber o relatório anual de gestão do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e emitir parecer conclusivo acerca da aprovação ou não da execução do Programa” (Resolução/CD/FNDE Nº 38, 2009, Art. 27).

Competem também aos CAE, realizar a comunicação aos órgãos de controle sobre qualquer irregularidade na execução do PNAE, a disponibilização de informações e entrega de relatórios, sempre que solicitado, realização de reunião específica para apreciação da prestação de contas com a participação de, no mínimo, 2/3 dos conselheiros titulares, e elaboração do regimento interno. Aos estados, Distrito Federal e municípios, compete garantir ao CAE, infraestrutura necessária, tais como, local apropriado para as reuniões, disponibilidade de equipamento de informática, transporte para deslocamento dos membros aos locais relativos ao exercício de sua competência, recursos humanos necessários às atividades de apoio e disponibilizar, sempre que solicitado, todos os documentos e informações referentes à execução do PNAE em todas as etapas.

Segundo o regimento interno do CAE do município de Florianópolis (2010), as reuniões do Conselho serão ordinárias, realizadas quinzenalmente, podendo ser convocadas extraordinariamente com antecedência mínima de quarenta e oito horas, pelo presidente ou mediante solicitações de pelo menos um terço de seus membros efetivos. Nas reuniões deve ocorrer a leitura, votação e assinatura da ata da reunião anterior, deliberações, discussões e votações, comunicações do presidente e dos membros, e encaminhamentos. As decisões do CAE serão tomadas por maioria simples, cabendo ao presidente apenas o voto de desempate. É parte das atribuições do presidente organizar as reuniões, verificar as presenças e representar o CAE. Os membros devem participar das reuniões, deliberações e votações, o titular que deixar de comparecer, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas ou quatro alternadas, perderá o mandato. Os serviços administrativos do CAE serão exercidos por um secretário, eleito pela plenária, que deve registrar o conteúdo das reuniões, redigir encaminhamentos e atas, colher assinaturas, entre outras atividades.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Inicialmente realizou-se uma revisão bibliográfica com objetivo de buscar um referencial teórico para a organização dos conselhos locais, tanto na área de saúde quanto nos setores de educação e nutrição.

Em uma segunda etapa foi realizada uma análise documental (Apêndice A), com documentos governamentais, regimentos, legislações, entre outros, para identificação de estruturação existente nos conselhos locais e suas funções.

E em uma terceira etapa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Apêndice B) com especialistas no tema com o objetivo realizar um levantamento de pontos considerados essenciais para a organização dos CLS para favorecer a participação da comunidade.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Pubmed, Scielo, Lilacs e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), nas línguas português, inglês e espanhol, sem limitação de data. As buscas incluíram os conselhos locais do setor saúde, educação e alimentação/nutrição, estes últimos dois setores foram escolhidos porque em uma primeira pesquisa bibliográfica não sistemática ao tema, identificou-se que são os setores que possuem conselhos locais que poderiam servir de embasamento teórico para o setor saúde.

Para o setor saúde os descritores utilizados foram "Conselho Local de Saúde", "Conselhos Locais de Saúde" associados a "Participação da Comunidade", "Participação Comunitária", "Participação do Povo", "Participação do Público", "Participação Popular", "Participação Pública", "Participação do Cidadão", "Participação Cidadã", "Envolvimento da comunidade", "Envolvimento comunitário", "Participação Social", "instituições participativas", "Controle Social" e seus correspondentes em inglês e espanhol. Devido à diferença de nomenclatura entre diferentes países para descrever os conselhos de saúde, acrescentamos na língua inglesa e espanhola os descritores "Health Planning Councils", "Health Councils", "Consejos de Salud", "Consejo de Salud". Na base PubMed utilizou-se apenas descritores em inglês. Na BDTD utilizou-se apenas os descritores "Conselho Local de Saúde" e "Conselhos Locais de Saúde" devido ao pequeno número de artigos encontrados quando feita associação de descritores.

Os descritores utilizados para os conselhos do setor educação foram "Conselho escolar", "Conselhos escolares", "conselhos deliberativos", "conselho deliberativo", "Conselho deliberativo escolar", "Conselhos deliberativos escolares" e seus correspondentes em inglês e espanhol. Na base de dados Pubmed utilizou-se apenas os termos em inglês. Na base BDTD utilizou-se filtro de assunto devido ao grande número de estudos encontrados sem o uso do filtro.

No setor de alimentação e nutrição os descritores da pesquisa foram "Conselhos de Alimentação Escolar", "Conselho de Alimentação Escolar", "Alimentação escolar", "Conselhos de alimentação" e seus correspondentes em inglês e espanhol. Nas bases de dados Scielo e Lilacs utilizou-se filtro para resumo. Na base Pubmed utilizou-se somente os descritores em inglês, com filtro para título e resumo, e texto completo. Na base BDTD utilizou-se filtro para assunto. Os filtros foram utilizados devido ao grande número de estudos encontrados.

O critério de inclusão foi: artigos que contemplassem a organização e/ ou funcionamento de conselhos locais de cada setor, funções dos conselheiros, participação comunitária e / ou empoderamento da comunidade vinculados aos conselhos locais. A seleção dos artigos foi feita inicialmente por leitura do título e exclusão dos artigos duplicados. Depois, lidos os resumos para verificar a compatibilidade do artigo com o critério de inclusão. Por fim, foi feita a leitura do texto completo dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Os dados foram organizados em planilha eletrônica com variáveis: autor, ano, objetivo do estudo, metodologia, resultados, conclusões.

Para a análise documental foi utilizado o buscador Google, levando em consideração o setor saúde, em um primeiro momento investigou-se documentos nacionais do governo disponíveis para consulta externa. Em um segundo momento foi realizada a busca por legislações locais com informações de funcionamento desses órgãos. Os documentos analisados foram organizados em categorias temáticas, respectivamente: legislação, caracterização e conteúdo; município, função do conselho local, competências, composição e funcionamento.

Na pesquisa qualitativa, o critério de seleção dos informantes chave para o contato online foi a aproximação do tema proposto e atuação profissional no setor saúde, independente da formação. A identificação dos informantes ocorreu por

busca na literatura, consulta ao currículo *lattes* e por indicação pelos informantes chave. As entrevistas foram gravadas através de um programa de gravação de voz digital para Android.

A seleção dos informantes por busca na literatura ocorreu durante a revisão realizada pela pesquisadora, de acordo com a frequência do nome do autor/pesquisador nos artigos e nas referências bibliográficas. A consulta ao currículo foi realizada com busca por palavra-chave “conselhos locais de saúde” no campo “Assunto (Título ou palavra chave da produção)”, com filtro de busca “Bolsista de produtividade” e “Brasil”, o currículo dos pesquisadores foi aberto para verificar a pertinência com o tema saúde.

A indicação foi buscada junto aos participantes da pesquisa, o que abriu a possibilidade de inclusão de informantes chave ao longo do tempo. Essa técnica é conhecida como “bola de neve”, que consiste em iniciar com informações repassadas por informantes chave, para encontrar o perfil de população ou grupo que mais se encaixa com a pesquisa, assim sucessivamente, os contatos vão aumentando seu número conforme a necessidade do pesquisador (VINUTO, 2014).

Não foi possível o encontro pessoal com todos os informantes chave, dessa maneira, algumas entrevistas ocorreram via vídeo chamada. Nesses casos, o termo de consentimento livre e esclarecido foi encaminhado via endereço eletrônico, digitalizado e assinado pela pesquisadora, bem como as explicações necessárias prestadas, e, após o aceite para participar da pesquisa, realizou-se então a solicitação de retorno de uma cópia do termo com assinatura do participante, através dos meios já citados.

Para análise do conteúdo das entrevistas foi utilizado o método de análise temática.

Será realizada uma devolutiva da pesquisa aos participantes, através de relatório executivo, que será enviado por endereço eletrônico.

As normas éticas contidas na Resolução 510/2016 do Ministério da Saúde foram seguidas e a pesquisa está aprovada pelo Comitê de ética e pesquisa sob parecer 2.878.929. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

4 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados no formato de dois artigos científicos, conforme regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. O Artigo I foi submetido para a revista de Atenção Primária à Saúde – APS e aguarda parecer. O artigo II será enviado para a revista Ciência & Saúde Coletiva.

4.1 ARTIGO I: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DOS CONSELHOS LOCAIS DO SETOR SAÚDE E EDUCAÇÃO

Review of literature about the experiences of local councils in the health and education sector

Resumo

Os conselhos locais são formas institucionalizadas de participação social, e estão presentes nos principais setores de interesse da sociedade. Porém, dentro dessa dinâmica, os conselhos locais, principalmente no setor saúde, não possuem normativas e funções bem definidos. Sendo assim, o objetivo dessa revisão foi compilar as experiências de conselhos locais dos setores saúde, educação e nutrição/ alimentação escolar para contribuir com sua compreensão. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura utilizando as bases de dados Pubmed, Scielo, Lilacs e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Foram incluídos dezenove artigos sobre conselhos locais de saúde e vinte e um de educação. Não houve artigos selecionados no setor de nutrição e alimentação escolar. As principais dificuldades dos conselhos locais citadas: infraestrutura, recursos financeiros, capacitação, educação continuada, dificuldade de diálogo com instâncias do governo e falta de definições sobre a sua competência. Os efeitos positivos foram se constituir de um espaço educativo, de interação entre diferentes níveis e setores, conscientização política e social, planejamento participativo, formação de vínculo, fluxo de informações horizontal, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas.

Palavras-chave: Participação social. Organização comunitária. Relações comunidade-instituição.

Abstract

Local councils are institutionalized forms of social participation, present in a variety of society's interest sectors. However, local councils, especially in the health sector, do not have well defined norms and roles. The purpose of this literature review was to compile the experiences of local councils in the health, education and nutrition / school feeding sectors to contribute to their understanding. A systematic review of the literature was performed using the databases Pubmed, Scielo, Lilacs and Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD). Nineteen articles about local health councils and twenty-one article about local education councils were included. There were no selected articles about nutrition and school feeding sector. The main difficulties mentioned by articles were infrastructure, financial resources, training, continuing education, difficulty in dialogue between government agencies and councils, and lack of norms and roles of their competence. The positive effects were the establishment of an educational time, of interaction between different levels and sectors, political and social awareness, participatory planning, formation of horizontal information flow, monitoring and control of public policies.

Keywords: Social participation. Communitarian organization. Community-institutional relations.

Introdução

A participação social na América Latina, a partir dos anos de 1990, vem sendo constituída como um dos princípios político-organizativos, discutida em encontros regionais e internacionais, buscando-se alternativas para favorecer a participação dos cidadãos e das organizações da sociedade civil no processo de formulação de políticas públicas. O fomento da participação de diferentes atores sociais, a criação de mecanismos que tragam informação, que auxiliem na elaboração, implementação e avaliação das decisões políticas tornaram-se grandes desafios para muitos projetos de desenvolvimento local¹.

No Brasil, uma das formas de se tentar criar elos entre sociedade civil e Estado, colocando em prática a participação social, foi a institucionalização de conselhos gestores de políticas públicas. Os conselhos gestores são órgãos públicos, geralmente com composição paritária entre a sociedade e o governo, associados aos principais setores de interesse da sociedade como saúde,

educação, nutrição, moradia, meio ambiente, transporte e cultura. Normalmente são articulados desde o nível federal até local, podendo assumir atribuições consultivas, deliberativas e/ou de controle. Alguns conselhos são obrigatórios, uma vez que tem repasses de recursos condicionados à sua existência e funcionamento².

No setor da educação a Lei federal nº 9.394 de 1996 institucionalizou as normas para a gestão democrática do ensino público na educação básica com a participação da comunidade escolar e local em conselhos escolares ou equivalentes. Os conselhos são definidos como órgãos colegiados, que possuem representantes da comunidade escolar e local, tendo como papel deliberar sobre questões político-pedagógicas, administrativas e financeiras no espaço da escola. Em relação as políticas públicas do setor, eles têm caráter consultivo e podem propor ações em nome da sociedade³.

Os conselhos do setor de nutrição e alimentação escolar são legislados pela Lei Federal nº 11.947 de 2009⁴, estabelecendo que os estados e municípios implantem os conselhos de alimentação escolar (CAE), possuem caráter fiscalizador, permanente, deliberativo e de assessoramento. A composição desse conselho é de um representante indicado pelo executivo, dois representantes de entidades de trabalhadores na área de educação e discentes, dois representantes de entidades da sociedade civil e dois representantes de pais de alunos, indicados pelos respectivos órgãos de classe.

No setor saúde o conselho tem caráter permanente e deliberativo, é formado por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e controle social da política de saúde em todos os níveis de governo⁵. Esses conselhos possuem legislações no nível federal, a partir da Lei Federal Nº 8.142 de 1990⁵ e da Resolução CNS Nº 453 de 2012⁶ que definem as diretrizes, organização e funcionamento. Existem legislações de nível estadual e municipal, entretanto no nível local, mais próximo a comunidade, os conselhos ainda não possuem normativas e funções bem definidos. A responsabilidade de legislar sobre os conselhos locais é da esfera municipal, e não há dúvida que cada município deve adaptar os conselhos locais de saúde conforme a realidade local, mas a falta de definição quanto ao objetivo, finalidade, caráter consultivo e composição abre espaço para dúvidas na sua implementação e no seu

funcionamento. Diante disso, surgiram as os questionamentos: Como os conselhos locais são organizados nos municípios brasileiros? Quais as principais dificuldades enfrentadas pelos conselhos locais? Quais as consequências positivas dos conselhos locais?

Para responder as perguntas, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de compilar as experiências de conselhos locais dos setores saúde, educação e nutrição. O setor de interesse dos pesquisadores é a saúde, no entanto, a revisão foi ampliada para os setores de educação e nutrição/ alimentação escolar porque poderão contribuir para o entendimento da dinâmica dos conselhos locais de saúde, trazendo elementos para comparação e lições aprendidas.

Material e Métodos

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura utilizando as bases de dados Pubmed, Scielo, Lilacs e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). As buscas incluíram os conselhos locais do setor saúde, educação e nutrição/ alimentação escolar.

Para o setor saúde os descritores utilizados foram "Conselho Local de Saúde" OR "Conselhos Locais de Saúde" associados através do operador booleano AND com "Participação da Comunidade" OR "Participação Comunitária" OR "Participação do Povo" OR "Participação do Público" OR "Participação Popular" OR "Participação Pública" OR "Participação do Cidadão" OR "Participação Cidadã" OR "Envolvimento da comunidade" OR "Envolvimento comunitário" OR "Participação Social" OR "instituições participativas" OR "Controle Social" e seus correspondentes em inglês e espanhol. Devido à diferença de nomenclatura que possa vir a existir entre diferentes países para descrever os conselhos de saúde, acrescentamos na língua inglesa e espanhola os descritores "Health Planning Councils" OR "Health Councils" OR "Consejos de Salud" OR "Consejo de Salud". Os ajustes necessários a cada base foram realizados, sendo que na base PubMed foram utilizados apenas descritores em inglês. Na BDTD foram utilizados apenas os descritores "Conselho Local de Saúde" OR "Conselhos Locais de Saúde" devido ao pequeno número de artigos encontrados quando associados os descritores.

Os descritores utilizados para os conselhos do setor educação foram "Conselho escolar" OR "Conselhos escolares" OR "conselhos deliberativos",

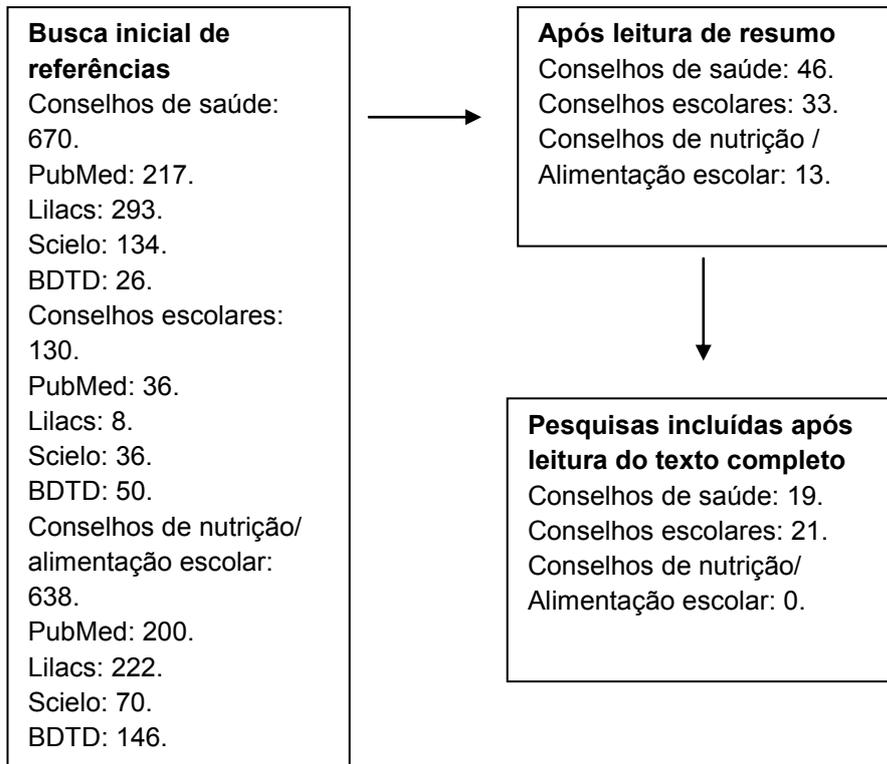
"conselho deliberativo" OR "Conselho deliberativo escolar" OR "Conselhos deliberativos escolares" e seus correspondentes em inglês e espanhol. Na base de dados Pubmed foram utilizados apenas os termos em inglês. Na base BDTD utilizou-se filtro de assunto devido ao grande número de estudos encontrados.

No setor de alimentação e nutrição os descritores da pesquisa foram "Conselhos de Alimentação Escolar" OR "Conselho de Alimentação Escolar", "Alimentação escolar" OR "Conselhos de alimentação" e seus correspondentes em inglês e espanhol. Nas bases de dados Scielo e Lilacs foi utilizado filtro para resumo. Para a base Pubmed foram utilizados somente os descritores em inglês, com filtro para título e resumo e texto completo. Na base BDTD utilizou-se filtro para assunto. Os filtros foram utilizados devido ao grande número de estudos encontrados.

Os critérios de inclusão foram: artigos relacionados à organização, funcionamento, empoderamento, participação, papéis dos atores envolvidos especificamente em conselhos de âmbito local ou comunitário, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Não foi estabelecido corte temporal. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão da literatura, pesquisas exclusivamente teóricas, capítulos de livros, artigos que não abordassem os temas de inclusão e artigos duplicados entre as bases. Em pesquisas do mesmo autor, com o mesmo objeto e local de amostra foi selecionada apenas a pesquisa mais recente.

Inicialmente, a seleção dos artigos foi feita por leitura do título e exclusão dos artigos duplicados. Posteriormente, a leitura dos resumos verificou a compatibilidade do artigo com os critérios de inclusão e exclusão. Por fim, foi feita a leitura do texto completo para efetiva inclusão na pesquisa. O fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos está descrito na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma da seleção dos artigos para a revisão sistemática de literatura.



Fonte: Autores.

Resultados

No setor de nutrição / alimentação escolar não foram encontradas pesquisas que avaliaram os conselhos instituídos em âmbito local, encontrou-se trabalhos relativos ao programa de nutrição e alimentação escolar (PNAE), porém não focados nos conselhos. Outros artigos tratavam dos conselhos de âmbito municipal. Dezenove artigos sobre conselhos locais do setor saúde e vinte e um artigos sobre o setor educação se encaixaram nos critérios de inclusão e exclusão.

Dentre os dezenove artigos que tratam dos conselhos locais de saúde, doze artigos apresentaram metodologia qualitativa, com coleta de dados a partir de um ou mais instrumentos: entrevistas semiestruturadas (n=9), observação direta (n=3), observação participante (n=3), análise documental (n=9), e um artigo utilizou-se do itinerário de Pesquisa de Paulo Freire com análises a partir dos 'círculos de conversa'. Dois artigos relataram o uso de metodologia mista, com coleta de dados a partir de questionários, entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação participante. Cinco artigos são relatos de experiência de conselhos

locais de saúde, sendo três fora do Brasil (Canadá, Quênia e Espanha). As experiências brasileiras contemplaram os estados da Bahia (n=6), Ceará (n=1), Espírito Santo (n=1) Mato Grosso do Sul (n=1), Minas gerais (n=1), Rio de Janeiro (n=1), Santa Catarina (n=2) e São Paulo (n=3). Os objetivos dos artigos são semelhantes e tratam de analisar ou compreender a implementação e o funcionamento dos CLS, ou descrever os temas abordados nas reuniões dos conselhos, e os fatores favoráveis e limitantes na atuação dos conselheiros e na tomada de decisões locais. O quadro 1 apresenta os principais resultados dos artigos no setor saúde.

Quadro 1: Revisão referente aos conselhos locais de saúde.

Autor/ Ano	Principais resultados
Botija P et al., 2018 ⁷	Dificuldades: houve necessidade de incluir profissionais do setor sócio sanitário, pacientes e especialistas. Vantagens: o conselho integrou vários níveis e setores. Estruturas de participação podem qualificar a prestação de serviços e desenvolvimento de novas competências.
Miwa MJ et al., 2017 ⁸	Dificuldades: pouca divulgação das reuniões, funções e atividades dos CLS, usuários desconhecem seus representantes, baixa resolatividade das demandas, postura passiva e descrente dos usuários. Alternativas: capacitação de conselheiros e profissionais, maior interação com o CMS, divulgação das ações do CLS, mecanismos que facilitem a identificação dos conselheiros.
Lisboa EA et al., 2016 ⁹	Dificuldades: conselheiros não entendiam seu papel, falta de participação da população, iniciativa da gestão sem envolvimento comunitário, descrença em mudanças, rotatividade de moradores e falta de suporte do CMS. Alternativas: capacitar os conselheiros e envolver a comunidade local na implantação de novos conselhos.
Amorim PEGB, 2015 ¹⁰	Dificuldades: 61% dos conselheiros não receberam capacitação; 80% têm incerteza se as proposições serão atendidas; 51% não sabem as atribuições do CLS e pautas voltadas para procedimentos assistenciais. Alternativas: capacitação dos conselheiros, compreensão do papel ocupado no processo de decisão e maior divulgação.
Busana JA et al., 2015 ¹¹	Dificuldades: desmotivação da comunidade; desconhecimento do conselho; baixa resolatividade de atuação. Vantagens: percepção sobre cidadania; espaço educativo e de tomada de decisão em coletivo. Alternativas: qualificar as atividades desenvolvidas, configurar o CLS como início de uma participação, adotar estratégias para empoderar os indivíduos e comunidades.
Oliveira AMC, Dallari SG, 2015 ¹²	Dificuldades: Os representantes das entidades não participavam das reuniões em alguns CLS, alto grau de informalidade e problemas de organização. Vantagens: Fluxo horizontal de informações, reunir e permitir a participação dos usuários. Alternativas: divulgação, fornecimento de estrutura física, administrativa e favorecer a mobilização, interação e integração social.
Vale Lima PRLF, MM, 2015 ¹³	Motivação dos conselheiros: sentimento de solidariedade e pensamento no bem coletivo. Eles conheciam seu papel, direitos, deveres e tinham articulação intersetorial. Dificuldades: tempo para reuniões, pouco diálogo com gestores, sentimento de homologar decisões e pouca discussão sobre causas dos problemas. Alternativas: compreensão das atribuições,

	legislações e políticas, sensibilização da gestão quanto à relevância da participação e consideração das deliberações do CLS.
Bispo Júnior JP, Martins PC, 2014 ¹⁴	Dificuldades: Pouca participação da comunidade, poder limitado de resolução de problemas, ausência de cultura participativa, insatisfação dos usuários com os serviços saúde. Vantagens: conselhos percebidos como espaço de articulação intersetorial, de promoção da saúde e instrumento para melhoria da assistência. Alternativas: Que a ESF seja aprimorada e a partir da qualidade dos serviços estimule a participação comunitária.
Floresta WMC, 2014 ¹⁵	Dificuldades: na visão do gestor, o espaço é usado muito mais para reclamações, frequência irregular de participação da comunidade, falta de capacitação e polissemia de nomenclatura desses espaços. Alternativas: Aproximar a comunidade da UBS, necessidade de elaborar legislações para apoiar e garantir autonomia na tomada de decisão, lacunas legais interferem na articulação entre participantes e entre instâncias superiores.
Ponte HMS et al., 2012 ¹⁶	Dificuldades: Fragilidade dos movimentos sociais, lógica individualista e falta de cultura participativa. Relato da experiência: Formação de um órgão de coordenação para realizar ações de educação popular, com dotação orçamentária. Realização de oficinas com mobilizadores locais, seminário sobre participação com a comunidade, gestão das UBS e das escolas públicas. Delimitaram-se metas e responsabilidades para atuação dos conselhos e divulgação de sua atuação. Considerou-se que houve êxito, com formação de 4 novos conselhos e reativação de 19.
Bispo Júnior JP, Martins PC, 2012 ¹⁷	Dificuldades: baixa frequência de reuniões, agenda de compromissos sem ações intersetoriais, reuniões muito pautadas nas dificuldades de acesso, pouco envolvimento comunitário, problemas na representatividade dos conselheiros, desmotivação em participar de atividades e sentimento de despreparo. Alternativas: sensibilização e responsividade dos gestores, formulação de política de educação continuada de conselheiros e profissionais.
O'Meara WP et. Al, 2011 ¹⁸	Relato da experiência: Para engajar a comunidade local no planejamento, comitês coordenados por membros da comunidade foram criados. Nas prioridades e metas coletadas, encontraram-se pontos comuns entre gestores, comitês locais e indicadores nacionais, e pontos relevantes citados apenas localmente, demonstrando a importância de ouvir a comunidade local. Dificuldade: Os indicadores nacionais deixaram os planos de trabalho sem contemplar as prioridades locais e o orçamento foi limitado.
Ribeiro FB; Nascimento MAA, 2011 ¹⁹	Dificuldades: representantes dos usuários raramente compareciam às reuniões e pouco se expressavam. Vantagens: ações educativas, realização de mutirões de saúde e mudanças no processo de trabalho das unidades. Alternativas: capacitação técnica e política, empoderamento dos sujeitos, legitimação da cogestão no SUS.
Pereira FWA, 2011 ²⁰	Dificuldades: falta de infraestrutura e capacitação. Vantagens: maioria dos conselheiros é representante dos usuários e efetivo acompanhamento das ações locais. Alternativas: educação continuada dos conselheiros, articulação com o CMS, fortalecimento da relação com outros movimentos sociais e do apoio da secretaria de saúde.
Matuoka RI, Ogata MN, 2010 ²¹	Dificuldades: pauta pré-definida pelos gestores regionais, falta de autonomia, espaço para disputa eleitoral, falta de resolutividade das demandas e espaço pouco propositivo. Vantagens: houve diversidade nas formas de participação. Alternativas: potencializar a UBS como facilitadora da cidadania, diminuir a distância entre os conselhos e a comunidade e ser menos burocrático.
Oliveira M., Almeida ES, 2009 ²²	Organização: plenárias, com coordenador, secretário, composição paritária e reuniões mensais, buscam o consenso para encaminhar as demandas. Dificuldades: falta de espaço físico para reuniões, falta de

	capacitação, não atendimento das deliberações, pouco monitoramento dos encaminhamentos, baixa divulgação das reuniões e articulação entre os setores. Alternativas: estimular lideranças locais, divulgação do conselho e pautas, articulação com outros setores, educação popular sobre saúde, política e cidadania.
Sousa RMRB, 2005 ²³	Organização: Iniciativa de criação dos CLS foi da gestão. Dificuldades: diferença de abrangência do território na definição do município, estado e a abrangência percebida pelos moradores, pouca infraestrutura da unidade, participação da comunidade não contemplou a diversidade étnica, cultural e política do território. Vantagens: considerado menos burocrático e com discussões mais sociais. Alternativas: A UBS conhecer a história da comunidade, identificação dos grupos sociais para inseri-los e tornar o espaço do CLS inclusivo.
2001 ²⁴ Abelson J,	Fatores que influenciaram a participação: menores graus de instrução e renda implicaram em menos participação. Características culturais e linguísticas estimularam a participação. Crenças religiosas influenciaram por causar divergências. O bom relacionamento entre organizações de saúde e sua liderança, a cooperação do governo local e a divulgação dos espaços na mídia aumentam a participação.
2001 ²⁵ Oliveira A,	Organização: Iniciativa de criação dos CLS foi da gestão. Realização de seminários populares com temas relativos aos conselhos. Papel do conselho relatado pelos conselheiros: fiscalizador dos serviços, caráter reivindicatório, educação popular, ponte entre comunidade e gestão e defesa dos direitos. Dificuldades: caráter consultivo, inexistência de monitoramento das propostas, falta de interação entre profissionais e comunidade, falta de capacitação e lógica individualista. Alternativas: O CLS como forma de resistência a lógica individualista, engajamento dos profissionais e capacitação de conselheiros.

Legenda: CLS – Conselho Local de Saúde; CMS – Conselho Municipal de Saúde, UBS: Unidade Básica de Saúde.

Fonte: Autores.

Dentre os vinte e um artigos que tratam dos conselhos escolares, dezenove artigos apresentaram metodologia qualitativa, com coleta de dados a partir um ou mais instrumentos: entrevistas semiestruturadas (n= 16), grupo focal (n= 1), observação participante (n= 3), análise documental (n=12), sendo dois estudos realizados fora do Brasil, (no Chile e México). Dois estudos relataram utilizar metodologia mista, um brasileiro, com coleta de dados a partir de questionários e análise documental e um estudo mexicano, que utilizou questionário, entrevistas e grupos focais. As experiências brasileiras contemplaram os estados do Amazonas (n= 4), Bahia (n= 1), Ceará (n= 1), Maranhão (n= 1), Paraíba (n= 3), Pernambuco (n= 4), Paraná (n= 2), Rio Grande do Norte (n= 1), Santa Catarina (n= 1) e Sergipe (n= 1). Os objetivos dos artigos são semelhantes e tratam de analisar como se deu a implantação dos conselhos escolares, os fatores que facilitam e/ou dificultam seu funcionamento, a forma como está ocorrendo a participação e a influência dos

conselhos na aprendizagem. O quadro 2 apresenta os principais resultados dos artigos do setor educação.

Quadro 2: Revisão referente aos conselhos escolares.

Autor / Ano	Principais resultados
Basbosa GP, 2017 ²⁶	Dificuldades: falta de conhecimento sobre o conselho e sua normatização, falta de envolvimento e participação da comunidade escolar; pouca influência nas decisões. Alternativas: Capacitação dos conselheiros no âmbito escolar; sensibilização da comunidade e elaboração de um plano de ação para os conselhos.
2017 ²⁷ Buraki G,	Dificuldades: pouca participação, organização de horários e datas de reuniões, falta de conhecimento das funções dos conselheiros. Ações para aumentar a participação: eventos, palestras e atividades culturais. Vantagens: auxílio em temas ligados aos discentes, como excesso de faltas e conflitos, priorizar investimentos, intervir em temas organizacionais e tomadas de decisão coletiva.
2017 ²⁸ Hevia F,	Os conselhos com dinâmicas de participação regulamentada (legal-normativa) têm espaços institucionalizados, mas pouco resolutivos, falta autonomia e recursos e participação. Tem como função: elaborar relatório de sobre recursos, estabelecer metas e ações para o desempenho escolar, acompanhar qualidade dos alimentos e bebidas. Nas formas de participação individualizada por meio de conversas, petições e solicitações, a partir de canais de comunicação que recebem e encaminham as solicitações há experiências resolutivas, porém os cidadãos estão afastados das decisões coletivas. E nos conselhos com dinâmica contenciosa-disruptiva há mais relacionamentos conflituosos, com pouco espaço para o diálogo. Alcança resultados rápidos em reivindicações, mas é direcionado para temas emergenciais.
2017 ²⁹ Souza MPA,	Dificuldades: conselheiros que não sabem suas atribuições e do conselho, pouca participação da comunidade e pouco envolvimento na tomada de decisões. Alternativas: Capacitação dos conselheiros; sensibilização da comunidade escolar; fortalecimento da parceria entre gestão e demais órgãos; construção de um plano de ação.
2016 ³⁰ Aquino JM,	Dificuldades: o curso de formação de conselheiros não contempla a demanda, ausência de comissão eleitoral, pouca participação de pais, não houve deliberação quanto aos regimentos internos, não são abordados temas administrativo-financeiros e planejamento político pedagógico. Alternativas: reestruturação do conselho, capacitação de conselheiros, inclusão da comunidade, participação do segmento de pais e alunos e discussão dos métodos de ensino-aprendizagem.
2016 ³¹ Castro MLS,	Dificuldades: o representante dos alunos sentiu-se despreparado para opinar em algumas questões. O segmento dos pais foi pouco participativo. As reuniões, ações e planejamento do conselho não são divulgados, segmentos não sabem quem são seus representantes no conselho. O conselho não participou da elaboração do PPP. Alternativas: divulgação das atividades do conselho, atuar em situações de conflito, ensino-aprendizagem, ser espaço de diálogo, capacitação dos conselheiros, elaborar regimento interno, divulgar um calendário de reuniões, registrar as reuniões, canais de comunicação entre o conselho e a comunidade.

Dublante CAS, 2016 ³²	Organização: há estatuto e eleições para escolha dos representantes de cada segmento, porém em uma escola citaram estar no conselho “a pedido da diretora”. O papel do conselho foi visto como espaço de aprendizado, democratização e avaliação da gestão. Dificuldades: envolver os segmentos para a participação, clareza das atribuições dos conselheiros, avaliar as atividades desenvolvidas, articulação entre representantes e seus segmentos, democratização na escolha dos representantes.
Lozano GC, 2016 ³³	Organização: Deliberações ocorrem por consenso ou voto. Não houve coerções internas ou externas aparentes. Houve espaço de deliberação curricular, porém pouca resolução de problemas técnico-pedagógicos (planos e programas de estudo). O contexto de crise institucional e reconfiguração de forças internas influenciaram o conselho. Dificuldades: interesses individuais sobrepõem interesses do coletivo, verticalização de decisões, pouca influência e empoderamento do corpo discente.
Pereira AC, 2016 ³⁴	Dificuldades: pouca participação do conselho nas decisões da escola, tempo para participar das reuniões, falta de agendamento prévio e descontinuidade das reuniões. Alternativas: divulgação de agenda prévia, pauta que contemple temas pedagógicos e situações do cotidiano.
Carozzi ES, 2015 ³⁵	Organização: o segmento que mais participa do conselho são os professores, sendo pais e funcionários com menor representação. Conselheiros escolhidos por eleição e com capacitação. Dificuldades: entendimento quanto à função mobilizadora do conselho escolar, participação percebida como obrigação e não um direito.
Pereira R, 2014 ³⁶	Organização: existe participação de representantes, porém estes não sabem como foi construído o projeto político pedagógico. Na elaboração do regimento escolar alguns segmentos participaram mais ativamente que outros, já a participação da comunidade foi pouco ativa. Ações do conselho: estruturação do currículo escolar, processo de aprendizagem e gestão financeira. Vantagens: presença dos pais, comprometimento dos professores e integração entre escola e comunidade.
Cavalcante MSS, 2014 ³⁷	O espaço do conselho foi visto como onde a comunidade pode expressar sua opinião. Organização: os temas abordados foram administrativo-financeiros e pedagógicos, o PDE e fiscalização. Registro das reuniões em atas. Alunos levam suas demandas para o representante, participam das reuniões e auxiliam na tomada de decisão. Conselheiros parecem saber seu papel.
Dutra RSCS, 2013 ³⁸	Os conselheiros percebem a participação como meio para a gestão democrática. Em duas escolas o conselho participou da construção do PPP. Dificuldades: não participação de todos os membros nas reuniões e priorização do tema administrativo- financeiro. Vantagens: participação da gestão escolar, transparência, opinar nas prioridades de investimento, interação da gestão com as famílias, presença de discentes na escola.
Marques LR, 2012 ³⁹	Organização: têm representantes de todos os segmentos, alguns foram eleitos e outros indicados. Temas abordados: administrativo-financeiras e pedagógicas. Vantagens: descentralização das responsabilidades de decisão, compromisso coletivo, escuta das opiniões e reivindicações dos pais gerando mais integração e melhoria do ensino. A cultura e o contexto local exercem influência nos conselhos.
Mendes Neta MAH, 2013 ⁴⁰	Funções bem definidas pelos conselheiros, atuação incipiente e em construção. Dificuldades: estrutura física da escola, práticas centralizadas do gestor escolar e municipal. Pouca participação do segmento de pais, falta de capacitação para conselheiros. Alternativas: formação continuada de conselheiros, atualizações e parceria com universidades.

2013 ⁴¹	Monteiro EC,	Dificuldades: ênfase na discussão de funções administrativas e financeiras, pouco debate, conselho referenda as decisões tomadas e pouca participação de pais, alunos e funcionários. Alternativas: formação de conselheiros e gestores e formação de um espaço que proporcione o debate.
2010 ⁴²	Lelis LFG,	Temas discutidos: administrativos / financeiros, elaboração de cardápio e PDE. Dificuldades: o tema político pedagógico é marginal, excesso de controle da gestão escolar, pouca autonomia do conselho, não existe cronograma de reunião e as pautas não são disponibilizadas com antecedência. Alternativas: formação para todos os segmentos, criação de comissão para eleição de conselheiros e caráter deliberativo para o conselho.
2006 ⁴³	Matos ECV,	Visão dos conselheiros: conselhos envolvem a comunidade escolar na gestão, contribuem para o desenvolvimento da escola e do ensino-aprendizagem. Dificuldades: falta de capacitação, recursos materiais, domínio de pauta pela gestão, temas discutidos são administrativo-financeiros e raramente político-pedagógicos. Alternativas: capacitação, acompanhamento, discussões e conscientização política.
2006 ⁴⁴	Santos TS,	Organização: a implantação foi adaptada a cada comunidade escolar, as reuniões são abertas para todos os segmentos nas deliberações, considerou-se que o conselho contribuiu para a gestão participativa. Dificuldades: atua mais em decisões administrativo-financeiras do que pedagógica, participação mais ativa de diretores e professores do que os demais segmentos, não há capacitação para conselheiros, que tem dúvidas quanto ao seu papel.
	Carneiro MJMC, 2005 ⁴⁵	Percepção dos pais sobre as atribuições do Conselho: aconselhar, ajudar, compreender, fiscalizar a verba, ajudar a organizar a escola, avaliar, deliberar e consultar. Os professores foram o segmento de mais influência nos conselhos. As questões mais debatidas foram questões administrativas e financeiras. Vantagens: democratização das informações; fiscalização das verbas que a escola recebe; elaboração do PDE e do PPP e um maior monitoramento das atividades. Sugestões: mais divulgação, esclarecer as funções do conselho e capacitar à comunidade.
2003 ⁴⁶	Marques LR,	A implantação do conselho partiu da direção escolar, porém, foi considerado que isso não minimizou a participação. O PPP foi apontado por consenso como participativo, porém, nas entrevistas, a sociedade civil e os discentes parecem não ter claro o papel do PPP. A discussão sobre a autonomia da escola se limita aos profissionais da educação. Alternativas: esclarecimento do PPP para a população e os discentes para melhor realizar o planejamento.

Legenda: PDE - Plano de Desenvolvimento da Escola; PPP - Projeto Político Pedagógico.

Fonte: Autores.

Quanto à organização e funcionamento a maioria dos conselheiros não recebeu capacitação e não tinham clareza sobre suas funções. A maior parte referiu que os conselheiros eram escolhidos por eleição, e em um caso por indicação. Não houve agenda de compromissos, cronograma das reuniões e divulgação prévia das pautas, em dois casos as pautas eram pré-definidas pelo gestor e houve pouca flexibilização para inclusão de novos temas de pauta. E em um caso a composição do conselho não foi paritária^{10,12,13,17,20,22,27,31,32,33,34,35,37,39,42}.

Os temas mais citados nas reuniões foram: saúde, segurança, transporte público, balanço das ações anteriores, melhoria de infraestrutura, informações sobre saúde, questões ambientais, equipe, atendimento na unidade, marcação de consultas, atendimentos especializados, exames, falta de funcionários, serviços de saúde, situação epidemiológica e dificuldades. No caso dos conselhos escolares além desses, foram discutidos problemas administrativos, didáticos, pedagógicos, elaboração de cardápio, Projeto Político Pedagógico (PPP), Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE), Programa Mais Educação (PME), Plano de Desenvolvimento da Escola (PDE) e fiscalização. A maioria tinha registro das reuniões em atas. Dois artigos citaram que as demandas foram resolvidas por consenso, ou voto, sendo encaminhadas como reivindicação.

No caso do conselho escolar, o segmento que mais opinou nas reuniões geralmente foi dos professores, com menor participação de pais e funcionários. Os conselhos realizaram atividades como auxílio em questões ligadas aos alunos (excesso de faltas, comportamento e conflitos), opinaram nas prioridades de investimento, intervenção em questões organizacionais e administrativas.

Os principais benefícios que os CLS trouxeram foram: a possibilidade de exercício da cidadania, constituição de um espaço educativo, interação entre diferentes níveis e setores, conscientização política e social, planejamento participativo, com definições de metas e responsabilidades, formação de vínculo na comunidade, fluxo de informações horizontal, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas e empoderamento comunitário^{9,11,12,13,15,19,20,21,23}.

Já as principais dificuldades foram: a falta de infraestrutura, recursos financeiros, capacitação dos conselheiros, educação permanente, muitos conselheiros não entendiam seu papel e nem o papel do CLS, baixa participação da comunidade, ausência de cultura participativa, baixa divulgação das reuniões, desconhecimento por parte da comunidade acerca da existência do conselho, o tempo despendido nas reuniões, grande número de faltas, descrença, poder limitado de resolutividade de problemas. O CMS não dá suporte às proposições, há dificuldade de diálogo com gestores e falta de definições precisas sobre competência das instâncias locais, inclusive para garantir a sua autonomia de tomada de decisão.

Nos conselhos escolares os benefícios foram ampliação da participação da comunidade escolar e local na gestão escolar, transparência, opinar nas prioridades de investimento, melhoria da interação com as famílias e mais presença dos alunos na escola, auxílio em questões ligadas aos alunos (excesso de faltas, comportamento e conflitos), possibilidade de opinar em questões organizacionais, tomadas de decisão coletiva, maior divisão de responsabilidade sobre as decisões (não ficando centrada na direção), auxílio no entendimento da gestão participativa, democratização das informações, fiscalização e elaboração conjunta do PDE e do PPP^{27,29, 30,31,35,38,39,40,41,42,43,44,45,46}.

As dificuldades são a baixa participação do segmento dos pais, não divulgação do planejamento, das reuniões e das ações do conselho, muitos segmentos não sabem quem são seus representantes no conselho, conselhos que não participam da elaboração do PPP e PDE, conselhos que priorizaram a função administrativa e financeira, em detrimento as demais, os conselheiros que não conhecem suas atribuições e nem as funções do conselho, pouca autonomia com formas de controle por parte da gestão.

Discussão

Na implantação dos conselhos foi verificado que em locais onde os conselhos foram implantados de uma forma mais verticalizada^{9,23,26,31,35,38}, sem o diálogo com a comunidade, sem o envolvimento plural, e sem o processo de capacitação para todos os envolvidos, ocorreu a falta de participação, pois a comunidade não entendeu o que estava sendo construído. Os conselhos devem ser de vontade da comunidade, o problema principal, nesses casos, não foi a institucionalização em si, mas a forma como foi entendida e colocada em prática. Institucionalizar a participação é garantir que se tenha, como direito, um espaço de diálogo dentro do setor, porém, nos casos apresentados nos artigos, a participação acabou por ser entendida como uma obrigação burocrática, o que prejudicou o seu real sentido e não refletiu as demandas da comunidade^{21,35}.

No estudo de Hevia²⁸, as formas de participação onde as reclamações foram feitas de maneira individual diretamente aos gestores, e com movimentos de protesto foram mais efetivos do que a participação através dos conselhos escolares institucionalizados. Contudo, nesses casos, a participação é pontual e imediata,

essas formas de participação são importantes, contudo é necessário que elas sejam integradas e retroalimentadas por formas de participação contínuas, institucionalizadas como garantia de direito.

Um dos grandes desafios da institucionalização é realizá-la de forma que ela não perca sua essência quando parte da gestão. Há necessidade de diálogo entre as diferentes formas de participação, para que elas contribuam e revigorem as políticas públicas de participação, sendo constantemente aperfeiçoadas, discutindo sobre o seu papel e tomando consciência de seus limites, e a partir disso identificar, criar e possibilitar o surgimento de novas formas de participação. Há possibilidades de utilização das estruturas participativas e canais de comunicação já existentes, se houver a mediação com as transformações que estão ocorrendo, valorizando o novo e fazendo desses espaços fontes de avanço democrático⁴⁷.

A institucionalização é um é um processo relevante, porém contraditório, onde de um lado originam-se novos processos relacionais, oportunidades e garantia de espaços dentro dos órgãos públicos, e por outro, pode haver impactos indesejáveis para os setores da sociedade civil que participam. Um exemplo são conselhos gestores onde os 'representantes dos usuários' são pessoas escolhidas pelo próprio gestor para ocupar o cargo, e acabam por se tornar órgãos de legitimação, não cumprindo o papel que lhe é devido^{32,48}. Esses desvios da legislação poderiam ser minimizados se a sociedade civil estivesse fortalecida para reivindicar o espaço que lhe é de direito.

Nesse sentido, o empoderamento da comunidade se faz essencial para que ela possa se apropriar desses espaços de participação, bem como a abertura política da gestão e dos setores de governo. O empoderamento vem sendo compreendido como o estímulo das potencialidades, melhorando o acesso a informação e autonomia, objetivando tornar a participação efetiva, principalmente daqueles grupos marginalizados pela sociedade. Um de seus aspectos centrais está associado à possibilidade de que o âmbito local promova interações políticas capazes de trazer à tona o debate sobre a opressão, a desigualdade e acesso às oportunidades sociais⁴⁹.

Algumas das experiências apresentadas relataram maneiras de envolver a comunidade nos conselhos locais, sendo realizadas ações educativas e de

capacitação sobre participação social, conscientização social, mobilização e articulação comunitária^{7,16}.

No relato de Ponte e colaboradores¹⁶, o CMS reuniu equipes dos conselhos locais existentes, movimentos sociais e equipes de saúde para uma análise situacional quanto ao funcionamento atual dos mesmos, um profissional com experiência em controle social foi o articulador, e foram convidados mobilizadores voluntários de cada comunidade, esses mobilizadores passaram por formação específica para essa função. Para sensibilização da população do território realizou-se seminários de educação popular, e por fim foi criada uma coordenação de mobilização e participação popular para realizar ações de educação continuada, com dotação orçamentária própria. Esse esforço contribuiu para a divulgação do conselho local e incluiu a comunidade no processo, demonstrando bons resultados.

A qualidade da participação perpassa pela capacitação e educação popular. Os estudos analisados na revisão bibliográfica citaram o desconhecimento dos conselheiros sobre o seu papel^{8,25,25,29,30,43,44,45}. Essas lideranças comunitárias podem se tornar replicadores desse conhecimento adquirido e fortalecer o exercício do controle social. Por isso, a formação de conselheiros não se trata apenas do repasse de teoria, mas de uma ampliação dos conceitos de cidadania, política e participação⁵⁰.

Esses processos educativos devem ocorrer por meio de programas e projetos continuados, de iniciativa de cada conselho, e ser atualizados conforme as demandas e temas do sistema de saúde. Os conselhos podem contar com o auxílio de instituições, entidades e técnicos para desenvolver as atividades de capacitação⁵¹. Ainda, as atividades devem ter como norte as competências do conselho, realizar a identificação das dificuldades enfrentadas pelos conselheiros e maneiras de superá-las. E, principalmente, preparar os conselheiros técnica e politicamente para que o conselho não se torne legitimador de propostas porque aparentam ser difíceis de compreender.

Considerando que a participação não está ligada somente à motivação pessoal, as condições que os indivíduos têm para participar das reuniões são um fator relevante. Nos conselhos escolares há dificuldade de participação dos pais enquanto nos conselhos de saúde a dificuldade de participação é do segmento dos

usuários, sendo citado que o tempo despendido nas reuniões e falta de um cronograma dificultam a participação. Marcar capacitações e reuniões em dias e horários alternados e disponibilizar um cronograma semestral ou anual poderão favorecer a participação da comunidade⁵². O contexto social influencia a participação, as desigualdades acentuadas são refletidas em oportunidades assimétricas de participar. Os segmentos da sociedade com melhores recursos culturais, políticos e econômicos têm mais incentivo, em vista que a carência desses recursos, a desigualdade de classe, gênero e raça influenciam as dimensões objetivas e subjetivas e geram um impacto negativo nas oportunidades de participação popular^{24,53}.

O estudo O'Meara e colaboradores¹⁸ verificou que o levantamento de prioridades e de ações que foi realizado nas comunidades locais apresentaram elementos não abordados em outros níveis decisórios. Por essa razão, essas informações foram desconsideradas no planejamento de governo e não houve financiamento suficiente para desenvolver as ações nas comunidades locais.

As pactuações, como as de planejamento, nem sempre se concretizam perante a falta de instrumentos jurídicos formais para vincular as esferas governamentais com os conselhos locais. A percepção da limitação de ação dos conselhos locais reduz o interesse na participação, por isso é tão importante se investir na articulação entre as instâncias de poder. A falta de definições sobre a competência das instâncias locais também dificulta sua organização. Dessa forma, a elaboração de instrumentos para dar suporte jurídico e administrativo a esses espaços de participação democrática serve como defesa da sua autonomia e da tomada de decisões locais¹⁵.

Essa percepção corrobora com o estudo de Miwa e colaboradores⁸, observando que, a resolução do CNS nº 453, apesar de mencionar os CLS, não discorre sobre sua atuação, organização ou composição, contribuindo para sua pouca visibilidade e aumentando os desafios para sua atuação, reconhecimento e compreensão de suas finalidades.

Conclusão

Os conselhos locais em ambos os setores, saúde e educação, possuem desafios para sua organização e funcionamento, foram citados nos artigos

selecionados: falta de infraestrutura, recursos financeiros escassos ou ausentes, capacitação e educação continuada dos conselheiros, desconhecimento por parte da comunidade acerca do funcionamento do conselho, dificuldade de diálogo com instâncias de governo e gestores e a falta de definições sobre a competência das instâncias locais.

Não se defende que os conselhos locais sejam órgãos excessivamente normativos. Há clareza que cada local tem diferenças em seu contexto ambiental, cultural, socioeconômico, nas formas de comunicação, e que cada conselho deve ser adaptado à realidade local. Porém, há que se ter uma definição a que esses conselhos se prestam, qual o seu papel e qual a concepção da sua integração no sistema de saúde e de educação, quais as articulações institucionais devem fazer para realmente contribuir com a participação social no planejamento local e de governo.

Finalmente, colocam-se os efeitos positivos citados, constituir um espaço educativo, de interação entre diferentes níveis e setores, conscientização política e social, planejamento participativo, formação de vínculo na comunidade, fluxo de informações horizontal, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas.

É possível utilizar esses espaços democráticos para a participação social efetiva, porém devem ser implantados com o envolvimento da comunidade, capacitação e educação continuada de seus conselheiros, e prestigiar a abertura política e o diálogo entre diferentes setores, esferas e níveis de tomada de decisão.

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001."

Referências Bibliográficas

1. Milani CRS. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. *Rev. Adm. Pública*. 2008 mai./jun; 42(3): 551-579.
2. Gomes EGM. *Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições [dissertação]*. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2003. 110f.

3. Ministério da Educação (Brasil), Secretaria de educação básica. Conselhos Escolares: Democratização da escola e construção da cidadania. Brasília: Ministério da educação; 2004a. 57p.
4. Brasil. Lei Nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Brasília: Senado Federal; 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm.
5. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Senado Federal; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.
6. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 9p.
7. Botija P, Botija M, Navarro, J. Implementación de estrategias y herramientas de coordinación sociosanitaria en un departamento de salud. Gac Sanit. 2018 jul./ago; 32(4):386-389.
8. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. Saúde Soc. 2017; 6(2):411-423.
9. Lisboa EA, Sodré F, Araújo MD, Quintanilha BC, Luiz SG. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. Trab. Educ. Saúde. 2016 set./dez; 14 (3):679-698.
10. Amorim PEGB. Controle social no município de Vitória da Conquista: uma análise dos temas e assuntos, sob a perspectiva legal, abordados pelos conselhos locais de saúde [dissertação]. Vitória da Conquista: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015, 93f.
11. Busana JA; Heidemann ITSB, Wendhausen ÁLP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. Texto Contexto Enferm. 2015 Abr-Jun; 24(2): 442-9.
12. Oliveira AMC, Dallari SG. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. Physis Rev. de Saúde Coletiva. 2015; 25 (4):1059-1078.
13. Vale PRLF, Lima M M. Ser Conselheiro Local de Saúde em Feira de Santana, Bahia. Rev. baiana saúde pública. 2015 jun; 39 (4):723-739.
14. Bispo Junior JP, Martins PC. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. Saúde Debate. 2014 jul./set; 38 (102): 440-451.

15. Floresta WMC. Espaços participativos em saúde na Atenção Primária: itinerários descritivos no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014, 127f.
16. Ponte HMS, Lopes Filho JO, Feijão JRP, Souza FL, Santos EV, Soares CHA. O Caminho se Faz ao Caminhar: processo de reativação de Conselhos Locais de Saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. *Saúde Soc.* 2012 21 (1): 234-243.
17. Bispo Júnior JP, Martins PC. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis Rev. de Saúde Coletiva.* 2012; 22(4): 1313-1332.
18. O'Meara WP, Tsofa B, Molyneux S, Goodman C, McKenzie FE. Community and facility-level engagement in planning and budgeting for the government health sector – A district perspective from Kenya. *Health Policy* 2011 Mar; 99(3): 234–243.
19. Ribeiro FB, Nascimento MAA. Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re)significação do “ser sujeito”. *Rev. Baiana saúde pública.* 2011 jan./jun; 35(1):151-166.
20. Pereira FWA. A participação popular em conselhos locais de saúde de Camaçari-BA: Um olhar a partir do envolvimento dos usuários [dissertação]. João Pessoa: Programa de pós graduação em educação; Universidade Federal da Paraíba; 2011. 80f.
21. Matuoka RI, Ogata MN. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. *Rev. APS.* 2010 out./dez; 13 (4): 396-405.
22. Oliveira ML, Almeida ES. Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde Soc.* 2009; 18(1):141-153.
23. Sousa RMRB. A participação popular em saúde: um recorte sobre o conselho gestor da unidade de saúde da família no bairro do Bom Retiro em São Paulo [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós Graduação Em Infecções e Saúde Pública, Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2005. 82 f.
24. Abelson J. Understanding the role of contextual influences on local health-care decision making: case study results from Ontario, Canada. *Soc. Sci. Med.* 2001 Set; 53 (6):777-93.

25. Oliveira A. A participação popular nos conselhos populares de saúde no município de Criciúma-SC [dissertação]. Florianópolis: Programa de pós graduação em saúde coletiva; Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.125f.
26. Barbosa GP. A implementação do conselho escolar como estratégia de gestão democrática em uma escola no município de Apuí – AM [dissertação]. Juiz de Fora: Faculdade de educação; Universidade Federal de Juiz de Fora; 2017. 96f.
27. Buraki G.A. gestão democrática e os conselhos escolares na rede pública municipal de ensino de Cascavel - PR: implantação, limites e possibilidades [dissertação]. Cascavel: Programa de pós graduação em educação; Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2017. 172f.
28. Hevia F. Dinámicas de relación sociedad-Estado en la educación en Veracruz, México. *Perf. latinoam.* 2017 jan.-jun; 25(49):1-26.
29. Souza MPA. O funcionamento efetivo do conselho escolar como prática de gestão democrática [dissertação]. Juiz de Fora: Faculdade de educação; Universidade Federal de Juiz de Fora; 2017. 98f.
30. Aquino JM. Avaliando o conselho escolar nas escolas de ensino médio no município de Natal/RN [dissertação]. Natal: Programa de pós graduação em administração; Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.110f.
31. Castro MLS. Conselho escolar: a busca pela solução de entraves no funcionamento do trabalho pedagógico [dissertação]. Juiz de Fora: Faculdade de educação; Universidade Federal de Juiz de Fora; 2016. 85f.
32. Dublante CAS. Gestão democrática: o processo de representação nos conselhos escolares na rede pública municipal de São Luís, MA [tese]. Natal: Programa de pós graduação em Educação; Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016. 338f.
33. Lozano CG. El Consejo Escolar del Instituto Nacional (José Miguel Carrera) desde una perspectiva de deliberación curricular. *Estud. pedagóg.* 2016; 42(2)207-226.
34. Pereira AC. Democratização da gestão e conselho escolar: o caso de uma escola pública no município de Ipubi/ PE [dissertação]. João Pessoa: Programa de mestrado profissional em gestão e organizações aprendentes; Universidade Federal da Paraíba. 2016. 101f.
35. Carozzi ES. Organização e gestão escolar: uma análise do conselho escolar na rede pública municipal de Cascavel [dissertação]. Cascavel: Programa de

- pós graduação em educação; Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2015. 190f.
36. Pereira R. Escola e participação: um estudo sobre os conselhos escolares em Aracaju-SE [dissertação]. São Cristovão: Programa de pós graduação em educação; Universidade Federal de Sergipe; 2014. 372f.
 37. Cavalcante MSS. Conselho escolar e a configuração de uma democracia contra-hegemônica na gestão da escola pública: considerações a partir do princípio da comunidade [dissertação]. João Pessoa: Programa de pós graduação em educação; Universidade Federal da Paraíba; 2014. 210f.
 38. Dutra RSCS. Gestão e processo de implantação do Conselho Escolar nas escolas públicas municipais de Manaus – zona leste (2008-2013) [dissertação]. Manaus: Programa de Pós-Graduação em Educação; Universidade Federal do Amazonas; 2013. 103f.
 39. Marques LR. A formação de uma cultura democrática na gestão da escola pública: analisando o discurso dos conselheiros escolares. Educ. Soc. 2012 out./dez.; 33(121):1175-1194.
 40. Mendes Neta MAH. Conselhos Escolares na Rede Municipal de Ensino de Salvador: organização, dinâmica e funcionamento [dissertação]. Salvador: Faculdade de Educação; Universidade Federal da Bahia; 2013. 120f.
 41. Monteiro EC. Gestão escolar democrática: a participação dos conselhos escolares na rede municipal de Campina Grande (PB) [dissertação]. João Pessoa: Programa de pós graduação em educação; Universidade Federal da Paraíba; 2013. 214f.
 42. Lelis LFG. As interfaces dos Conselhos Escolares do Sistema Municipal de Ensino de João Pessoa [dissertação]. João Pessoa: Programa de pós graduação em educação; Universidade Federal da Paraíba; 2010. 130f.
 43. Matos ECV. A atuação do Conselho Escolar na gestão da Educação: um estudo de caso no Município de Olinda-PE[dissertação]. [Recife]: Programa de pós graduação em educação; Universidade Federal de Pernambuco; 2006. 173f.
 44. Santos TS. Participação do conselho deliberativo escolar na democratização da gestão da escola [dissertação]. Florianópolis: Programa de pós graduação em educação e cultura; Universidade do Estado de Santa Catarina; 2006.
 45. Carneiro MJMC. O Conselho Escolar como espaço de participação: uma reflexão sobre a prática nas escolas públicas estaduais do Município de Fortaleza [dissertação]. Fortaleza: Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas; Universidade Federal do Ceará; 2005, 166f.

46. Marques LR. O projeto político pedagógico e a construção da autonomia e da democracia na escola nas representações sociais dos conselheiros. *Educ. Soc.* 2003 ago.; 24 (83): 577-597.
47. Escorel S, Arouca LE. Democracia e participação: para além das dicotomias. *Saúde debate.* 2016 dez; 40(spe):39-48.
48. Gohn MG. Participação de representantes da sociedade civil na esfera pública na América Latina. *Política Sociedade.* 2011 abr.; 10(18):223-244.
49. Wendhausen ALP, Barbosa TM, Borba MC. Empoderamento e Recursos para a participação em Conselhos Gestores. *Saude soc.* 2006 set-dez; 15(3):131-144.
50. Carvalho RC; Rio AP, Sakaguchi, DS, Carotta F. Análise da pactuação para a execução do curso de formação de conselheiros de saúde para o controle social no SUS: trilhando novos caminhos [Especialização]. São Paulo: Centro formador de pessoal para a saúde de São Paulo; 2017.
51. Ministério da Saúde (Brasil); Conselho Nacional de Saúde. Planejamento com enfoque estratégico: Uma contribuição para o SUS. 2002. [Citado em: 10 novembro 2018] Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_capacitacao.pdf.
52. Dutra GS, Afonso MLM. A implementação e funcionamento dos conselhos escolares: dificuldades, potencialidades e desafios. *Rev Ibero-americana Educ.* 2017; 73(2):23-44.
53. Ferro MCT. Desigualdades e participação improvável: contestando subjetividades subalternas no movimento de moradia de São Paulo [Tese]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; Universidade Estadual de Campinas. 2018. 317f.

4.2 ARTIGO II: PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE: ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

Community participation: organization of Local Health Councils

Resumo

O objetivo do artigo é compreender o funcionamento dos CLS, sua organização e o papel dos atores neles envolvidos, e realizar um levantamento de pontos essenciais para a organização dos conselhos locais de saúde (CLS). Trata-se de estudo qualitativo através de entrevistas semiestruturadas com especialistas no tema e análise temática. Como resultados apresentam-se três temas: Participação da Comunidade, onde se recomenda que profissionais e gestores conheçam e interajam com a comunidade, considerando sua história, cultura e contexto territorial, de forma que o CLS seja um espaço de diálogo, escuta e acolhimento entre profissionais, gestores e usuários; Formação, voltado para capacitação e qualificação da participação, sendo o CLS um espaço para promover essas atividades e se favorecer delas; e Organização dos CLS, que destaca a necessidade de definição de competências e papéis do CLS, bem como de aspectos operacionais como espaço físico, financiamento, construção coletiva de pautas, registro das reuniões, monitoramento dos encaminhamentos e articulação com o conselho municipal de saúde. Sugere-se que sejam realizadas orientações a nível nacional, esclarecendo os papéis e a atuação dos CLS, ofertando suporte teórico para facilitar sua organização.

Palavras-chave: Participação da Comunidade. Participação social. Saúde Pública. Conselhos de saúde.

Abstract

The aim of this article is to conduct a survey of essential points for the organization of Local Health Councils (LHC) to promote community participation. This is a qualitative study through semi-structured interviews with specialists in the theme and thematic analysis. As results, three themes are presented: Community Participation, which recommends that professionals and managers know and interact with the community, considering their history, culture and territorial context, so that the LHC is a space for dialogue, listening and welcoming among professionals,

managers and users; Formation, directed to the training and qualification of participation, being the LHC one space to promote these activities and to favor them; Organization of the LHC, which highlights the need to define competencies and roles of LHC, as well as operational aspects such as physical space, financing, collective construction of schedules, registration of meetings, monitoring of referrals and articulation with the municipal health council. It is suggested that guidance be developed at the national level, clarifying the roles and actions of the LHC, offering theoretical support to facilitate their organization.

Keywords: Community Participation. Social participation. Public Health. Health Councils.

Introdução

A tomada de decisão compartilhada na gestão pública eleva o grau de complexidade do processo decisório, exigindo negociação e qualificação dos atores envolvidos nesse processo dinâmico¹. Para que haja qualificação, é essencial o entendimento do significado de participação e de corresponsabilização. Desse modo, os conselhos de saúde, além de espaços de participação, podem ser espaços de educação popular e capacitação².

O diálogo acontece com mais facilidade quando se está próximo. Nesse sentido, foram criados os conselhos locais de saúde (CLS), que são espaços mais próximos aos usuários, geralmente funcionam na unidade básica de saúde (UBS) e conseguem absorver com maior facilidade as demandas da comunidade³.

A participação da comunidade como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um avanço no processo democrático brasileiro, abrindo possibilidade para novos mecanismos participativos⁴. A democracia participativa tem como idéia central a expressão da pluralidade social, inclusive nas políticas públicas, incentivando e criando canais de participação⁵.

Os conselhos e conferências de saúde estão assegurados pela Lei Federal 8.142 de 1990 e são formas de participação da comunidade⁶. Os conselhos são órgãos deliberativos e permanentes do SUS, nos quais há participação de atores do executivo e da sociedade civil, com intuito de propiciar diálogo, corresponsabilização e participação nas políticas públicas⁷.

Considerando-se que quanto maior a participação dos sujeitos afetados pelo processo decisório, mais chances se têm de atingir resultados que melhor expressem suas necessidades⁸, os CLS podem ser espaços que capilarizam e tornam a gestão da saúde mais democrática.

A importância dos CLS é destacada por conselheiros locais de saúde no estudo de Bezerra, Costa e Oliveira (2014)⁹, como um instrumento de participação e execução de ações que favorecem a melhoria a qualidade de vida e saúde da comunidade, como por exemplo, participando do planejamento de saúde, auxiliando na identificação das necessidades de saúde e propondo estratégias, na defesa dos direitos da comunidade e no acompanhando da execução das políticas locais.

Ainda, segundo estudo de Gregório e colaboradores (2017)¹⁰, eles constituem-se como importantes espaços de promoção de saúde, de fortalecimento da cultura participativa e que podem contribuir para a formação de uma concepção ampliada de saúde e ações de intersetorialidade.

Os CLS apresentam legislações municipais definidas; entretanto, não possuem uma normatização orientadora que os situe dentro do desenho nacional do sistema de saúde. Além da breve caracterização legal, dada pela Portaria/MS nº 2.436 de 2017¹¹ e pela Resolução do CNS nº 453 de 2012¹², os CLS apresentam obstáculos para se concretizarem, a começar pelo pequeno número de informações disponíveis sobre eles, sua pouca visibilidade, e o conteúdo insuficiente para o entendimento da dinâmica nas tomadas de decisão local¹³. Sendo assim, o objetivo da presente pesquisa foi compreender o funcionamento dos CLS, sua organização e o papel dos atores neles envolvidos, realizando um levantamento de pontos essenciais para sua organização.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo sobre o tema da participação da comunidade a partir dos CLS.

Os dados primários foram coletados por entrevistas semiestruturadas, realizadas entre 17 de setembro e 19 de dezembro de 2018. Os participantes foram selecionados de forma intencional a partir de busca na literatura, consulta ao *currículo Lattes* e indicação de outros participantes, obedecendo aos critérios de

aproximação do tema proposto e atuação profissional no setor saúde, independente da formação.

A identificação a partir da literatura ocorreu durante revisão bibliográfica prévia sobre participação da comunidade, de acordo com a maior frequência do nome do autor/ pesquisador nos artigos e referências bibliográficas. A consulta ao *currículo Lattes* foi realizada no site da Plataforma *Lattes*, com busca por “conselhos locais de saúde” no campo “Assunto (Título ou palavra chave da produção)” e filtros de busca “Bolsista de produtividade - 1A, 1B, 1C” e “Brasil”. O currículo dos pesquisadores foi aberto para verificar a pertinência com o tema saúde.

A indicação por outros participantes da pesquisa ocorreu a fim de identificar pessoas com experiência prática em participação comunitária que não estivessem ligadas ao meio acadêmico. Essa técnica é conhecida como bola de neve, que consiste em informantes chave indicarem novos informantes, que se encaixem nos critérios de participação da pesquisa. A coleta de dados por entrevista cessou quando se identificou saturação de conteúdo.

O contato com os participantes ocorreu por *e-mail*. Quando ao primeiro contato não houve resposta, realizaram-se duas outras tentativas com intervalo de quinze dias entre elas. A ausência de resposta após esse período excluía o participante da pesquisa.

O roteiro de entrevista foi elaborado pelas autoras e duas entrevistas piloto foram realizadas, com posterior ajuste em questões identificadas como similares e com dificuldade de compreensão. As entrevistas tiveram tempo médio de duração de 51 minutos e foram gravadas utilizando o aplicativo *Gravador de Voz Fácil* versão 2.6.0 para Android, da empresa *Digipom*®. Vinte e quatro participantes foram contatados, dez aceitaram participar da pesquisa e, destes, quatro optaram por realizar a entrevista via vídeo chamada porque residiam em outras cidades. Nestes casos, o termo de consentimento livre e esclarecido foi encaminhado via *e-mail* e, após o aceite, houve o retorno da cópia digitalizada e assinada pelo participante. O local das entrevistas presenciais foi escolhido pelos informantes, sendo cinco delas realizadas em ambiente universitário e uma na residência do participante.

A análise temática foi realizada de maneira indutiva, com os temas identificados conforme as etapas seguintes: (a) familiarização com os dados,

buscando significados e padrões; (b) codificação inicial dos dados; (c) agrupamento de dados que possuíam a mesma codificação, retirando-os do transcrito; (d) checagem se os temas representavam satisfatoriamente o material codificado e sua coerência; (e) refinamento dos temas criados de acordo com a pergunta de pesquisa; (f) análise final dos dados, fornecendo evidências de que os temas representavam os dados¹⁴.

Uma pesquisadora realizou as transcrições manualmente e duas pesquisadoras realizaram a análise temática de forma independente. Ao fim da análise, houve comparação dos resultados e as divergências foram discutidas até o consenso.

A pesquisa faz parte de uma dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, seguiu as normas éticas contidas na Resolução 510/2016 do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa sob parecer 2.878.929. Com o objetivo de garantir o anonimato dos informantes, sua designação foi feita a partir da letra “I”, seguida de um numeral.

Resultados e Discussão

Entre os participantes contatados, nove foram selecionados a partir de busca na literatura, quatro por busca na Plataforma Lattes e onze por indicação de participantes. Respectivamente seis, dois e dois declinaram por falta de tempo, e quatro não responderam. Dez participantes foram incluídos na pesquisa, sete do sexo feminino. Dentre eles, havia oito docentes de ensino superior e pesquisadores do tema, a maioria com experiência na assistência e na gestão em saúde, um profissional da área do direito com experiência em conselho de saúde, e um conselheiro de saúde e de alimentação e nutrição escolar.

A análise temática resultou em três temas, sendo o último dividido em dois subtemas (Quadro 1).

Quadro 1: Resultado da análise temática, segundo as citações mais representativas por tema e subtema.

Tema	Citação
Participação da comunidade	<p>“[...] uma das possibilidades de efetivação do direito à saúde é por meio da participação social.” 112.</p> <p>“[...] nossa história democrática é estreita [...] são pessoas que vão aprender a serem atores sociais na medida em que esses espaços [...] aumentarem de importância.” 19.</p>

	<p>“[...] Conselho local [...] podem ajudar se articulando com o decisor [...] tornando a participação social mais capilarizada, ou seja, as pessoas estão lá perto, vivenciando seus problemas e também participando e sendo corresponsáveis pelas decisões.” I4.</p> <p>“[...] seria o espaço de diálogo [...] um espaço horizontal.” I4.</p>
Formação	<p>“[...] educação [...] é a gente trabalhar com as pessoas pra elas se entenderem como sujeito de direito né, como essa questão da cidadania.” I12.</p> <p>“[...] formação para que tenha compreensão de quais são os limites da sua atuação.” I4.</p> <p>“[...] criar um espaço que tivesse uma dinâmica de funcionamento pautada por uma lógica da educação popular [...] de respeito aos saberes da comunidade.” I7.</p> <p>“[...] tem que ter um espaço também de saber.” I6.</p>
Organização do CLS	
Definição de competências	<p>“[...] não tá, tá definido o papel do conselho municipal, mas os CLS só tá dito que são necessários, mas não temos.” I4.</p> <p>“[...] o conselho local ele deve ser um local de avaliação de todas as propostas que vierem da comunidade [...] de deliberação e encaminhamento de todas essas questões que afetam aquela unidade.” I9.</p> <p>“[...] ele tem que defender as questões de saúde daquela comunidade.” I11.</p> <p>“[...] fiscalização [...] mobilização e denuncia, são três papéis fundamentais do conselho local.” I10.</p> <p>“[...] eles só têm o poder de pressão, ele não tem outro poder.” I5.</p>
Aspectos operacionais	<p>“[...] espaço físico [...] tem que ter um computador, internet, impressora, tem que ter acesso a recursos.” I3.</p> <p>“[...] fazer com que os conselhos de fato possam ter uma pauta, uma dinâmica própria, né, possam ter uma personalidade mais formal no sentido de se tornarem relevantes pra gestão.” I9.</p> <p>“[...] as demandas vão chegar [...] vão ter que ser elencadas por prioridade.” I11.</p> <p>“[...] alguns grupos que podem acompanhar essas demandas [...] tem que ser um documento formalizado... tem que ter uma coisa escrita.” I8.</p> <p>“[...] não precisa ser paritário, precisa representativo, [...] os principais porta vozes daquela comunidade deveriam estar dentro do conselho local.” I9.</p>

Fonte: Autores.

Tema 1: Participação da comunidade

Esse tema reflete a importância da participação da comunidade, as formas como ocorre e os elementos para que seja incentivada, associando-a aos CLS.

O nível local foi considerado importante por ser a base de estabelecimento de vínculos com a comunidade, onde sua participação é mais capilarizada. A comunidade vivencia os problemas do território, define as prioridades, apresenta sugestões, participa e torna-se corresponsável pelas decisões.

“[...] uma lógica de planejamento, né? de participação ascendente [...] seria muito importante você ter essa participação, esse locus de empoderamento social no território onde ocorre todas as questões de interesse da saúde pública.” (I9).

O território é a base da atuação da Estratégia Saúde da Família, é um espaço ativo, produto da dinâmica social e interação entre os sujeitos daquele local, envolvendo as dimensões cultural, política, social e ambiental. Conhecer o território facilita a identificação das necessidades de saúde e auxilia na definição de estratégias coerentes com a realidade local¹⁵.

Os entrevistados acreditam que a participação é incentivada a partir do momento em que há o fortalecimento dos espaços participativos e a consideração das questões ali levantadas na tomada de decisão. O fortalecimento do vínculo com a unidade de saúde e com a gestão são ferramentas que a comunidade pode utilizar para ampliar a participação local. Assim, o CLS foi citado como espaço que facilita o processo participativo.

“[...] então quando eu tenho algo instituído que cria esse caminho, eu facilito o processo, e aí com o tempo a tendência é que mais atores se envolvam [...] então os conselhos locais de saúde, eles são muito importantes pra garantir, abrir um canal de participação.” (I7).

Em uma revisão de literatura, Fernandes, Spagnuolo e Basseto (2017)¹⁶ trazem os CLS como ferramentas intitucionalizadas que favorecem a participação da comunidade, onde profissionais de saúde, usuários e gestores podem melhor debater e buscar solucionar as demandas locais.

A compreensão da bagagem histórica que envolve cada população contribui para o grau de participação da comunidade, a exemplo do que ocorre no Brasil. Os períodos de ditadura militar, de retrocessos da democracia e dos direitos conquistados trouxeram consequências para a cultura participativa, que é localmente incipiente, e para a compreensão incompleta da participação, que ultrapassa o sentido de delegar a outros a responsabilidade das ações, como nas eleições.

“[...] então a gente aprendeu a vincular o processo democrático à eleição de políticos, para que eles exercessem então as vontades do povo, [...] e a gente vem vivendo isso até hoje” (I7).

A democracia participativa, aqui tratada nos moldes de Pateman, incentiva que a participação seja vivida rotineiramente, com processos democráticos ocorrendo nos locais de trabalho, escolas, comunidades, suscitando uma retomada coletiva da autonomia. A participação também proporcionaria uma melhor capacidade de interlocução com os representantes e fiscalização de suas ações. Portanto, a participação desde a base não substitui a representação, mas possibilita, combinada com a descentralização e qualificação dos representados, ampliar a qualidade da representação¹⁷.

Outro ponto abordado foi o processo de diálogo e o reconhecimento das influências políticas que permeiam o local: quem são suas lideranças, quem tem a voz representativa dos anseios da comunidade. Quando se estabelece comunicação e a articulação entre esses grupos, inicia-se o movimento de participação. Por outro lado, a gestão deve ter espaços participativos, quando não ocorre, os CLS tornam-se ferramentas para o tensionamento em busca desse espaço. Apesar da lógica da participação institucionalizada ser voltada para a negociação, muitas vezes, é através da pressão e do conflito que se conquistam as reivindicações¹⁸.

Outra questão expressivamente citada foi o envolvimento dos profissionais e sua abertura para a participação dos usuários, de forma a reconhecer tanto o saber técnico quanto o saber popular. Isto inclui acolher os interesses dos usuários para que eles participem das decisões sobre seu cuidado e do aprimoramento do serviço.

“[...] essa história de que a saúde da gente é propriedade do pessoal da saúde [...] impedia muito a participação por que na medida em que tu é submetido, tu vê um profissional, um secretário, como alguém que sabe, e tu como alguém que não sabes, como é que tu vai participar?” (15).

“[...] então a comunidade precisa dialogar, mas os profissionais precisam querer escutar [...] às vezes eles [profissionais] fazem na comunidade é palestra de grupo, então não se aprende a realmente dialogar, a construir esses espaços mais interativos [...] precisamos constituir espaços que sejam nessa direção, né, de acolhimento.” (16).

Coriolano-Marinus *et. al* (2015)¹⁹ identificaram, na percepção dos usuários, dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde, pouca escuta e descuido com a forma de expressão, essa combinação gerou temor em fazer

perguntas, desconfiança e comprometeu o diálogo. Esse tipo de comunicação instrumental, quando ocorre somente o repasse de informações, foi corroborada pelos profissionais, que relataram preocupação em repassar o conhecimento técnico e não citaram a preocupação em manter um diálogo com o usuário do serviço.

Em resumo, a estratégia de saúde da família tem o compromisso com a participação da comunidade. A depender do contexto, será necessário um estímulo da equipe para os CLS serem formados e para a mobilização junto à gestão municipal. Os agentes comunitários de saúde (ACS) podem auxiliar nesse processo, como mediadores entre a população e a equipe de saúde, na identificação de problemas, trazendo para o debate questões da comunidade e estimulando a produção coletiva de conhecimento e ações²⁰.

Tema 2: Formação

Neste tema são apontados: a fragilidade da formação política da população, a falta de informação sobre a existência dos conselhos de saúde e o pouco entendimento sobre seu papel, e estratégias de reversão desse quadro.

A formação política é dada como essencial para a participação da comunidade, favorecendo e qualificando tanto a participação direta quanto a participação dos conselheiros, numa lógica de corresponsabilização.

Essa formação pode ocorrer através da educação popular, que não é considerada uma forma verticalizada de transmitir conhecimento para a população, mas uma construção conjunta com ela, abrindo possibilidade de produção de um conhecimento emancipador. É uma forma de fomento da reflexão, da luta em favor da justiça e do direito, contra a alienação e manutenção do *status quo*²¹.

“[...] eu acho que existe uma falta de informação dos direitos mesmo e da importância desse conselho né” (I11).

“[...] uma das principais alternativas é essa educação mesmo, em direito, em participação social. [...] Então eu acho que a gente precisa conscientizar melhor, tanto a população quanto os profissionais e também os conselheiros quanto ao seu papel nesse processo” (I12).

Lisboa *et al.* (2016)²² identificaram pouco conhecimento da comunidade sobre os CLS existentes no município analisado e que os conselheiros locais de saúde tinham dúvidas quanto ao seu papel, demandavam capacitações e não eram

ouvidos. Ariño *et al.* (2016)²³ verificaram que os profissionais de saúde não participavam dos CLS e outros afirmavam não ter conhecimento sobre o CLS. Os dois estudos destacaram, portanto, a importância de estimular a participação dos profissionais e a formação para que incorporem a participação nas suas atividades diárias e possam se utilizar do conselho como espaço de encontro.

O espaço do CLS é propício para questionar a concepção de saúde dos usuários do sistema e dos profissionais de saúde, e a forma de organização da assistência na UBS. Norman e Tesser (2015)²⁴ debatem que a integração da promoção e prevenção em saúde com o acesso ao cuidado pode ser fortalecida através da abordagem da população, como o aconselhamento, individual ou coletivo, para práticas saudáveis e a produção de ações que facilitem a escolha dessas práticas. Sendo que o CLS pode fazer parte da estratégia para diálogo com a população e para ajustes no processo de trabalho da unidade de saúde.

“[...] o que é saúde pra eles? [...] quantas vezes, é, eles pensam que saúde é só ficar doente, ir pro hospital, ir pra unidade de saúde [...] a população tem que saber que existe outro patamar de saúde que não é esse só da assistência”. (I8)

A tomada de consciência do sujeito como detentor da decisão de participar não deve desresponsabilizar o Estado, que deve propiciar as condições e o espaço para o cidadão fazer suas escolhas. Seria um reducionismo atribuir a dificuldade de participação apenas à falta de conhecimento ou consciência²⁵. Também a universidade tem papel na formação política e na qualificação dos espaços de participação da comunidade no sistema de saúde, seja no desenvolvimento de projetos de extensão, como parceira em projetos da gestão municipal, ou ainda na formação dos futuros profissionais de saúde. Conforme relata um dos participantes *“[...] extremamente importante que a universidade compreenda, [...] se envolva, [...] ache isso importante, por que forma opinião né, você tá formando pessoas para o sistema inclusive né, então eu acho que quando você forma profissionais com essa cabeça, que o controle social é importante, você vai ter conselhos locais fortes.”* (I10).

Tema 3: Organização do CLS

Esse tema busca entender qual deve ser o papel dos CLS, levantar alternativas para a sua atuação qualificada, e desenhar aspectos que contribuam

para sua organização. Está dividido em dois subtemas: Definição de Competências e Aspectos operacionais.

No subtema Definição de Competências, todos os entrevistados relataram que o papel dos CLS não está bem delimitado, principalmente quanto a sua capacidade de influenciar a gestão da política de saúde.

“A sensação que eu tenho é que os conselhos não têm definição clara [...] não existe responsabilização [...], acompanhamento e [...] isso significa não se dar importância ‘pra’ essa lógica [...] nós não temos clareza de como funcionam os conselhos” (19).

Não foi relatada a necessidade de uma normatização porque cada contexto local apresenta peculiaridades, mas seria relevante a criação de orientações para o fluxo das decisões tomadas no nível local.

“[...] importante pro conselho local de saúde é uma delimitação clara do seu papel dentro da gestão e da política de saúde, é cada um dos conselheiros entender qual é o seu poder e até onde que ele consegue influenciar dentro do conselho e o que não é possível fazer.” (17).

Os papéis do CLS relatados pelos participantes foram: participar das decisões da UBS; ser um elo entre profissionais, comunidade e gestão; mobilizar a comunidade; fazer tensionamentos para resolver os problemas; levantar as prioridades e organizar as demandas; buscar alternativas; levar informações ao conselho municipal; fiscalizar, avaliar, monitorar e receber e/ou fazer denúncias. Também foi citado o papel de formação e promoção de autonomia, através da educação popular, da qualificação dos conselheiros, da abertura ao diálogo, da troca de informações, da compreensão de seus direitos e deveres e da realização de discussões voltadas a promoção de saúde.

Um aspecto positivo da delimitação dos papéis dos CLS é evitar frustração e desânimo quando as demandas não forem imediatamente resolvidas, considerando-se a complexidade da participação da comunidade, conforme cita o participante:

“[...] o usuário tem essa percepção de que ele vai colocar a idéia dele, e acha que essa idéia tem que ser cumprida, e a coisa não é assim.” (13).

O caráter deliberativo do conselho foi vinculado a questões de financiamento por muitos entrevistados. Tendo em vista que o gestor da UBS não possui

autonomia financeira, os CLS devem ser espaços consultivos em relação aos municípios e ao CMS. Entretanto, as consultas aos CLS deveriam ser relevante nas discussões do CMS através de um mecanismo de priorização das demandas locais.

“[...] eu acho que ele tem que ser consultivo [...] eles têm que participar do municipal pra deliberar junto, né, mas eu acho que, quanto mais você vai pulverizando essa deliberação, aí mesmo você não vai ter resolutividade nenhuma.” (I11).

Houve visões divergentes, nas quais a deliberação foi dada como possível ao CLS para os processos relacionados aos serviços de saúde da unidade, como horários de atendimento, acolhimento e organização da demanda. Porém, as deliberações devem ter coerência com os princípios do sistema de saúde:

“O poder deliberativo [...] ninguém vai lá se reunir pra não ter as coisas [...] como é que se toma essa decisão também deve ser conversado [...] com responsabilidade dentro das questões locais, das questões estruturais, [...] não dá pra gente tomar uma decisão que a gente não vai ter condição de implementar [...]” (I4).

A deliberação pode ter múltiplas interpretações, porém, na questão dos conselhos de saúde, é definida como a tomada de decisão através do debate entre cidadãos²⁶. Já o caráter consultivo reúne funções mais opinativas, com elaboração de propostas, acompanhamento das ações públicas e formulação de recomendações²⁷.

O subtema Aspectos Operacionais apresenta a importância da estrutura física para o funcionamento do CLS: espaço físico que acomode os participantes das reuniões, computador, acesso à internet, impressora e materiais para divulgação. Para isso, alguns dos entrevistados, acreditam que o conselho deveria contar com recurso financeiro garantido pelo município:

“[...] tem que ter um espacinho dele, por mais que seja na unidade de saúde, mas tem que ter autonomia ‘pras’ pessoas que participam do conselho entrar. [...] Os conselhos locais não têm, mas deveriam ter uma legislação que garantisse recursos ‘pra’ ele” (I3).

Entretanto, diante das atuais restrições de investimento ao sistema de saúde, quando o que está em risco é a própria universalidade do sistema, é difícil concretizar recursos para os conselhos locais.

Quanto às formas de comunicação com a comunidade, o CLS pode consultar a comunidade e decidir coletivamente quais as melhores opções: redes sociais, site na internet, jornal, panfleto, cartazes, rádio comunitária. Conforme Oliveira e Dallari (2015),⁴ o fluxo de informações horizontal permite acompanhamento das ações, e amplia o poder de intervenção e participação nas decisões. Sendo assim, o estímulo ao uso dos meios de comunicação, a transparência de informações, a viabilização de estrutura física e o fomento aos espaços públicos que integrem os grupos mais vulneráveis são também deveres do gestor do sistema de saúde, compartilhado com o CLS.

Alguns estudos encontraram como desafios a precariedade de estrutura física, pouca autonomia, pouca transparência da gestão municipal e a dificuldade de conciliar reuniões com a rotina diária, trabalho e família, sendo o tempo para ir às reuniões um fator relevante para a participação.^{28,29,30} Também foi relatada a baixa rotatividade de conselheiros, que pode gerar vícios de representação, cansaço dos conselheiros atuantes e problemas de legitimidade.^{31,32,33}

Tais achados corroboram com os do presente estudo, em que as dificuldades mais citadas foram o horário em que são marcadas as reuniões e a falta de rotatividade dos conselheiros locais. Sugeriu-se a realização de pactuação com a comunidade sobre aspectos como periodicidade, dias, horários, quantidade de conselheiros e se haveria ou não a necessidade de ser paritário.

[...] Existe o conselho, [...] só que as pessoas são limitadas na sua participação porque em geral 'tão' no seu trabalho." (I10).

"[...] inventar formas de você inserir a vida da unidade de saúde na vida da comunidade, onde a comunidade se reúne, o conselho vai se reunir também, nas datas, nos horários em que a maior parte da comunidade tá aberta, tá presente né." (I9).

"[...] você tem sempre os mesmos conselheiros de sempre, uma baixa rotatividade." (I12).

A baixa resolutividade dos CLS para os problemas e demandas levantadas nas reuniões também foi vista como uma dificuldade, e tem relação com a falta de interlocução entre usuários, profissionais e gestão. Essa percepção corrobora com o estudo de Busana; Heidemann e Wendhausen (2015)³⁰, onde a falta de resolutividade gerou fragilidade e desmotivação para a participação da população. O estudo apresentou casos em que os gestores influenciavam as pautas das reuniões em seu favor e se utilizavam de termos técnicos para dificultar a compreensão.

Kezh; Bógus; Martins (2016)³⁴ constataram que as pautas de um CMS foram apresentadas em sua grande maioria pelo segmento dos gestores, sendo que os trabalhadores e usuários praticamente não trouxeram assuntos para o debate.

Essa situação pode ser decorrente da intimidação dos demais conselheiros e do maior conhecimento técnico de algumas questões por parte da gestão, assim como pela sua maior disponibilidade de informação.³⁵ Em outro estudo, foi encontrado que os assuntos mais abordados nas reuniões de alguns CLS eram voltadas majoritariamente para as dificuldades com marcação de consulta com especialistas, pedidos por mais médicos, exames, remédios, consultas e procedimentos.³⁶

Uma agenda flexível de pautas deve ser planejada pelo CLS para elencar assuntos de interesse da comunidade. Quanto à dinâmica das demandas, os entrevistados citaram que elas devem ser encaminhadas preferencialmente por escrito, em nome do CLS, e monitoradas, conforme relata o participante I11.

“[...] vão chegar ali, elas vão ter que ser elencadas por prioridade de demanda [...] é organizar essas demandas, a quem compete [...] vai se buscar as entidades que vão estar encaminhando esses problemas.” (I11).

O CLS deve ter autonomia para encaminhar diretamente a quem compete a demanda, entretanto, seria interessante o CLS informar ao CMS o ocorrido. Já as demandas que necessitam ser encaminhadas ao CMS, além do documento, poderia ser encaminhada pelos próprios conselheiros locais, participando das reuniões do CMS e explicando a demanda, para ter também esse espaço de interlocução entre eles. Ficaria à critério de cada conselho se os representantes dos CLS seriam também conselheiros ou ouvintes, mas que haja tempo de fala para eles. O trecho abaixo relata uma experiência de contato entre os dois níveis:

“[...] a reunião do conselho municipal era itinerante, então todo mês ela era feita num bairro, num conselho local [...] ia toda a comunidade participar [...] aí tinha assim uma meia hora ‘pro’ conselho local expor seus problemas e depois era a nossa reunião [...] então eles também viam como é que era nossa reunião, funcionava bem.” (I11).

Considerações finais

O presente estudo reflete a importância da participação da comunidade para o fortalecimento da cidadania, somando forças com a gestão e os profissionais de saúde os quais devem estar abertos ao diálogo e consolidar os conselhos de saúde como meios formais de participação. O CLS deve promover a construção conjunta de saberes, baseando-se na educação popular, em que comunidade, profissionais e gestores possam adquirir conhecimento sobre a participação e política.

O tema de Organização dos CLS revelou a necessidade de esclarecimento dos papéis do conselho nas decisões da UBS e da política municipal de saúde. Para o funcionamento dos CLS foi destacado o espaço físico, recursos materiais e financeiros, bem como definição de horários, processos e fluxos que favoreçam a resolução das demandas e a participação ampla da comunidade. Os conselheiros, sendo representantes da comunidade, devem buscar interlocução constante com ela e com o CMS.

Por fim, destaca-se que os CLS foram vistos como espaços favoráveis para as relações locais, entre os membros da comunidade, as instituições, a gestão local e os profissionais de saúde. Reitera-se que a motivação da pesquisa foi o sentimento de uma falta de clareza dos papéis e da atuação dos CLS, confirmado pela análise temática. Sugere-se que sejam realizadas orientações a nível nacional, esclarecendo os papéis e a atuação dos CLS dentro do sistema de saúde, ofertando suporte teórico para facilitar sua organização. Também, que os conselheiros locais e municipais, profissionais de saúde e gestores definam os fluxos das demandas locais, criem suporte administrativo e estrutural aos CLS a fim de reconhecer o âmbito local como integrante do sistema de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Kleba ME, Zampirom K, Comerlato D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Saúde Soc. São Paulo* 2015; 24 (2):556-567.
2. Bernardes FM. A percepção do direito a saúde: para explorar formas de organização coletiva. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
3. Oliveira AMC, Dallari SG. Análise dos fatores que influenciam e condicionam a participação social na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* 2017; 41(3): 202-213.
4. Oliveira AMC, Dallari SG. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. *Physis* 2015; 25 (4):1059-1078.
5. Ferraz ATR. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. In: Silva MZ, Brito Junior BT (Org.). *Participação social na gestão pública: olhares sobre as experiências de Vitória-ES*. São Paulo: Annablume; 2009. p.194-206.
6. Lima FA, Galimberti PA. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. *Physis* 2016; 26(1):157-175.
7. Manorov M, Gomes AM, Hilhesheim A, Colliselli L, Tombini LHT, Madureira VSF. Bases legais do SUS no conselho municipal: um desafio para efetivar a gestão participativa na saúde. *R. Eletr. de Extensão* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2019 mar 14]; 14(25):61-72. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2017v14n25p61>.
8. Moreira MR. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. *Saúde debate* 2016; 40(spe):25-38.
9. Bezerra LSC, Costa FBC, Oliveira CJO. Participação popular: a visão do Conselho Local de Saúde do Centro de Saúde da Família Carlos Ribeiro. *Sociedade Debate* 2014; 20(2):145-171.
10. Gregorio AO, Muniz GCMS, Lima DT, Araújo LLC, Araújo AB. “Segura tua mão na minha, pra fazermos juntos o que não posso fazer sozinha”: A experiência de um Conselho Local de Saúde. *SANARE* 2017; 16(1): p.89-95.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão

- de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Sistema de Legislação da Saúde* 2012; 10 mai.
 13. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde Soc.* 2017; 6 (2):411-423.
 14. Davies VF. Formative study of the implementation of the practical approach to care kit in Brazil (pack Brazil) [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.
 15. Nogueira PM, Resende LM. A importância do conhecimento do território no planejamento de ações de saúde. *Gerai: Rev. Saud. Publica SUS/MG* 2015; 3(1):37-42.
 16. Fernandes VC, Spagnuolo RS, Bassetto JGB. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: Revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Promoç Saúde* 2017;30(1):125-134.
 17. Miguel LF. Resgatar a participação: Democracia participativa e representação política no debate contemporâneo. *Lua Nova* 2017; 100:83-119.
 18. Braga ALC. Governança democrática no conselho municipal da cidade de Curitiba: presença e voz dos atores sociais [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2015.
 19. Coriolano-Marinus MWL, Andrade RS, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. *Interface* 2015;19(53):311-324.
 20. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface* 2018; 22(Supl. 2):1535-47.
 21. Sthal HC, Leal CRAA. Educação popular como política de saúde: interfaces com a formação profissional em saúde. *Cad. Pes.* 2017; 24(2):125-138.
 22. Lisboa EA, Sodré F, Araújo MD, Quintanilha BC, Luiz SG. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trab. Educ. Saúde.* 2016; 14 (3):679-698.
 23. Ariño DO, Beirão MC, Tavares VHR, Lange F, Finger T, Oliveira IC. A participação de profissionais que trabalham em uma Unidade Básica de

- Saúde do município de Itajaí no Conselho Local de Saúde (CLS). *Sau. & Transf. Soc.* 2016; 6(2):82.-87.
24. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc.* 2015; 24(1):165-179.
 25. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde Debate* 2016; 40(108):190-203.
 26. Moreira MR. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. *Saúde Debate* 2016; 40(esp): 25-38.
 27. Lucena RCB. Articulação entre o Conselho Consultivo da Anvisa e o Conselho Nacional de Saúde: uma análise no período de 2000 a 2010. *Physis* 2015; 25(2): 381-399.
 28. Vale PRLF, Freitas AMC, Nery GS, Carvalho SS, Carvalho LF, Lima MM. Movimento social de bairro: potencialidades e limites da participação em conselhos locais de saúde num município de interior no nordeste brasileiro. *Saúde em redes* 2017; 3(3): 230-241.
 29. Vale PRLF, Lima MM. Ser conselheiro local de saúde em Feira de Santana – Bahia. *Trab. Educ. Saúde* 2016; 14(3): 679-698.
 30. Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ÁLP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(2): 442-9.
 31. Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Rev Saúde Coletiva* 2009; 19(2): 419-438.
 32. Van Stralen CJ, Lima AMD, Sobrinho DF, Saraiva LES Van Stralen TBS, Belisário SAB. Conselhos de saúde: efetividade do controle em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *CienSaudeColet* [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2019 mai 14]; 11(3): 621-632. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300011&script=sci_abstract&tlng=pt.
 33. Rezende AC. *Educação permanente de conselheiros municipais de saúde: Avaliação dos Cursos do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais* [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2018.

34. Kezh NHP, Bógus CM, Martins CL. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. *Saude soc.* 2016; 25(4):950-963.
35. Martins S, Aguiar CC. Conselhos Municipais de Saúde: Espaço inclusivo de discussão política? *VIII Congreso Internacional enGobierno, Administracion y Politicas Publicas*; 2017 set 25-28; Madrid, Espanha. EstudiosWorkingPapers; 2017.
36. Amorim PEGB. Controle social no município de Vitória da Conquista: uma análise dos temas e assuntos, sob a perspectiva legal, abordados pelos conselhos locais de saúde [dissertação]. Vitória da Conquista: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2015.

5 CONCLUSÃO

O objetivo geral dessa pesquisa foi caracterizar a organização dos Conselhos Locais de Saúde no sistema de saúde brasileiro. Institucionalizar a participação apresenta vantagens e desvantagens, e ao longo do processo democrático brasileiro as formas de participação da comunidade implementadas apresentaram desgastes, ao mesmo tempo em que se reconhecem suas experiências exitosas como aponta a literatura pesquisada. A organização de conselhos, conferências e fóruns populares parece estar desacreditada por alguns; por outro lado, aqueles que defendem esses espaços de participação da comunidade, remontam as lutas para que eles fossem possíveis e apresentam perspectivas de que sejam efetivos em sua maioria, desde que repensando sua organização.

O referencial teórico demonstrou que a implantação dos conselhos não ocorreu como idealizada, seja pela falta de experiência com um sistema tão inovador, seja pela dificuldade administrativa e financeira. No cenário atual, tomando por base a revisão e a análise temática, considerou-se que ainda não há incentivo para a ampla participação da comunidade, o funcionamento dos CLS são dependentes de esforços de pequenos grupos ou do executivo em raros casos.

A revisão da literatura aponta diversos relatos de dificuldades de participação da comunidade, no setor saúde a representação dos usuários é esvaziada nos conselhos locais. Os artigos revisados apresentaram maior número de limitações e de perspectivas futuras do que aspectos positivos e localmente resolutivos aos problemas da comunidade. Os motivos apresentados são: descrédito das discussões do conselho pela gestão e pela própria comunidade, ausência nas reuniões dos conselhos, desconhecimento da existência dos conselhos, falta de resolutividade das demandas e a falta de interesse pelo diálogo com a comunidade.

Os locais com experiências exitosas têm em comum a busca de lideranças locais, realização de fóruns e reuniões abertas à comunidade, articulação política com o executivo (Secretaria de Saúde) e com o Conselho Municipal de Saúde.

Quanto à organização dos conselhos locais, o desconhecimento das funções do conselho e dos conselheiros, a baixa rotatividade e a falta de qualificação dos conselheiros são largamente citados, assim como a dificuldade de integração

intersetorial, infraestrutura inadequada e ausência de monitoramento dos encaminhamentos das demandas.

Sugere-se a criação de dispositivos de fluxo de demandas e prioridades pelo qual o gestor inclua aquelas apresentadas pelo CLS. Esses fluxos não constam nas normativas do sistema de saúde, e deve ser concretizado no município de acordo com o seu contexto.

A adaptação da organização dos conselhos locais a cada contexto não isenta a necessidade de discutir o seu papel na gestão do sistema de saúde, o que, conforme a análise documental, oficialmente não está definido. Essa falta de clareza foi confirmada na análise temática, e sugere-se que sejam realizadas orientações para auxiliar na organização dos CLS.

Os resultados da análise temática demonstraram que os conselhos locais têm um caráter educativo, na busca de esclarecer a saúde como direito, de tornar a participação da comunidade uma atividade rotineira, de ampliação do conceito de saúde e do entendimento do funcionamento do sistema de saúde em suas várias dimensões. O caráter educativo pautado em uma educação popular, não verticalizada, mas conjunta, com a troca de saberes e experiências foi concordância entre todos os participantes.

A pesquisa apresentou como limitação a seleção dos participantes, majoritariamente da região sul, podendo ser direcionados a uma mesma corrente de pensamento e com experiências similares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Cefisa Maria Sabino; ABREU, Regina Stella Pereira do Nascimento. Fórum municipal de conselhos escolares de fortaleza: tessituras reflexivas e a dinâmica para o fortalecimento da gestão democrática. *In*: VASCONCELOS, Francisco Herbert Lima *et al.* (org.). **Conselho escolar: Processos, Mobilização, Formação e Tecnologia**. Fortaleza: Edições UFC, 2013. Cap. 2. p. 103-124. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=36721-conselho-escolar-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 20 mar. 2018.

AKERMAN, Marco. **Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 151 p.

ALMEIDA, Carla; TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social & Sociedade**, [s.l.], n. 109, p.68-92, mar. 2012.

ALMEIDA, Daniela Lima. Federalismo brasileiro: a autonomia dos municípios como fortalecimento da democracia participativa. *In*: XIMENES, Julia Maurmann; BARROS, Janete (org.). **Federalismo e democracia participativa**. Brasília: IDP, 2012. Cap. 3. p. 50-75. Disponível em: http://dspace.idp.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1257/FEDERALISMO_E_DEMOCRACIA_PARTICIPATIVA_-_livro_novo%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 mar. 2018.

AMARAL, Roberto. Apontamentos para a reforma política: A democracia representativa está morta; viva a democracia participativa. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 151, n. 31, p.29-65, jul/set., 2001.

ANASTASIA, Fátima; NUNES, Felipe. A Reforma da Representação. *In*: AVRITZER, Leonardo; ANASTASIA, Fátima (org.). **Reforma política no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. Cap. 1. p. 17-34.

AVRITZER, Leonardo. Reforma política e Participação no Brasil. *In*: AVRITZER, Leonardo; ANASTASIA, Fátima (org.). **Reforma política no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. Cap. 2. p. 35-44.

AVRITZER, Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.43-64, jun. 2008.

BAQUERO, Rute Vivian Angelo. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. **Revista Debates**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.173-187, 4 maio 2012.

BECKER, Daniel et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.655-667, set. 2004.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.7-16, jan. 2013.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 171 p. Tradução de: Marco Aurélio Nogueira.

BRASIL. Casa Civil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (1990). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (1990). Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 26 mar. 2018.

BRASIL. Congresso. Senado. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Lei Nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996**. Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 05 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Nacional de Fortalecimento dos Conselhos Escolares**: Conselhos Escolares: Uma estratégia de gestão democrática da educação pública. Brasília: MEC, 2004a. 61 p. (Caderno 6). Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Consescol/ce_gen.pdf. Acesso em: 06 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Nacional de Fortalecimento dos Conselhos Escolares**: Conselhos Escolares: Democratização da escola e construção da cidadania. Brasília: MEC, 2004b. 57 p. (Caderno 1). Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Consescol/ce_cad1.pdf. Acesso em: 06 abr. 2018.

BRASIL. Congresso. Senado. Lei nº 11947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. **Lei Nº 11.947, de 16 de Junho de 2009**. Brasília, DF, 16 jun. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm. Acesso em: 06 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO DELIBERATIVO. Resolução nº 38, de 16 de julho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. **Resolução/CD/FNDE N ° 38, de 16 de Julho de 2009**. Brasília, DF, 16 jul. 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8166-res038-16072009-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 06 abr. 2018.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Orientações para conselheiros de saúde**. Brasília: 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010. 127 p. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/314161/>. Acesso em: 07 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 30 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf. Acesso em: 03 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Resolução Nº 453, de 10 de Maio de 2012**. Brasília, DF, 10 maio 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 03 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf. Acesso em: 04 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2436, de 21 de novembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS). **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Brasília, DF, 21 nov. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 04 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Conselhos Escolares**. 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/programa-nacional-de-fortalecimento-dos-conselhos-escolares>. Acesso em: 07 abr. 2018.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria Constitucional da Democracia**: Por um direito constitucional de luta e resistência por uma nova hermenêutica por uma repolitização da legitimidade. São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 2001. 277 p.

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Popular participation in a local health council: limits and potentials. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s./], v. 24, n. 2, p.442-449, jun. 2015.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, [s./], v. 38, n. , p.252-264, 2014.

CLACINO, Luciene Monteiro. **A efetividade deliberativa dos conselhos municipais de saúde de Sergipe**. 2010. 47 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.secretariadegoverno.gov.br/arquivos/monografias/Luciene%20Monteiro%20Clacino.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

CAMPO GRANDE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **O QUE É CONSELHO LOCAL DE SAÚDE?** 2018. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/cms/artigos/o-que-e-conselho-local-de-saude/>. Acesso em: 19 out. 2018.

CORREIA, Ricardo Lopes; AKERMAN, Marco. Desenvolvimento local participativo, rede social de suporte e ocupação humana: relato de experiência em projeto de extensão. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [s./], v. 26, n. 1, p.159-165, 24 abr. 2015.

CORREIA, Ricardo Lopes; ROCHA, Camila Santiago da. Ordem cultural e desenvolvimento local participativo: estrutura para a prática do terapeuta ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, [s./], v. 24, n. 1, p.205-214, 2016.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a

(des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s./l.], v. 19, n. 2, p.419-438, 2009.

COHN, Amélia. Descentralização, saúde e cidadania. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, [s./l.], n. 32, p.05-16, abr. 1994.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, [s./l.], v. 25, n. 7, p.1614-1619, jul. 2009.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde e Sociedade**, [s./l.], v. 21, n. 4, p.1087-1100, dez. 2012.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. In: SILVA, Marta Zorzal; BRITO JUNIOR, Bajonas Teixeira (org.). **Participação social na gestão pública: olhares sobre as experiências de Vitória-ES**. São Paulo: Annablume, 2009. Cap. 6. p. 194-206.

FERRAZ, Gilmar Andrade. **Plano de ação para a criação do Conselho local de Saúde do Distrito de Ipoema - MG**. 2013. 49 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2013. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Plano_de_acao_para_a_criacao_do_Conselho_local_de_Saude_do_Distrito_de_Ipoema___MG/461. Acesso em: 10 maio 2018.

FLORIANÓPOLIS (Município). Regimento Interno nº 244, de 28 de maio de 2010. Regimento interno do Conselho de Alimentação Escolar da rede municipal de ensino de Florianópolis.. **Diário Oficial do Município de Florianópolis Edição Nº244 28 de Maio de 2010**. Florianópolis, SC, 28 maio 2010. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/01_06_2010_9.13.57.908bd892536ad8b84e34eb9fdd11c8d5.pdf. Acesso em: 05 maio 2018.

FLORIANÓPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. (Município). Criação, Implantação e Funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Florianópolis. **Resolução Nº 010/CMS/2008**. Florianópolis, SC, 18 mar. 2008.

GARCIA, Alexandre Navarro. Democracia semidireta Referendo, plebiscito, iniciativa popular e legislação participativa. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 166, n. 42, p.9-22, abr. 2005.

GUISSO, Fernando Henrique. **Democracias em conselhos: Os desafios da participação**. 2014. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014. Disponível em:

http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFJF_10a7b0e1af538d2b18dead008e593581.
Acesso em: 10 jun. 2018.

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, [s./], v. 13, n. 2, p.20-31, ago. 2004.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores e gestão pública. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 1, n. 42, p.5-11, jan. 2006.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s./], v. 11, n. 3, p.797-805, set. 2006.

GUIZARDI, Francini Lube. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s./], v. 7, n. 1, p.9-34, jun. 2009.

KLEBA, Maria Elisabeth; COMERLATTO, Dunia; COLLISELLI, Liane. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s./], v. 16, n. 2, p.335-342, jun. 2007.

KONKEL, Eliane Nilsen. **Os conselhos municipais e as práticas democráticas: a percepção dos presidentes dos conselhos na experiência do município de Mafra/SC**. 2010. 68 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais, Universidade Federal de Minas Gerais, Mafra, 2010.

KEINERT, Tania Margarete Mezzomo; OLIVEIRA, Virgílio César da Silva e. PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL: PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA ENTRE 1990-2014 E SUGESTÃO DE AGENDA DE PESQUISA. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 75, n. 23, p.194-214, maio 2019.

LACERDA, William Almeida de; SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. **Revista Katálysis**, [s./], v. 10, n. 2, p.197-205, dez. 2007.

LESSA, Iris Jordão. **Gestão participativa e participação social: um estudo a partir da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2003 – 2007)**. 2010. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências na área de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2474>. Acesso em: 02 jun. 2018.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; BORBA, Julian. Participação, desigualdades e novas institucionalidades: uma análise a partir de instituições participativas em Santa Catarina. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 1, n. 44, p.58-68, jan. 2008.

LUCAS, Randolph. **Democracia e participação**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1985.

MACPHERSON, Crawford Brough. **A democracia liberal – Origens e Evolução**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 117 p. Tradução de: Nathanael C. Caixeiro.

MACEDO, Paulo Sérgio Novais de. Democracia participativa na Constituição Brasileira. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 178, n. 45, p.181-193, abr. 2008.

MACHADO, Juliana Costa; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; SOARES, Jeferson Boechat. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 19, n. 52, p.159-170, mar. 2015.

MENDES, Denise Cristina Vitale Ramos. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. **Revista Katálysis**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.143-153, dez. 2007.

MATO GROSSO (Estado). Lei nº 7040, de 1 de outubro de 1998. Regulamenta os dispositivos do Artigo 14 da Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Diretrizes e Bases da Educação Nacional), bem como o inciso VI do Artigo 206 da Constituição Federal, que estabelecem Gestão Democrática do Ensino Público Estadual, adotando o sistema seletivo para escolha dos dirigentes dos estabelecimentos de ensino e criação dos Conselhos Deliberativos da Comunidade Escolar nas Unidades de Ensino. **Lei nº 7.040, de 1º De outubro de 1998 D.o. 1º.10.98..** Cuiabá, MT, 1 out. 1998.

MILLS, Anne. **Descentralización de los sistemas de salud : conceptos, aspectos y experiencias nacionales**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1990. 162 p.

MORE: Mecanismo online para referências, versão 2.0. Florianópolis: UFSC Rexlab, 2013. Disponível em: <http://www.more.ufsc.br/>. Acesso em: 02 de jun de 2019.

NOGUEIRA, Fabiana Conceição Pereira et al. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 1, n. 32, p.104-110, jan. 2008.

ORTIZ, Anelize Fucks; LEVITTE, Analeia Terezinha. Serviço social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Maiêutica**, Indaial, v. 1, n. 4, p.87-93, 2017.

PASCHE, Dário Frederico *et al.* Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, [s.l.], v. 6, n. 20, p.416-422, 2006.

PICCOLI, Andrezza de Souza; KLIGERMAN, Débora Cynamon; COHEN, Simone Cynamon. Políticas em saúde, saneamento e educação: trajetória da participação social na saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.397-410, jun. 2017.

QUEIRÓZ, Imar Domingos; FIGUEIREDO, Lenil da Costa; MEDEIROS, Jaqueline Dayane da S. Os conselhos municipais de assistência social em Mato Grosso: da institucionalização aos desafios da participação social. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luis. **Anais...** São Luis: UFMA, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/ESTADO_LUTAS_SOCIAIS_E_POLITICAS_PUBLICAS/OS_CONSELHOS_MUNICI PAIS_DE_ASSISTENCIA_SOCIAL_EM_MATO_GROSSO.pdf. Acesso em: 20 maio 2018.

ROSARIO, Celita Almeida. **Os sentidos da universalidade no debate da saúde no Brasil: uma análise da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 2015. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

ROSENFELD, Denis Lerrer. **O que é democracia?** 5. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994. 94 p.

SALIBA, Nemre Adas *et al.* Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 43, n. 6, p.1369-1378, dez. 2009.

SANTA CATARINA. NÚCLEO DE TELESSAÚDE SANTA CATARINA. **Como criar um Conselho Local de Saúde? O Conselho necessita de algum tipo de registro? Deve possuir estatuto?** 2010. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-os-principais-passos-para-a-criacao-de-um-conselho-local-de-saude-o-conselho-necessita-de-algum-tipo-de-registro-deve-possuir-estatuto/>. Acesso em: 07 abr. 2018.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. **CONSELHOS DELIBERATIVOS ESCOLARES - CDES**. 2018. Disponível em: <http://www.sed.sc.gov.br/conselhos-foruns-e-nucleos/16972-conselho-deliberativo-escolar>. Acesso em: 07 jun. 2018.

SANTOS, Boaventura de Sousa; AVRITZER, Leonardo. Introdução: Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). **Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

SANTOS, Katarine de SÁ. **Conselhos locais de saúde: um arranjo híbrido no caminho da participação**. 2010. 68 f. Monografia (Especialização) - Curso de

Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos dos Goytacazes, 2010.

SANTIAGO, Dayane Shirley de Lima et al. Controle social como prática de cuidado em saúde: experiência de implementação de conselhos de saúde no Seridó-Potiguar. **Rsc Online**, SI, v. 1, n. 6, p.64-76, jan. 2017. Disponível em: <http://150.165.111.246/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/484/308>. Acesso em: 21 ago. 2019.

SARAIVA, Flainine Glayd Bezerra. **O papel do Assistente Social no Conselho de Assistência Social**. 2010. 40 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais, Universidade Federal de Minas Gerais, Afonso Bezerra, 2010. Disponível em: <http://www.secretariadegoverno.gov.br/arquivos/monografias/Flainine%20Glayd%20BezerraSaraiva.pdf>. Acesso em: 05 maio 2018.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.47-74, dez. 2001.

SIPIONI, Marcelo Eliseu; SILVA, Marta Zorzal e. Democracia e saúde: a prestação de contas como legitimadora da representação no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES). **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 104, p.197-209, mar. 2015.

SOUTO, Kátia Maria Barreto et al. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. , p.49-62, dez. 2016.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 108, p.204-218, mar. 2016.

SOUZA, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. **São Paulo em Perspectiva**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.27-41, jun. 2004.

VALE, Paulo Roberto Lima Falcão do; LIMA, Maricélia Maia de. Ser conselheiro local de saúde em Feira de Santana – Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s.l.], v. 39, n. 4, p.723-739, 30 jun. 2017.

VERDE, Geraldo Magela Arco. **A importância da gestão participativa**. 2010. 54 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.secretariadegoverno.gov.br/arquivos/monografias/Geraldo%20Magela%20Arco%20Verde.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2018.

VIEIRA, Mauro; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 27, n. 12, p.2315-2326, dez. 2011.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n.44, p. 203-220, ago/dez. 2014.

WENDHAUSEN, Águeda; CARDOSO, Sandra de Mello. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 60, n. 5, p.579-584, out. 2007.

APÊNDICE A – Análise documental

Descrição: Essa análise documental foi realizada com dois objetivos principais, o primeiro, fazer uma revisão das legislações e documentos governamentais do setor saúde para buscar elementos relacionados à participação social, e principalmente verificar se há informações sobre participação a nível local (comunitário), a questão norteadora nessa etapa foi: Há nas legislações e documentos oficiais apontamentos sobre participação social a nível local e CLS?

E o segundo, analisar algumas legislações municipais a fim de apurar informações sobre a forma de organização dos conselhos locais de saúde, a questão norteadora nessa etapa foi: Como os CLS estão organizados e quais as principais diferenças entre eles?

Metodologia

Trata-se de uma análise documental realizada em documentos externos, que são aqueles em publicações governamentais ou legislação que ficam disponíveis para acesso público.

O processo de leitura pode ser definido em quatro etapas: leitura exploratória onde se obtém uma visão geral do que foi publicado; leitura seletiva onde irá buscar o que é importante para sua pesquisa e eliminar o que não for utilizar; leitura crítica, onde se penetra no conteúdo com mais profundidade, nessa fase, inicia-se o fichamento das informações; e leitura interpretativa, que finaliza o estudo, com o quadro teórico e suas interpretações (ZANELLA, 2013).

Com base nesse processo, seguiram-se os seguintes passos na presente pesquisa: Procura do material, realizada no site do CNS, na aba legislações, sendo todas elas analisadas. Posteriormente, com base no referencial teórico já realizado, foram checados outros documentos que não estavam presentes na página, mas poderiam auxiliar na pesquisa; Leitura exploratória de cada documento; Leitura seletiva; Leitura crítica com fichamento, onde cada documento foi colocado em um quadro contendo a referência, caracterização e o conteúdo de interesse da pesquisa, sendo organizado em ordem cronológica; Por fim realizou-se a leitura interpretativa, com análise do material e estabelecimento de relações.

Para a segunda etapa da análise, os municípios que tiveram suas legislações analisadas foram escolhidos por apresentar estudos realizados nos CLS dos mesmos, com base em uma revisão sistemática realizada pelas autoras.

Resultados

No plano das legislações nacionais (Quadro 1), apesar de ocorrerem vários apontamentos para uma descentralização do controle social para uma realidade mais comunitária e próxima a população, não há um respaldo ou planejamento específico para como essa aproximação vai ocorrer.

Essa relação mais próxima, com a criação de vínculo, diálogo e ações comunitárias aparecem também na política de humanização do SUS como parte da estratégia para um sistema mais humanizado. Na política são colocados alguns modos de organizar os processos de trabalho, que facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a produção de saídas mais criativas relacionadas a cada contexto. Aponta, nesse sentido, algumas diretrizes a serem buscadas constantemente como o acolhimento, clínica ampliada, cogestão, produção de redes, valorização do trabalho e do trabalhador da Saúde (HumanizaSUS, 2009). Tudo isso não pode ser realizado sem uma participação social, um SUS humanizado é também um SUS participativo e de construções coletivas, e essas relações devem ocorrer primeiramente dentro das comunidades.

Essa percepção também é vista no texto da PNAB, que reflete a necessidade do fortalecimento do controle social, bem como do apoio a gestão local, a organização de âmbito comunitário e o incentivo a participação nos conselhos locais de saúde.

Quadro 1: Legislações nacionais relacionadas a participação social.

Legislação	Caracterização	Conteúdo
Presidência da República - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	Estabelece em seu capítulo II, como princípios e diretrizes do SUS a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa.
Presidência da República - Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências	Em seu artigo 1º estabelece que o SUS terá em cada esfera de governo conferência de Saúde e Conselho de Saúde. E no artigo 4º que para receberem os recursos, municípios, estados e DF

	intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	deverão ter conselho de Saúde, com composição paritária.
Ministério da Saúde - Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.	Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.	Bases para um novo modelo de atenção à saúde: a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; b) a criação de condições para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade. O favorecimento a participação para a geração de vínculo, de forma criativa e realizadora para as pessoas, e que acontece não somente nas instâncias colegiadas, mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento.
Ministério da Saúde - Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.	Na sessão III, item 7.1 destaca-se que as ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro deste pacto: Apoiar os conselhos de saúde, as conferências e os movimentos sociais para que possam exercer plenamente as suas funções; Apoiar o processo de formação dos conselheiros; Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde; Apoiar os processos de educação popular em saúde. Já como responsabilidade no planejamento, todo município deve: formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde.
Ministério da Saúde - Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.	Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.	No Art. 5º consta que os conselhos de saúde deverão informar à população sobre as formas de participação, composição do conselho de saúde, regimento interno. O Art. 8º diz que toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios determinados. Parágrafo único: Os gestores do SUS, das três esferas de governo, comprometem-se a: incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e participação de controle social do SUS.
Humaniza	HumanizaSUS como	Uma das apostas que a Política

<p>SUS na atenção básica – Política Nacional de Humanização (2009)</p>	<p>política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão.</p>	<p>Nacional de Humanização faz, a partir de experiências concretas, é a de que é possível construir uma “zona de comunidade”, um “comum” entre os distintos interesses dos gestores, trabalhadores e usuários. Para que isso ocorra, é preciso criar espaços coletivos, espaços de encontro entre as pessoas. Um espaço pode ser o próprio ato de um atendimento no serviço de saúde, de uma visita à casa de uma determinada família, da realização de um grupo ou uma oficina de planejamento, uma reunião do Conselho Local de Saúde, uma roda de conversa temática, etc. É nestes encontros, onde as pessoas conversam, que os problemas podem e devem aparecer, ser analisados e enfrentados. É nestes espaços que se pode construir corresponsabilidade e aumentar o grau de autonomia.</p>
<p>Presidência da República - Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.</p>	<p>Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.</p>	<p>No Art. 36. postula que o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde, deverá conter essencialmente, entre outros itens, uma identificação das necessidades de saúde locais e regionais.</p>
<p>Conselho Nacional de Saúde - Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012.</p>	<p>Aprovar diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.</p>	<p>Em sua primeira diretriz a resolução traz que o processo bem-sucedido de descentralização promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente.</p>
<p>Ministério da Saúde - Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.</p>	<p>Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p>	<p>O Art. 1º, item IV coloca que o planejamento deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.</p>
<p>Ministério da Saúde - Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.</p>	<p>Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p>	<p>Em sua parte 4, o item XIV coloca como uma das atribuições dos profissionais da atenção básica, promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde; No item XVIII, consta o apoio às estratégias de fortalecimento da gestão</p>

		local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal.
--	--	---

Fonte: Autores.

Quanto as legislações e documentos municipais (Quadro 2), a maior parte (N= 5) possui caráter permanente e deliberativo no âmbito local, um possui caráter consultivo em relação à UBS, um o caráter é colocado como discursivo e propositivo e um não explicitou o caráter no documento. São geralmente vinculados aos Conselhos Distritais de saúde (CDS) ou ao CMS.

Dentre as funções encontrou-se principalmente a formulação de estratégias para resolução de problemas relacionados à UBS, acompanhamento dos serviços, controle e fiscalização das atividades, estimular a participação da comunidade e realizar avaliação dos procedimentos e atendimentos locais de saúde.

As principais competências citadas foram à formulação de ações de saúde para a sua área de abrangência, encaminhando-as ao CMS ou CDS; avaliar, acompanhar e fiscalizar as ações e os serviços; participar do planejamento das ações locais de saúde; participar da elaboração e controle orçamentário; realizar pré-conferências; mobilizar a população e os profissionais da UBS; participar e estimular ações inter-setoriais; motivar os conselheiros locais de saúde a participar na formação e capacitação; examinar propostas e denúncias; solicitar auxílio ao CMS ou CDS sempre que houver necessidade e elaborar regimento interno.

A composição em sua maioria é paritária (n=7), um conselho afirma não ser paritário, por que possui uma dinâmica um pouco diferente, sendo formado por uma plenária aberta a todos para as reuniões (essa não paritária) e com uma mesa diretora, que é composta por 4 representantes, eleitos a cada dois anos, devendo esta ser paritária. Os conselheiros são escolhidos por eleição e com mandato de 2 anos. Em dois casos o gerente da unidade é membro nato do conselho. Em todos os casos o presidente/coordenador do conselho será eleito entre os conselheiros em sua primeira reunião.

Quanto ao funcionamento todos tem reuniões mensais, com pauta previamente elaborada e ata. No geral nas reuniões ocorre aprovação da ata anterior, deliberação e votação da pauta do dia, discussão de assuntos gerais e

encaminhamentos. Em um caso as ações dos CLS devem ser deliberadas pelo CMS para serem realizadas, em outro é necessária apenas a comunicação para o CDS e no restante não é especificado.

Quadro 2: Legislações municipais referentes aos Conselhos Locais de saúde.

Município / Legislação	Conteúdo
Anchieta – ES / Lei municipal nº 628, de 3 de agosto de 2010.	<p>Função: Caráter permanente, deliberativo, normativo e fiscalizador. Tem função de formulação estratégica, atuação de acompanhamento, controle e avaliação dos procedimentos e atendimentos locais de saúde.</p> <p>Competências: Definir as ações de Saúde para a sua área de abrangência, encaminhando-as ao CMS; avaliar, acompanhar e fiscalizar as ações e os serviços de Saúde e as aplicações financeiras; realizar pré-conferências, mobilizando a população e os profissionais da UBS; encaminhar relatório ao CMS, sempre que houver necessidade, cuja solução ou repercussão transcendam as esferas de decisão do CLS; elaborar e aprovar o regimento interno.</p> <p>Composição: Paritária, com 6 conselheiros titulares, mandato de 2 anos. O presidente será eleito entre seus pares.</p> <p>Funcionamento: Sessões plenárias, ordinariamente a cada 30 dias. As decisões serão consubstanciadas em resoluções, e encaminhadas ao CMS. Os conselheiros que faltarem (sem justificativa) a três reuniões consecutivas ou seis reuniões intercaladas serão substituídos. Toda ação de saúde elaborada pelo CLS, deverá ser deliberada pelo CMS.</p>
Belo Horizonte – MG / Resolução municipal CMS/BH 399/2016.	<p>Função: caráter permanente, propositivo, discursivo e fiscalizador. É um órgão colegiado vinculado ao Conselho Distrital de Saúde (CDS).</p> <p>Competências: Formular planos de ação, acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas de saúde na área da UBS; manter-se informado sobre os projetos que dizem respeito à saúde; solicitar ajuda ao CDS quando necessário; propor melhorias, acompanhar e fiscalizar os serviços de saúde prestados pela unidade de saúde; sugerir a incorporação de avanços científicos, tecnológicos e materiais; ser responsável e zelar pela guarda de documentos que remetam à história desta CMS (ata, frequência, documentos de posse); Organizar e realizar, assessorados pelo CDS/UBS/Distrito, a Conferência de Saúde quando for convocada.</p> <p>Composição: Não é paritária, composta pelo gestor da unidade, trabalhadores e todos os usuários residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Não apresentará nº determinado de conselheiros e o gerente da unidade de saúde é conselheiro nato na comissão local de saúde. A reafirmação/eleição será realizada a cada dois anos.</p> <p>Funcionamento: Há um plenário e uma mesa diretora. O Plenário é o órgão de discussão e será composto por todos os atores envolvidos. A mesa diretora será eleita a cada dois anos e deve ser paritária (quatro membros). Com reuniões mensais, com leitura e aprovação da ata anterior; apresentação do expediente do dia, discussão sobre a pauta do dia; indicação de pauta para reunião seguinte; discussão de assuntos gerais. Os assuntos incluídos na ordem do dia, sobre os quais não tenha havido discussão, deverão constar, na pauta seguinte.</p>

<p>Campo Grande – MS / Deliberação CMS nº 009 de 06 de junho de 2003.</p>	<p>Função: Colegiados subordinados aos CDS, caráter permanente e deliberativo. Tem por finalidade atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na UBS.</p> <p>Competências: Formulação e controle de estratégias para a política de saúde; propor medidas para aperfeiçoamento da organização e funcionamento das UBS; examinar propostas e denúncias; estimular a participação comunitária; participar da formulação, fiscalização e avaliação de ações de saneamento e meio ambiente; prestar informações e orientações aos usuários; participar da elaboração e acompanhamento de programas de educação em saúde; participar da plenária municipal de conselhos; participar de avaliações dos programas e ações de saúde.</p> <p>Composição: Paritário, com 4, 8 ou 12 conselheiros escolhidos por eleição e mandato de 2 anos.</p> <p>Funcionamento: Haverá plenário com frequência que cada conselho decidir, deve-se ter quórum e ata. Ocorrerá aprovação da ata anterior, comunicações, pauta do dia, assuntos novos só podem ser incluídos no dia se com justificativa de urgência, após discussão ocorre deliberação e encaminhamentos. As deliberações devem ser comunicadas aos CDS. A coordenação que convoca e preside as reuniões pode ser eleita entre qualquer conselheiro. E a secretaria executiva que cuidará do suporte e assessoramento.</p>
<p>Feira de Santana – BA / Regimento dos Conselhos Locais de Saúde de Feira de Santana-BA (2008).</p>	<p>Função: Colegiado, permanente, co-responsável pela elaboração das políticas de saúde e controle das ações e serviços de saúde. Possui caráter Fiscalizador, consultivo e normativo às Unidades de Saúde.</p> <p>Competências: Conhecer os problemas da população; proporcionar meios de informação para os usuários; despertar interesse para participação popular ativa e consciente na identificação e busca de soluções para os problemas de saúde; representar a população perante as autoridades competentes; acompanhar e avaliar as atividades das Unidades de Saúde e os serviços prestados à população; participar do planejamento das ações locais de saúde, bem como acompanhar e avaliar o impacto das ações desenvolvidas sobre a situação de saúde da comunidade; participar anualmente da elaboração da Proposta Orçamentária da Unidade de Saúde Local.</p> <p>Composição: Paritária, com 12 membros, escolhidos através de eleição com mandato de 2 anos.</p> <p>Funcionamento: Reunião mensal. Na primeira reunião deverá haver eleição entre os membros para escolha do coordenador (a) e secretário (a). No início de cada reunião haverá votação da ata anterior, deliberação por consenso ou votação, no final de cada reunião o coordenador organizará a pauta da reunião seguinte.</p>
<p>Ribeirão Preto – SP/ Regimento interno das Comissões Locais de Saúde - Ato 072/95.</p>	<p>Função: Estimular a participação da comunidade; colaborar na divulgação sobre as condições de funcionamento da UBS e os serviços oferecidos, orientando sobre sua importância e estimulando a sua utilização; acompanhar as atividades das UBS, colaborando para seu bom funcionamento, discutindo seus problemas e propondo soluções.</p> <p>Competências: Participar do planejamento, organização e avaliação das ações e serviços de saúde da UBS; encaminhar as necessidades de recursos em saúde das UBS às instâncias competentes para solução; colaborar na proposição, organização e realização da Pré-Conferência Local de Saúde.</p> <p>Composição: Paritária, com 12 membros efetivos, com um mandato de 2 anos. O presidente será eleito dentre os membros na primeira reunião.</p> <p>Funcionamento: Reunião mensal, as reuniões se iniciarão com</p>

	<p>a presença da maioria simples de seus membros; decidirá por maioria simples; presidente terá voto comum e, em caso de empate, o de qualidade;</p> <p>serão utilizados, na medida do possível a infra-estrutura e recursos da UBS para execução das tarefas e necessidades da CLS.</p>
<p>São Carlos – SP / Lei municipal 12.587 de julho de 2000.</p>	<p>Função: Caráter permanente e deliberativo, destinados ao planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução das políticas e ações de saúde na sua área de abrangência.</p> <p>Competências: Propor medidas para aperfeiçoar o planejamento, organização e avaliação dos serviços; solicitar e ter acesso a informações técnico-administrativas e financeiras; participar da elaboração e controle orçamentário; examinar propostas denúncias e queixas; definir estratégias para integração da unidade ao plano municipal de saúde; elaborar relatório anual de suas atividades e divulgá-lo amplamente.</p> <p>Composição: Paritários, no mínimo 4 e máximo 12 membros efetivos, escolhidos por eleição e com mandato de 2 anos.</p> <p>Funcionamento: Reunião mensal com no mínimo metade dos membros. O CMS é a instância de recurso.</p>
<p>São Paulo – SP / *Lei Municipal Nº 13.325, 08 de fevereiro de 2002.</p> <p>§Decreto municipal Nº 44.658, de 23 de abril de 2004.</p>	<p>Função: *Caráter permanente e deliberativo, destinados ao planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução das políticas e das ações de saúde, em sua área de abrangência.</p> <p>Competências: *acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços e as ações de saúde; propor e aprovar medidas para aperfeiçoar o planejamento, a organização, a avaliação das ações e dos serviços de saúde; acompanhar o Orçamento Participativo; solicitar e ter acesso às informações de caráter técnico-administrativo, econômico-financeiro e operacional, relativas à respectiva Unidade, e participar da elaboração e do controle da execução orçamentária; examinar proposta, denúncias e queixas; definir estratégias de ação visando à integração do trabalho da Unidade aos Planos locais, regionais, municipal e estadual de Saúde, assim como a planos, programas e projetos intersetoriais.</p> <p>Composição: *Paritária, no mínimo 4 e no máximo 16 membros efetivos, com mandato de 2 anos.</p> <p>Funcionamento: *Reunião mensal, as deliberações e os comunicados de interesse deverão ser afixados na Unidade, em local de fácil acesso e visualização a todos os usuários e interessados. A instância de recurso é o Conselho Gestor Distrital de Saúde.</p> <p>§ O diretor da unidade de saúde será membro nato do conselho. O processo de eleição dos membros será iniciado pelas Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, que deverão instalar Comissões Eleitorais, com composição paritária. O quorum de deliberação será de metade mais um voto, presentes a maioria simples de seus membros. E cada conselho terá um coordenador escolhido dentre seus membros.</p>
<p>Vitória da conquista – BA / Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde de Vitória da Conquista (2013).</p>	<p>Função: Colegiado, autônomo, de caráter permanente e deliberativo no âmbito local. Tem a finalidade de garantir a participação dos usuários e funcionários, juntamente com a Administração, na gestão de saúde e controle das ações e serviços da Unidade de Saúde, em conformidade com as normas que regem o CMS.</p> <p>Competências: Participar do planejamento, controle e avaliação dos serviços e ações na UBS; Conhecer a condição de saúde da população; Definir prioridades para implantar, traçar, implementar e aperfeiçoar o planejamento e programação local; Planejar e avaliar o atendimento aos usuários; Discutir e propor a política de recursos humanos e aquisição de materiais necessários; Acompanhar a Implementação do Plano Municipal de Saúde; Motivar os conselheiros</p>

	<p>locais de saúde a participar na formação e capacitação em gestão participativa no SUS; Incentivar a participação da comunidade nas reuniões do CLS e CMS;</p> <p>Composição: Paritária, no mínimo, 8 conselheiros efetivos e mandato de 2 anos.</p> <p>Funcionamento: Reuniões mensais, a convocação da reunião deve ser afixada na UBS com 10 dias de antecedência. A reunião deverá ter no mínimo 50% dos conselheiros. A reunião é dividida em: Expediente - leitura e aprovação da ata anterior, justificativa de falta, informes, pauta atual; Ordem do dia - discussão e votação dos assuntos previstos na reunião; O que ocorrer - discussão dos demais assuntos não inseridos ou excluídos da pauta. Quem elabora a pauta é o presidente, a comunidade pode apresentar assuntos de interesse a ele. O CLS poderá contar com Comissões Temáticas conforme decisão em plenária de acordo a realidade local: Comissão Intersetorial - Acompanhar o encaminhamento e resposta de ofícios para outras secretarias de governo e outros órgãos, e criar mecanismos para o fortalecimento da intersetorialidade. Comissão de Mobilização Popular - instituir mecanismos de incentivo da participação popular, criar mecanismos de fortalecimento da relação do CLS e CMS, participar e acompanhar da organização do processo eleitoral.</p>
--	--

Fonte: Autores.

Discussão / Análise do conteúdo

Pode-se acompanhar que a evolução da descentralização ocorre com a implantação do próprio sistema, como toda mudança exige tempo, foi-se evoluindo e amadurecendo no processo, as legislações dos anos 90 foram grandes conquistas do movimento sanitário, popular e sociais, porém foram apenas o início. A continuidade do processo se deu orientado pelas Normas Operacionais do SUS, que definem as competências de cada esfera de governo, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96) com NOB 96, iniciou-se um maior incentivo para a descentralização aos municípios (BRASIL, 2003). Para o controle social a NOB/SUS 96 ressaltou uma forma de participação com vínculo, apontando para a busca de formas participativas na unidade de atendimento (NOB/SUS, 1996).

A descentralização permitiu maior repasse de recursos para os municípios, porém, não garantiu o compartilhamento e integração de gestão entre os entes federados. A articulação entre os níveis de atendimento, a integralidade e intersetorialidade se tornam grandes desafios, pois com a municipalização o papel do estado não ficou claramente definido, sendo então publicadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002) para melhor definição da regionalização. Sendo importante que os estados retomem seu papel

de intermediário na relação município/governo federal (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

Nessa busca de maior integração dos níveis e fortalecimento do SUS, em 2006 é lançado o Pacto pela Saúde que reforça que houve uma evolução do processo de descentralização, porém tornou também o sistema mais complexo, colocando aos gestores desafios para superar a fragmentação das políticas e programas de saúde. Diante disso foi firmado o pacto entre os três níveis de gestão do SUS, reforçando a organização das regiões sanitárias, de mecanismos de co-gestão, planejamento regional, o fortalecimento dos espaços de controle social e qualificação do acesso da população (BRASIL, 2006). O pacto incentiva que o planejamento seja participativo, orientado pelas reais necessidades de saúde, devendo ser o plano de saúde uma construção coletiva, entretanto não há direcionamento de planejamento ou instrumentos para que esse planejamento se inicie na área de abrangência da unidade básica.

Assim como a resolução nº 453 de 2012, que orienta a organização dos conselhos de saúde, apenas cita que o processo de descentralização promoveu o surgimento dos conselhos locais, não dando profundidade ao tema (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017).

O Decreto federal nº 7.508 de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080 de 1990, e incorpora esses novos arranjos e organizações que foram sendo feitos durante o processo de implantação do sistema, instituindo o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) para colaboração entre os entes federativos na organização e integração das ações e serviços de saúde. A garantia de acesso em tempo hábil e com qualidade e o reconhecimento da saúde como direito social ganham centralidade na agenda dos gestores do SUS, por isso, é necessário a responsabilização compartilhada, solidária e cooperativa, com o compromisso de reduzir desigualdades e promover a equidade social (BRASIL, 2013).

A Portaria do ministério da saúde nº 2.135 de 2013 reafirma que o planejamento deve ser integrado, porém são muitos os desafios para que ele possa ocorrer desde o nível local, e a participação social é um desses desafios. Por que mais do que a realização dos diagnósticos situacionais e identificação dos problemas, as pessoas precisam acreditar que essa situação pode mudar, tanto

usuários como profissionais, muitos deles acham que a realidade só pode ser mudada por outros setores, não eles, pois se sentem excluídos do poder. Essa percepção é até compreensível, pois o cenário político de descompromisso ocorre frequentemente na área da saúde, gerando contextos em que até mesmo os segmentos sociais mais organizados enfrentam muitas dificuldades para seguir com suas demandas. Entretanto, isso não diminui o potencial estratégico que o estabelecimento de relações entre profissionais e usuários pode exercer na construção de novas perspectivas e estratégias para construção dos direitos sociais, em especial ao direito a saúde (BOSSI; AFFONSO, 2004).

A importância das relações e vínculo com a comunidade local foi introduzida principalmente pelo Programa Saúde da Família e posteriormente pela Estratégia Saúde da família (ESF), que norteia a atenção básica no país. A ESF prima por se ter território adstrito para se realizar o planejamento, programação, ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação daquele território. A implantação de mecanismos de acessibilidade, acolhimento e escuta gera proximidade, vínculo e responsabilização, e por sua vez, essa construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador permite o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011).

Esses conceitos são fundamentais e perpassam por todas as ações e políticas do sistema, estão também intimamente ligados com a humanização do cuidado, pois esses dispositivos de relação profissional e usuário, que fazem parte das tecnologias leve, que são uma das mais utilizadas no sistema e se bem organizadas trazem melhor qualidade e efetividade as ações. Dessa compreensão surgiram algumas políticas, dentre elas a Política Nacional de Humanização no SUS, humanizar no sentido proposto se tornou mais do que reorganizar os espaços, mas rever os processos de trabalho, investir em formação e qualificação e garantir os direitos de cidadania através do controle social e participação popular (SPLINK; MATTA, 2007).

Enquanto política pública, a humanização deve oportunizar a criação de espaços de construção coletiva e troca de saberes, aprendendo a trabalhar com as necessidades e interesses dos diferentes atores que compõem o sistema, levando

em conta que pessoas, quando unidas, são capazes de transformar realidades, transformando também a si próprios no processo. Apostou-se, assim, em um novo tipo de interação entre os sujeitos que formam o SUS, retomando a perspectiva de rede descentralizada e co-responsável que está em sua base (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A Portaria do ministério da saúde nº 1.820 de 2009 garante o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS, sendo também função dos gestores, em qualquer esfera, assegurar e incentivar o seu cumprimento (BRASIL, 2009).

Dessa forma, o processo de humanização do SUS passa pelo inevitavelmente pelo controle social, e as macroestruturas de controle social, sozinhas, não conseguem enfrentar as exclusões e desigualdades que ocorrem no nível das micropolíticas de saúde, fazendo-se necessário a construção de microestruturas de controle social (CARVALHO; SANTANA; SANTANA, 2009).

Por entender essa necessidade, pode-se perceber que os documentos analisados no quadro 1 incentivam essa participação no nível local, incluindo a Política Nacional de Atenção básica, que mesmo com a reformulação realizada em 2017, continuou tendo como base a ESF, e aponta para a necessidade de apoio e fortalecimento de estratégias de controle social a nível local, para facilitar esse processo de planejamento e melhorar a qualidade dos serviços de atenção básica (BRASIL, 2017).

Dessa forma, destaca-se que as relações de controle social a nível local precisam ser estimuladas e cada vez mais debatidas para que se possa encontrar maneiras e estratégias da comunidade local participar das políticas e ações públicas de uma forma mais eficaz e concreta.

Quanto ao quadro 2, a maior parte dos CLS tem caráter deliberativo em relação a sua UBS, pois podem decidir sobre planejamento e ações nesse âmbito. A deliberação política pode ser definida, em termos gerais, como a tomada de decisões por meio de debate entre os cidadãos, buscando uma articulação, consenso e pactuação, que atenda de alguma maneira, o interesse de todos. Quando a deliberação é concluída, pode-se utilizar de voto para saber qual posição foi escolhida, o voto em si não é visto como deliberação, mas como uma decorrência

desta. No entanto, corre-se o risco, nos conselhos de saúde, de a interpretação ser que a deliberação é o resultado da votação realizada no plenário, e esta distorção pode levar a não discussão das propostas (MOREIRA; ESCOREL, 2010).

Destaca-se assim a necessidade de esclarecimento do que é, e a que se presta uma reunião deliberativa e mais importante exigir que ela seja cumprida, já que é reconhecida como direito. Sendo assim, para os conselhos se tornarem espaços de gestão participativa e partilha de poder, deve haver valorização de todos os atores que o compõem, sendo uma questão para além do reconhecimento na legislação, é necessário haver legitimidade tanto na composição quanto na interlocução entre seus participantes (MATUOKA; OGATA, 2010).

Outra questão que dificulta é que os encaminhamentos que resultam das deliberações, em grande parte não são atendidos, seja por falta de articulação entre os atores, falta de vontade política ou por desconhecimento dos conselheiros de para onde destinar os encaminhamentos. No estudo de Oliveira e Almeida (2009) a maior dificuldade encontrada foi no acompanhamento dos encaminhamentos, onde muitos se perderam. Além disso, muitas vezes, as deliberações não se transformam em encaminhamentos, devido à falta de conhecimento do referencial legal. Dessa forma, quando as demandas demoram muito ou não são atendidas, a credibilidade do conselho diminui e gera um esvaziamento, por falta de resolutividade.

Na presente análise, um dos conselhos possui caráter consultivo em relação à UBS. Nessa situação, cabe a gestão pública ouvir o conselho para posteriormente realizar a tomada de decisão, sendo consideradas opiniões, sem gerar obrigatoriedade de seu cumprimento (PEREIRA; SANTOS, 2016).

É importante destacar que, em relação ao município, os CLS não possuem caráter deliberativo, apenas consultivo. Sendo de grande importância que esses órgãos tenham articulação e relação estreita com o CMS, para que as demandas dos CLS possam ser a este integradas (MARTINI; NETO; PEREIRA, 2013).

Essa articulação deve envolver todas as representações partindo do conselho local para o municipal, estadual até o federal para que a participação possa ser ascendente. Além disso, é importante a articulação com outros setores da sociedade, pois estas relações fortalecem as ações dos conselhos e podem formar um conjunto de forças em defesa dos interesses comuns (ASSIS; VILLA, 2003).

Quanto às funções apresentadas nas legislações, elas trazem uma importância quanto à melhoria da realidade local, como estratégias para resolução de problemas, acompanhamento, controle e fiscalização além do estímulo a participação da comunidade. Há indicativos de uma influência nos planos de saúde e políticas públicas municipais, porém falta um olhar mais abrangente de como seria possível haver uma contribuição local para o sistema como um todo, sendo nesse ponto a questão da articulação, já citada, um fator de extrema relevância e que ainda precisa ser trabalhada.

Lisboa et al. (2016), cita que o desempenho dos CLS está diretamente ligado a relação que ele estabelece com outras instâncias, porém em suas observações foi verificado que há conflitos, falta de apoio e incentivo de instâncias como CMS e gestão municipal aos CLS, gerando desânimo e sensação de impotência.

Dessa forma é necessário que haja também abertura de outros órgãos para que os CLS possam ser esse elo entre as comunidades e o CMS, auxiliando na elaboração das proposições para a política de saúde e contribuindo nas decisões tomadas por este, facilitando o reconhecimento das necessidades de saúde no município e melhorando a qualidade do serviço (SOUZA; KRÜGER, 2010).

E seguindo por essa percepção, a função do CLS é ser um dos pilares para o fortalecimento da atenção primária à saúde, pois se fundamenta na visão de que a comunidade que utiliza os serviços de saúde tem maior legitimidade para fiscalizar e acompanhar esses serviços, estando presente nas deliberações e planejamento. Estimulando também o empoderamento da comunidade que é indispensável no processo do controle social (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015).

Essa dinâmica de construção do planejamento público a partir das necessidades de saúde da comunidade é também uma forma de se estimular desenvolvimento local, compreendendo que o território é vivo e contém múltiplas interações, onde se enseja superar o modelo hegemônico tradicional de apenas acompanhar e fiscalizar o sistema, para, coletivamente, traçar objetivos, definir prioridades, formulando conjuntamente um plano local de saúde (SHIMIZU; MOURA, 2015). Esse ideal corrobora com as principais competências encontradas nas legislações dos CLS, que foram principalmente trazer as demandas locais,

planejamento e formulação de ações de saúde, mobilização da população e profissionais para participação, examinar propostas e denúncias da comunidade, realização de atividades como pré-conferências para aumentar o debate e apresentar as proposições locais em conferências municipais e motivar os conselheiros locais a participar na formação e capacitação.

Porém na prática muitos conselheiros locais têm dúvidas e incertezas quanto ao exercício de seu papel (LISBOA et al., 2016), assim como há um desconhecimento sobre as competências e responsabilidades do conselho local (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015), o que dificulta que essas ações sejam colocadas em prática.

Dessa forma, percebe-se que o conhecimento técnico, da legislação e a formação política são necessários para o exercício do controle social, para que as informações possam se capilarizar de forma acessível, sendo imprescindível que haja educação popular e capacitação dos conselheiros, para que os propósitos dos conselhos possam se tornar reais (RIBEIRO; NASCIMENTO, 2011).

Em relação a composição na presente análise apenas um CLS afirma não ser paritário em suas reuniões, sendo essas abertas a todos, porém possui uma mesa diretora com composição paritária. Oliveira e Dallari (2015) realizaram um estudo sobre esse CLS em questão, e constataram que não houve número predefinido de conselheiros ou observação se nas reuniões respeitava-se o critério de paridade, porém foi observada uma preocupação em assegurar a participação da comunidade. A convocação para as reuniões foi realizada através de contato telefônico, feito por um representante, ou pelo próprio gerente da UBS. Entretanto, o chamamento para as reuniões por telefone, muitas vezes pode restringir o número de convidados, sendo esse um fator que pode afetar a participação.

De qualquer forma, sendo os conselhos uma das maneiras encontradas para concretizar a democracia, uma de suas questões centrais é dar voz as demandas da sociedade civil (PEREIRA, et al., 2016) e permitir que ela participe das decisões, sendo um ponto crucial nessa discussão que todos tenham iguais condições de participação.

Dessa forma, a luta para se diminuir ou eliminar as relações assimétricas de poder dentro dos espaços de participação devem ser constantes, prestando a

atenção não somente ao número de pessoas, mas a qualidade da participação, desenvolvendo condições de igualdade que se referem tanto as regras institucionais, quanto à necessidade de influenciar nas condições sociais, na tentativa de também alterar os fatores de reprodução dessas desigualdades no âmbito institucional (LÜCHMANN; BORBA, 2008).

Essa necessidade de haver maior igualdade de participação deve ser refletida na dinâmica de funcionamento dos CLS, Amorim (2015) analisou o funcionamento das reuniões de CLS, e verificou que muitos conselheiros não conheciam a legislação do conselho e não tinham clareza do papel do controle social no SUS, o que por si já gera uma desigualdade na forma de participação. O mesmo autor também verificou que os temas mais abordados nas reuniões foram relacionados a questões de saúde, equipe, atendimento, aspectos administrativos da UBS e exames, assim como, do ponto de vista dos usuários, a fiscalização e realização de procedimentos assistenciais são os temas mais citados, tomando grande parte do tempo das reuniões. Essas são questões importantes, pois denotam que ainda há uma forte medicalização no debate, sendo que a mudança da visão do modelo biomédico também deve ser trabalhada, a promoção de saúde, humanização, incentivo a formação política, o esclarecimento do papel do controle social, da participação e as formas como ela pode ocorrer são essenciais para que os conselhos cumpram seu papel.

Essa busca por um modelo que seja direcionado para a integralidade, e que vá para além do modelo biomédico ainda é um desafio para o sistema, entretanto, a conformação de um modelo de saúde sofre influência de vários fatores, envolve valores, contexto, a concepção de saúde e a percepção sobre o direito à saúde. Sendo assim, as ações cotidianas do trabalho em saúde, as relações interpessoais, o envolvimento da comunidade, a responsabilização na atenção, o vínculo, acolhimento e humanização são fatores de grande peso nesse cenário (FERTONANI, et al., 2015).

Dessa forma, denota-se que existem vários desafios para a efetivação dos CLS, e eles se confundem com os do próprio controle social. Sendo que essa integração, entre gestão participativa e uma sociedade engajada, que busca a negociação é atravessada por relações políticas complexas, que ainda não estão

bem definidas, sendo difíceis de serem executadas, devendo-se procurar estratégias possíveis a curto e médio prazo que contribuam para a democratização da política de saúde e tornem a participação efetiva (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Considerações finais

Os documentos governamentais analisados incentivam a participação no nível local, porém não incluem orientações sobre as formas como pode ser colocada em prática, aponta-se também a necessidade de aprofundamento dos debates sobre o tema, sendo limitados os achados na literatura.

Nas legislações municipais, as formas de organização dos CLS são semelhantes entre os locais estudados, entretanto é necessário que os conselheiros e a população conheçam essas legislações para que elas sejam efetivas, bem como, por parte da gestão é necessário haver um favorecimento e abertura a participação, enxergando os usuários e trabalhadores como aliados e co-responsáveis na melhoria da assistência a saúde e promoção de qualidade de vida.

As limitações de nossa pesquisa foram que analisamos apenas as legislações disponíveis na rede, podendo ter levado a alguma restrição de conteúdo. A análise de legislações de esferas diferentes no mesmo texto também pode deixar a leitura extensa e mais pesada, entretanto pode contribuir para maior entendimento do tema.

Referências Bibliográficas

ANCHIETA (Município). Lei nº 628, de 3 de agosto de 2010. Cria os Conselhos Locais de Saúde. **Lei Nº 628, de 3 de Agosto de 2010**. Anchieta, ES, 3 ago. 2010.

AMORIM, Paulo Edson Gomes Botelho. **Controle social no município de Vitória da Conquista: uma análise dos temas e assuntos, sob a perspectiva legal, abordados pelos conselhos locais de saúde**. 2015. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Fundação Oswaldo Cruz, Vitória da Conquista, 2015.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.376-382, jun. 2003.

BELO HORIZONTE (Município); CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE; SECRETARIA DE SAÚDE. Resolução nº 399, de 30 de maio de 2016. Aprovar as adequações para o Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde para o município Belo Horizonte, conforme as adequações aprovadas na Resolução

CMSBH nº 397/2016. **Resolução CMS/BH 399/16**. Belo Horizonte, MG, 30 maio 2016.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (1990). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (1990). Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Portaria Nº 2.203, de 5 de Novembro de 1996**. Brasília, DF, 5 nov. 1996.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. [S./]: Conass, 2003. 248 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. COORDENAÇÃO-GERAL DE APOIO À GESTÃO DESCENTRALIZADA. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Editora MS, 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Portaria Nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006**. Brasília, DF, 22 fev. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Portaria Nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009**. Brasília, DF, 13 ago. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Editora MS, 2009. 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 11 nov. 2018.

BRASIL. CASA CIVIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Brasília, DF, 28 jun. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Brasília, DF, 21 out. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Resolução Nº 453, de 10 de Maio de 2012**. Brasília, DF, 10 maio 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).. **Portaria Nº 2.135, de 25 de Setembro de 2013**. Brasília, DF, 25 set. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA; DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA. **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS**. Brasília: Editora MS, 2013. 250 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Editora MS, 2014. 162 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2436, de 21 de novembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Brasília, DF, 21 nov. 2017.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s./l.], v. 10, n. 3, p.561-571, set. 2005.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; AFFONSO, Kátia de Carvalho. Direito a saúde e participação popular confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petropolis: Vozes, 2004. Cap. 11. p. 451-479.

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Popular participation in a local health council: limits and potentials. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s./l.], v. 24, n. 2, p.442-449, jun. 2015.

BUVINICH, Danitza Passamai Rojas. O mapeamento da institucionalização dos conselhos gestores de políticas públicas nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, [s./l.], v. 48, n. 1, p.55-82, fev. 2014.

CAMPO GRANDE; CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Município). Deliberação nº 009, de 6 de junho de 2003. Aprova o regimento interno para conselhos distritais e conselhos gestores de saúde. **Deliberação CMS N 009 de 06 de Junho de 2003**. Campo Grande, MS, 6 jun. 2003.

CARVALHO, Denis Barros de; SANTANA, Janaína Macêdo; SANTANA, Vera Macêdo de. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s./l.], v. 29, n. 1, p.172-183, 2009.

FEIRA DE SANTANA (Município). Regimento Interno de 17 de dezembro de 2008. Regimento dos Conselhos Locais de Saúde de Feira de Santana. **Regimento dos Conselhos Locais de Saúde de Feira de Santana-ba**. Feira de Santana, BA, 17 dez. 2008.

FERTONANI, Hosanna Pattrig *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s./l.], v. 20, n. 6, p.1869-1878, jun. 2015.

LISBOA, Edgar Andrade *et al.* Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s./l.], v. 14, n. 3, p.679-698, 15 ago. 2016.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; BORBA, Julian. Participação, desigualdades e novas institucionalidades: uma análise a partir de instituições participativas em Santa Catarina. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 1, n. 44, p.58-68, jan. 2008.

MARTINI, Débora; MORETTO NETO, Luis; PEREIRA, Juliana. A Articulação entre Conselhos Locais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde do Município de Florianópolis: um olhar sobre a cidadania deliberativa e o controle social. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, [s./l.], v. 1, p.50-74, 2013. Disponível em: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/02/Anais-GSP-Vol-1-Artigo-3.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2018.

MATUOKA, Renata Inahara; OGATA, Márcia Niituma. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Revista da Atenção Primária A Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p.396-405, out. 2010.

MIWA, Marcela Jussara; SERAPIONI, Mauro; VENTURA, Carla Aparecida Arena. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s./l.], v. 26, n. 2, p.411-423, jun. 2017.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah Maria. Dilemas da participação social em saúde: reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p.47-55, jan. 2010.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s./l.], v. 14, n. 3, p.795-806, jun. 2009.

OLIVEIRA, Milca Lopes de; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde e Sociedade**, [s./l.], v. 18, n. 1, p.141-153, mar. 2009.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s./l.], v. 25, n. 4, p.1059-1078, dez. 2015.

RIBEIRO, Fernanda de Brito; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do. Exercício de cidadania nos Conselhos Locais de Saúde: a (re)significação do “ser sujeito”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p.151-166, jan. 2011.

SOUZA, Andréia Vieira de; KRÜGER, Tânia Regina. Participação Social no SUS: Proposições das Conferências sobre o Conselho Local de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p.80-96, jan. 2010.

SPINK, Mary Jane Paris; MATTA, Gustavo Corrêa. A prática profissional Psi na saúde pública: Configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, Mary Jane Paris (org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Cap. 1. p. 25-48.

PEREIRA, Cleyton Feitosa; SANTOS, Emerson Silva. Participação social da população LGBT: o conselho nacional de combate à discriminação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 9, n. 18, p.175-205, jun. 2016.

PINAFO, Elisângela; CARVALHO, Brígida Gimenez; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s./l.], v. 21, n. 5, p.1511-1524, maio 2016.

RIBEIRÃO PRETO (Município). Ato nº 072, de 4 de maio de 1995. HOMOLOGA O NOVO REGIMENTO INTERNO DAS COMISSÕES LOCAIS DE SAÚDE. **Regimento Interno das Comissões Locais de Saúde - Ato 072/95**. Ribeirão Preto, SP, 4 maio 1995.

SÃO CARLOS (Município). Lei nº 12.587, de 17 de julho de 2000. Dispõe sobre a organização dos conselhos gestores nas unidades de saúde do Sistema Único de saúde e dá outras providências. **Lei Municipal 12.587 de Julho de 2000**. São Carlos, SP, 17 jul. 2000.

SÃO PAULO (Município). Lei nº 13.325, de 8 de fevereiro de 2002. Ficam instituídos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde nas unidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo, com caráter permanente e deliberativo, destinados ao planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução das políticas e das ações de saúde, em sua área de abrangência. **Lei Municipal Nº 13.325, 08 de Fevereiro de 2002**. São Paulo, SP, 8 fev. 2002.

SÃO PAULO (Município). Decreto nº 44.658, de 23 de abril de 2004. A organização de Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde e nas Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, instituídos pela Lei nº 13.325, de 8 de fevereiro de 2002, com as alterações introduzidas pelos artigos 20, 21 e 22 da Lei nº 13.716, de 7 de janeiro de 2004, fica regulamentada nos termos deste decreto. **Decreto Nº 44.658, de 23 de Abril de 2004**. São Paulo, SP, 23 abr. 2004.

VITÓRIA DA CONQUISTA; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE; CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Município). Regimento Interno nº 1, de 6 de fevereiro de 2013. O Conselho Municipal de Saúde, por maioria dos conselheiros presentes na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, de 06 de fevereiro de 2013, RESOLVE APROVAR o Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde de Vitória da Conquista. **Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde de Vitória da Conquista**. Vitória da Conquista, BA, 6 fev. 2013.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de Pesquisa**. 2. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina / Sistema Uab, 2013. 134 p.

SHIMIZU, Helena Eri; MOURA, Luciana Melo de. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.1180-1192, dez. 2015.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada

Entrevista com informantes chave

Procedimentos anteriores à entrevista:

Apresentar a pesquisa e os seus objetivos

Explicar como e porque o entrevistado foi selecionado

Enfatizar a importância da sua participação

Solicitar a concordância e assinatura do termo de consentimento.

Data da entrevista:

Horário de início e fim da entrevista:

Local da entrevista:

Nome do entrevistado:

Sexo:

Escolaridade:

Área de atuação:

- 1.Você poderia contar sua trajetória na temática da Participação popular? (acadêmica e prática)
- 2.Você já atuou em alguma organização participativa (ex: associação de moradores) ou conselho local?
- 3.O que te motivou a participar desse conselho local (ou outro)?
- 4.Utilizando a sua experiência, de que forma você acha que o nível local pode contribuir para a gestão participativa?
Agora, vamos falar especificamente da participação em nível local na saúde.
- 5.Gostaria que você explicasse o que você compreende como democracia participativa no setor saúde.
- 6.E em sua opinião como se constrói uma gestão participativa na saúde?
- 7.Para você existe alguma maneira de envolver a comunidade local na gestão da saúde?
- 8.Os CLS podem contribuir para a participação social? De que forma?

Nesta etapa da nossa entrevista, gostaria de saber sua opinião sobre o papel do CLS no sistema de saúde, sua organização e funcionamento.

9. Na sua opinião, qual deve ser o papel dos CLS?
10. E você acha que papel dos CLS está definido atualmente?
... Por que?
... O que poderia ser feito pra esclarecer esse papel?
11. O que seria fundamental para o funcionamento de um CLS?
12. Em sua opinião, quais são os pontos que todos os CLS devem ter em comum?
13. Quais seriam os papéis dos conselheiros locais?
14. E você acha que os papéis dos conselheiros locais estão bem definidos, ou seja, os conselheiros reconhecem suas atividades no CLS?
15. Em alguns estudos de nossa revisão verificamos que houve pouca tomada de decisões baseadas nos encaminhamentos dos CLS, em muitos casos, houve indicativos que isso ocorreu devido ao seu caráter consultivo. Qual a sua opinião diante disso?
16. Como deveria ser a atuação do CLS no âmbito do sistema de saúde para permitir maior poder ou influência nas decisões locais e municipais?
17. Como facilitar o envolvimento e a participação da comunidade nos CLS?
18. Qual seria a forma mais adequada de comunicação entre CLS e comunidade?
19. Como os encaminhamentos, demandas, propostas e sugestões dos CLS iriam se materializar?
20. Como deveria ser a inter-relação entre CMS e CLS?
21. Qual seria a forma mais adequada de comunicação em CLS e os CMS?
22. O que você acha que precisa mudar, considerando o cenário atual dos CLS?
Agora vamos nos encaminhando para o final...
23. Quais as limitações da participação popular nos CLS hoje?
24. Como superar essas limitações?
25. Há mais alguma coisa que acha importante falar?
26. Você conhece alguém que atue ou atuou em conselho de saúde possa contribuir para a pesquisa, que seja conhecedor ou estude esse tema?

Fonte: Autores

APÊNDICE C – Termo de consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) baseado na Resolução 510/2016

Prezado (a) participante, Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo intitulado “Conselhos Locais de Saúde: Uma proposta de estruturação”, esse estudo faz parte de uma dissertação de Mestrado do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvida por Marcela Gomes Ferreira, discente do programa, e orientada pela Profa. Dra. Daniela Alba Nickel. Este estudo segue as normas éticas contidas na Resolução 510/2016 do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa sob parecer 2.878.929.

Esse estudo tem por objetivo sistematizar um desenho de organização dos Conselhos Locais de Saúde para favorecer a participação da comunidade. A pesquisa se justifica por não haver uma normativa que os situe dentro do desenho nacional do sistema de saúde, bem como uma carência de pesquisas no tema, trazendo uma necessidade de haver uma compreensão mais profunda dos mesmos, suas delimitações e funções e papéis. Para que possamos construir esse desenho da organização, vamos precisar além da pesquisa na literatura e análise documental, algumas informações recolhidas através de entrevistas com pessoas que entendam do assunto, essas entrevistas serão registradas em gravador digital e por escrito. Para participar desse estudo o (a) Sr. (a) deverá responder uma entrevista com perguntas semi-estruturadas. Em alguns casos não será possível realizar um encontro pessoal, sendo assim, a entrevista será realizada por vídeo chamada. Calcula-se que o (a) Sr. (a) levará em média 40 minutos para responder. A participação do (a) Sr. (a) é voluntária, ou seja, não é obrigatória, não terá qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. A qualquer momento, o (a) Sr. (a) pode recusar ou retirar o consentimento sem prejuízos,

podendo entrar em contato com os pesquisadores. Os contatos estão disponíveis ao fim deste termo. As perguntas serão apenas sobre aspectos gerais do conselho e da participação popular, não serão perguntados aspectos da sua vida pessoal. Apesar disso, a sua participação na pesquisa poderá lhe trazer o incomodo de dispor de seu tempo para responder a entrevista. Caso alguma pergunta proporcione ao Sr. (a) qualquer tipo de desconforto, esclarecemos que o(a) Sr. (a) tem total liberdade para escolher não respondê-la ou parar os questionamentos a qualquer momento que decidir. A pesquisa poderá ser divulgada em revistas científicas, congressos ou outras formas de comunicação, porém a confidencialidade das informações pessoais e o sigilo do participante são garantidos. Há ainda, um risco mínimo de identificação indireta do participante, seja por ser visto respondendo a entrevista ou por alguma fala, porém as autoras da pesquisa se comprometem a realizar uma análise cuidadosa para reduzir ao máximo as chances de haver brechas para identificação indireta, assim como é garantida a assistência ao participante da pesquisa se algum desses danos virem a ocorrer. O Sr. (a) terá direito de pedir indenização caso se sinta lesado de alguma forma em decorrência da sua participação nessa pesquisa, bem como pode solicitar aos pesquisadores ressarcimento de quaisquer despesas que possa ter tido ao participar dessa pesquisa. A pesquisa trará como benefício para o (a) Sr. (a) e sua comunidade, a oportunidade de contribuir para o entendimento da organização dos Conselhos Locais de Saúde. Entendendo a organização os envolvidos podem realizar melhor suas funções, bem como se empoderar e serem incentivados a participar das decisões de sua comunidade, unidade de saúde e das políticas públicas que afetam a sua vida diária, fortalecendo assim o controle social, aumentando o diálogo entre sociedade e Estado.

Destacamos que sua participação é muito importante para o desenvolvimento desta pesquisa. Qualquer dúvida que o (a) Sr. (a) possa ter será esclarecida pelas pesquisadoras antes, durante ou após a pesquisa, sendo assim, em caso de dúvida ou necessidade entre em contato com as pesquisadoras conforme os contatos listados ao fim deste termo. O (a) Sr (a). ficará com uma via deste termo de consentimento e em caso de não haver encontro com as pesquisadoras, o documento será enviado via endereço eletrônico para o (a) Sr. (a), digitalizado e assinado pela pesquisadora. Pedimos para que guarde

cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. O Sr. (a) também terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado. Sua participação será confidencial e as informações repassadas serão analisadas sem a utilização de seu nome. Assim, caso houver interesse em participar dessa pesquisa, solicitamos a sua assinatura abaixo, consentindo em sua participação. E caso receba o termo via endereço eletrônico, solicitamos que o (a) Sr (a) assine o termo e o envie digitalizado para as pesquisadoras. **Grata pela sua colaboração.**

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC. O Comitê de Ética é o órgão que tem por finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa maneira, o comitê tem o papel de revisar e acompanhar os protocolos de pesquisa, analisando sua conformidade com as legislações e respeito aos princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade; desempenha também um papel educativo e consultivo; recebe denúncias de abusos ou notificação de fatos adversos ocorridos na pesquisa, bem como toma as providências necessárias nesses casos. Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC: Prédio da Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima n. 222, Trindade, Florianópolis/SC, Email: cep.propesq@contato.ufsc.br. Tel: (48) 3721-6094.

Contato dos responsáveis: Profa. Dra. Daniela Alba Nickel, Email: danielanspb@gmail.com, Tel: (48) 37213417 / Marcela Gomes Ferreira, Email: marcelagf.fisio@gmail.com, Tel: (48)998318738. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Departamento de Saúde Coletiva, Campus Universitário, Bairro Trindade, CEP 88040-900, Florianópolis. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, que autorizarei anotações e a gravação em aparelho digital da minha entrevista e que concordo em participar. Eu, _____, RG,

_____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do entrevistado

Eu, Marcela Gomes Ferreira, atesto que esclareci cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante. _____

Marcela Gomes Ferreira

_____, ____ de _____ de ____.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conselhos Locais de Saúde: Uma proposta de estruturação

Pesquisador: Daniela Alba Nickel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93482718.8.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.878.929

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta às pendências de um estudo vinculado ao programa de pós-graduação em saúde pública que pretende investigar acerca dos conselhos locais de saúde em uma perspectiva de estruturação. É um estudo orientado pela profa. Dra Daniela Alba Nickel e que tem como desenho metodológico ser um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Terá como participantes 15 profissionais, estudiosos, pesquisadores identificados pelas publicações sobre o tema e pelo Currículo Lattes a partir das publicações identificadas. Serão desenvolvidas pesquisa documental, de literatura e entrevistas presenciais ou por vídeo chamada. O estudo pretende enviar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido digitalizado para os participantes cujas entrevista não puderem acontecer de forma e se propõe a seguir a Resolução 510/2016.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Determinar um desenho de organização dos Conselhos Locais de Saúde para favorecer a participação da comunidade.

Objetivo Secundário:

Delimitar um referencial teórico que oriente a organização de conselhos locais de saúde; Delimitar os objetivos intermediários e finalísticos dos conselhos locais de saúde; Identificar características da organização e funcionamento do conselho local de saúde que favoreçam a participação da

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.078.829

população; identificar características do contexto que influenciam na organização e funcionamento dos conselhos locais de saúde; Desenvolver uma proposta de modelo lógico para os conselhos locais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios:

Os benefícios esperados da pesquisa, é a contribuição teórica para qualificar a organização dos CLS com finalidade de favorecer a participação da comunidade, e consequentemente o empoderamento da população.

Riscos:

Os riscos que a pesquisa pode trazer são as de constrangimento ou desconforto ao responder alguma questão, porém fica assegurado ao participante o direito de não responder a questão e a liberdade de decidir não mais participar, e ser retirado da pesquisa a qualquer momento que desejar. É assegurado ao participante da pesquisa sigilo de identidade, porém há algum risco de identificação indireta do participante, seja por ser visto respondendo a entrevista, pelo setor que representa ou por alguma fala, porém as autoras da pesquisa se comprometem a realizar uma análise e tratamento de dados cuidadosa para reduzir ao máximo as chances de haver brechas para identificação indireta dos participantes. Os dados serão guardados meticulosamente sob tutela das pesquisadoras responsáveis, sendo conservados por cinco anos, e só após esse período, realizar-se-á o descarte com a devida atenção para não haver extravios. As pesquisadoras também se comprometem a divulgar e publicar os resultados da pesquisa, resguardando o sigilo dos sujeitos, tanto para a comunidade como diretamente para os atores envolvidos e participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores procederam a inclusão de qual Resolução estarão seguindo no desdobramento do projeto como conteúdo do TCLE respondendo os questionamentos deste CEPGH.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Readequado e de acordo com a Resolução 510/2016.

Recomendações:

não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

conclusão: aprovado.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.078.829

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1128757.pdf	23/08/2018 15:33:11		Aceito
Outros	Cartarespostapendencias.docx	23/08/2018 15:32:30	Daniela Alba Nickel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentodescritvionovo.d ocx	23/08/2018 15:28:30	Daniela Alba Nickel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	dissertacaoetica.pdf	03/07/2018 17:32:53	Marcela Gomes Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/07/2018 17:29:39	Marcela Gomes Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 06 de Setembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br