



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO
Rua Cícero Eduardo S/N – Bairro Junco – 64.600-000 – Picos –PI
Fone (89) 3422-1087 – Fax (89) 3422-1043



**Controle Social e Gestão Participativa em
Saúde no município de Picos-PI 2000-2012**

**Social Control and Participatory Management in
Health in the city of Picos -PI 2000-2012**

Kéllya Rhawyllssa Barros Luz¹, Maria de Fátima Ibiapina², Douglas Moraes Bezerra³

¹ Bacharelado em Administração UFPI

² Bacharelado em Administração UFPI

³ Mestre em Administração, Professor da UFPI

KÉLLYA RHAWYLLSSA BARROS LUZ
MARIA DE FÁTIMA IBIAPINA

**Controle Social e Gestão Participativa em
Saúde no município de Picos-PI 2000-2012**

**Social Control and Participatory Management in
Health in the city of Picos -PI 2000-2012**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Administração da
Universidade Federal do Piauí, Campus
Senador Helvídio Nunes de Barros, no período
2014.2, como requisito para obtenção do grau
de Bacharel em Administração.

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

L979c Luz, Kéllya Rhawyllssa Barros.

Controle social e gestão participativa em saúde no município de Picos 2000 - 2012 / Kéllya Rhawyllssa Barros Luz ; Maria de Fátima Ibiapina. – 2014.

CD-ROM : il; 4 ¾ pol. (29 f.)

Monografia(Bacharelado em Administração) –
Universidade Federal do Piauí. Picos-PI, 2014.

Orientador(A): Prof. Ms. Douglas Moares Bezerra

1. Controle Social. 2. Gestão Participativa em Saúde. 3. Conselho. I. Título.

CDD 362.11



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO
Rua Cícero Eduardo S/N – Bairro Junco – 64.600-000 – Picos – PI
Fone (89) 3422-1087 – Fax (89) 3422-1043



PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE ARTIGO CIENTÍFICO
DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

KÉLLYA RHAWYLLSSA BARROS LUZ
MARIA DE FÁTIMA IBIAPINA

**Controle Social e Gestão Participativa em
Saúde no município de Picos-PI**

A comissão examinadora composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, considera o discente como:

- Aprovado(a).
 Aprovado (a) com restrições
 Restrições sugeridas
 Restrições obrigatórias

Observações: A nota será condicionada a entrega do TCC final com todas as alterações sugeridas pela banca e acordada nos prazos previamente estabelecidos.

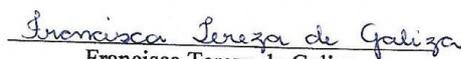
Picos (PI), 24 de JANEIRO de 2015



Douglas Moraes Bezerra



Karla Maria Mateus



Francisca Tereza de Galiza

RESUMO

O cenário de indignação e desconfiança existente no Brasil provocou um desalinhamento entre os interesses públicos, fazendo emergir através das lutas a participação da sociedade na programação das políticas públicas. A gestão participativa surgiu como espaço democrático, onde a comunidade é corresponsável pela elaboração e tomada de decisão. Com a Constituição Federal de 1988, foi possível institucionalizar através das lutas, espaços democráticos dentro da estrutura política do país. Nesse sentido o presente estudo buscou conhecer e analisar a prática da gestão participativa exercida no controle social pelo Conselho Municipal de Saúde de Picos-PI. Para isso foi realizada uma pesquisa documental utilizando às atas do Conselho de Saúde de Picos-PI 2000-2012, e observação não participante em reuniões do conselho no período da pesquisa. Após leitura e mapeamento das atas os dados foram analisados e categorizados. As categorias que emergiram foram as seguintes: a estrutura do conselho; a influência da população civil nas decisões do conselho; a influência do conselho na formação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde e a relação política entre os integrantes do conselho. Pode-se concluir que os espaços democráticos existem, necessitando de maior divulgação para efetivar de fato uma gestão participativa, bem como promover educação dos conselheiros e dos usuários. Por conseguinte observou-se a persistência de uma administração baseada no clientelismo e patrimonialismo, estruturas marcadamente antidemocrática.

Palavras - Chave: Controle Social. Gestão Participativa. Saúde. Conselho. Município.

ABSTRACT

The indignation scenario and mistrust in Brazil caused a misalignment between public interests , giving rise through the struggles the participation of society in the planning of public policies. Participatory management has emerged as a democratic space where the community is co-responsible for the preparation and decision making. With the Federal Constitution of 1988, it was possible to institutionalize through the struggles , democratic spaces within the political structure of the country. In this sense the present study aimed to know and analyze the practice of participatory management in the social control exercised by the Municipal Council of Health Picos -PI . For this documentary research using the minutes of the Board of Health Picos -PI 2000-2012 was performed , and non-participant observation in board meetings during the study period . After reading the minutes and mapping the data were analyzed and categorized . The categories that emerged were: the board structure; the influence of the civilian population in board decisions ; the influence of advice on training, implementation and evaluation of public health policies and the political relations between the members of the board. It can be concluded that democratic spaces exist , requiring greater disclosure to effect indeed a participatory management , and promote education for board members and users . Therefore there was a persistent management based on clientelism and patronage , markedly undemocratic structures

Keywords: Social control. Participatory Management . Health. Advice. Municipality

1 INTRODUÇÃO

O descontentamento com o cenário nacional em junho 2013 levou milhares de pessoas às ruas, com o intuito de reivindicar contra o aumento na tarifa do transporte coletivo. Embora tenha sido considerado, por muitos, um motivo banal, fez reacender nas pessoas o sonho de construir uma sociedade menos desigual e injusta. Em muitos estados essas manifestações tinham como objetivo a luta por melhores serviços de saúde, educação, segurança, enfim, pelos direitos básicos garantidos pela Constituição Federal de 1988.

Em São Paulo essas manifestações se constituíram através do Movimento Passe Livre – MPL que representou a experiência concreta de luta contra a exclusão urbana. Na tentativa de compreender melhor o sentido dessas manifestações este movimento concluiu, após uma discussão coletiva, que as manifestações evidenciaram a indignação popular com a forma pela qual está ordenada a política, com a corrupção, com a homofobia, com os partidos políticos. Tinha como objetivo central a mobilização social que exigia um modelo de organização que afastassem a hierarquização (2013).

Como se pode perceber esse cenário de indignação e desconfiança existente no Brasil evidencia um desalinhamento entre a ação dos gestores públicos e os interesses dos usuários dos serviços públicos, forçando-os a exigir que as suas necessidades sejam atendidas através da luta e da participação direta nas questões referentes às decisões do Estado.

As reivindicações constituem de fato um momento de luta por direitos, de modo que a democracia só será exercida se permitirmos que a organização da sociedade seja pautada em ações concretas, advindas das reivindicações, do inconformismo diante da injustiça social, e que, de fato, tenhamos uma efetivação dos direitos constitucionais sociais (MAIOR, 2013).

Nesse contexto torna-se necessário refletir sobre as formas de participação da população na formulação e na implementação das políticas públicas. A reivindicação por participação não é algo novo, assistiu-se na década de 80 a população organizada ir às ruas reivindicar eleições diretas durante as manifestações “Diretas Já!”, e viu-se também na década de 90 a força das manifestações sociais derrubar o presidente do Brasil Fernando Collor de Mello através do movimento conhecido como “Fora Collor!”.

Com a Constituição Federal de 1988 a população conseguiu institucionalizar através das lutas, importantes espaços democráticos dentro da estrutura política do país como os conselhos, os fóruns, as ouvidorias, as conferências, câmaras temáticas. Esses espaços trazem consigo o desafio de gerir o Estado por meio de outra lógica, de uma perspectiva pouco debatida pelos estudos em Administração, a Gestão Participativa.

De acordo com Paro (2007) a gestão participativa (ou compartilhada), como o próprio nome sugere, compreende aquela em que todos os agentes envolvidos participam no processo decisório, partilhando méritos e responsabilidades. Dentro do processo democrático e descentralizador a gestão participativa propicia igualdade de condições na participação e distribuição equitativa de poder, responsabilidades e benefícios. A gestão participativa se configura como espaço de discussão, de análise, estruturados em democracia, cidadania e inclusão social.

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, viu-se muito presente esse modelo de gestão a partir da conquista dos espaços democráticos, no caso em estudo a gestão participativa se faz presente através dos conselhos de saúde que surgem no final da década 80, com a tentativa de permitir que a população participe da gestão e do controle social. A lei 8142/90 (Brasil, 1990), de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no setor da saúde. O SUS conta com instâncias colegiadas em cada esfera: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde.

Contudo a estrutura política brasileira apresenta fortes barreiras para a consolidação desses espaços. O Estado brasileiro se caracteriza pela presença ainda muito forte de práticas como o clientelismo, patrimonialismo, pela existência de estruturas oligárquicas e pela fragilidade do regime democrático. No Piauí, não é muito diferente. É possível perceber características marcadamente antidemocráticas nos padrões de relação existentes na formação do Estado piauiense que cristalizou algumas características do processo de colonização do Piauí tais como: a concentração de poder, a baixa integração nacional e a baixa qualificação da população (BEZERRA, 2011).

Em contrapartida a partir de 2003 ingressa no governo do estado do Piauí um representante de um dos agrupamentos que mais lutou pela conquista desses espaços democráticos no estado brasileiro, o governador eleito Wellington Dias pelo Partido dos Trabalhadores (PT), tendo em nível federal o Presidente Luís Inácio da Silva (PT).

Nesse sentido o objetivo deste estudo foi conhecer e analisar a prática da gestão participativa exercida no controle social pelo Conselho Municipal de Saúde de Picos-PI, de 2000-2012, diante da política antidemocrática vivenciada nas últimas décadas.

A inquietação em estudar Gestão Participativa e Controle Social na Saúde emergiu em decorrência de uma das participantes ser profissional de saúde e desconhecidora das ações do conselho enquanto espaço democrático. Este trabalho justifica-se pela importância da análise da participação social em contexto loco-regional, constituindo um desafio diante da ausência de democracia de fato na sociedade em que vivemos. A relevância da pesquisa encontra-se no fato de reunir subsídios para contribuir com o município, a sociedade e os conselheiros, aprimorando o processo de capacitação e atuação no âmbito da saúde pública.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Definição e Origem da Gestão Participativa no Brasil

Os movimentos sociais ocorridos recentemente no Brasil remetem à busca pela democratização, por um tipo de gestão mais democrático, que permita a participação dos diversos atores na formulação, implementação e controle das políticas públicas.

Assim como no Brasil, nos demais lugares do mundo no decorrer da história a busca por esse tipo de gestão tem relação direta com a existência de grupos sociais excluídos que buscam ter seus interesses atendidos e que veem na participação direta a única forma de garanti-los. Segundo Hannah Arendt (1988), “não se pode narrar a História do século XX sem urdi-la com os fios da Revolução”. Destacam-se a Revolução Russa (1917), Revolução Alemã (1918), Revolução Chinesa (1949), Revolução Cubana (1959).

A discussão sobre a Gestão Participativa surge a partir do século XX com as lutas sociais contra as condições de trabalho e vida da classe trabalhadora mundial. Segundo Vechia (2005) o final do século XIX e início do século XX foram marcados pela cisão em blocos, de um lado os social-democratas que apoiavam a guerra da Alemanha e buscavam melhorias para os trabalhadores dentro da ordem capitalista e de outro os chamados comunistas, que defendiam uma sociedade igualitária, sem classes e baseada na propriedade comum dos meios de produção, enquanto o socialismo defendia uma graduada forma de intervenção do Estado e racionalização da economia, sendo considerada uma fase de transição para o comunismo.

No que se refere à Gestão Pública, os elementos que fundamentam a Gestão Participativa se localizam na concepção reformista ou social-democrata. Essa concepção foi

formulada por Eduard Bernstein e defendia que a revolução era necessária, pois era possível chegar ao socialismo com reformas pontuais, acreditavam que as transformações viriam com o tempo, de acordo com o nível de consciência das massas. De acordo com Andrade (2006) Bernstein, na evolução de suas ideias, passou a defender uma proposta de elaboração de uma ampla e profunda revisão das teses fundamentais de Marx e Engels, com intuito de oferecer subsídios para a teoria reformista, que procurava perceber as mudanças políticas, econômicas e sociais geradas pelo capitalismo, bem como investigar as consequências e seu impacto.

Por fim Bernstein defendia:

A passagem da anarquia da produção ao controle social a cargo do Estado, a suplantação da reificação das relações sociais e da alienação do trabalho pelo despertar moral de todas as classes sociais e a substituição da luta de classes pela cooperação geral (ANDRADE, 2006. p. 155).

Em contrapartida ao reformista Eduard Bernstein, surge a alemã Rosa Luxemburgo que segundo Andrade (2006) afirmava que o revolucionarismo seria a própria essência do socialismo, reforçando o dilema entre reforma social e revolução social-democracia. Para a alemã a luta pela reforma social seria o meio e a revolução social seria o fim.

Cruz (2010) reforça as ideias de Rosa Luxemburgo que defendia a multiplicação de cooperativas de produção e de consumo, o aumento do poder sindical e a ampliação da democracia parlamentar, destacava ainda a importância das lutas por reformas, mas que somente as reformas não bastariam para abolir as ideias do capitalismo de produção e que os operários não deveriam se afastar da conquista de poder pelos ideais revolucionários.

Lênin em seus discursos defende a necessidade de uma organização estável, quanto maior a quantidade de massa na luta maior seria a organização, essa organização seria composta por pessoas das atividades revolucionárias. Continua afirmando a necessidade de se avançar além da democracia formal, limitada e cínica do capitalismo. Nesse contexto chama atenção para aspectos primordiais que o partido não pode negligenciar: ausência de uma educação revolucionária; a utilização inadequada e excessiva do princípio eleitoral e o afastamento dos operários da verdadeira atividade revolucionária (BOGO, 2005).

Dessa forma constata-se que Lenin e Rosa conduziam seus trabalhos afirmando que o reformismo e a ampliação dos espaços democráticos eram uma forma de fortalecer o capitalismo, principalmente após a guerra do muro de Berlim. Com o fim da guerra fria a gestão participativa defendida por Eduard Bernstein se tornou uma forma de controlar ainda mais o trabalhador através da participação (Toyotismo e reestruturação produtiva).

Segundo Faria (1987), atualmente a Gestão Participativa é uma forma de gestão que se encontra no primado da gestão capitalista e é uma ofensiva integradora do capital, sendo que “não ultrapassa o nível de uma estratégia ou tecnologia de gestão a serviço da acumulação capitalista”. Porém, a gestão participativa corresponde, na realidade, a uma das formas mascaradas de obter o comprometimento da população, fazendo com que essa se sinta como parte do processo, mas que na verdade não tem nenhum poder sobre esta, ou não está no mesmo nível de controle.

Contudo Misoczky (2003) entende a gestão participativa como uma orquestra de um conjunto de políticas construídas em parceria com a sociedade, permitindo a construção de ações planejadas por executores e usuários. Bava (2001) complementa que é necessário instituir mecanismo de participação para que as comunidades venham a orientar e fiscalizar as ações do governo, através dos conselhos e dos espaços institucionalizados de participação social como apontam Dobashi e Gonçalves (2006).

Segundo Hermel (1990) as razões pelas quais as empresas e organizações se interessam pela Gestão Participativa são: a busca de resultados; as considerações humanistas; a preocupação pela ‘vida interior da empresa’; as necessidades da direção e a necessidade de

mudança. No Brasil a partir das pressões de sindicatos e empregados surgem novas formas de organizar o trabalho “formas de trabalho mais criativas passaram a se desenvolver, procurando identificar melhor o indivíduo com as metas empresariais” (HILLESHEIM; COSMO, 1988, p. 55).

No Brasil, a Gestão Participativa só entra na agenda da Administração Pública, com a Constituição de 1988, como resultado das lutas pela redemocratização do país. A partir de então o Estado passou por um processo de reorganização da sociedade com transformações institucionais, jurídicas e administrativas. São exemplos dessas mudanças a promulgação desta Constituição e as leis orgânicas da saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90), que modificaram a maneira de relacionamento entre sociedade e governo, porém com alguns entraves.

Entretanto, as experiências dos conselhos ocorreram a partir de 1960, com os conselhos comunitários. Em 1980 surgem os conselhos populares iniciando uma nova forma de organização dos movimentos sociais, de acordo com Gohn (2000). Mais recentemente surgem os conselhos gestores de políticas públicas que segundo Teixeira (2005), foram instituídos legalmente com caráter consultivo e/ou deliberativo pela Constituição federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, prevê a saúde como uma concepção ampla, como um direito universal de cidadania, resultante de condições de vida e trabalho e inserida no plano das políticas sociais com formato de “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício através de políticas sociais e econômicas e do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

As leis orgânicas da saúde que instituem e regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), discutem também a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros no setor da saúde. Além disso, essas leis inserem na estrutura do SUS instâncias colegiadas em cada esfera: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde.

De acordo com Doin et al (2012) e Loureiro et al (2012), no quesito transparência e controle social, os movimentos ocorridos no Brasil, na década de 1980 e nos dias atuais, sinalizam para mudanças no padrão econômico, com alterações na atuação do Estado e da Sociedade. Kleba e Comerlato (2011) e; Gurgel e Justen (2013) enfatizam que os movimentos sociais proporcionaram um fortalecimento das estruturas de controle estatal e difusão do controle social como conselhos gestores de políticas públicas, ouvidorias e as conferências de saúde.

Com a lei nº 8142/90 (BRASIL, 1990) a participação social é sinal de conquista através de representações de diferentes segmentos envolvidos no processo, nas conferências e nos conselhos de saúde. Sousa e Horta (2012) refletem que essa participação exige o conhecimento dos atores envolvidos, sejam eles trabalhadores, usuários, gestores e representantes. Tendo esses as responsabilidades de ampliar os projetos bem como reduzir a alienação da sociedade.

A lei prevê a realização das Conferências Nacionais de Saúde a cada quatro anos convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde, reunindo representantes da sociedade, usuários do SUS, representantes do governo, prestadores de saúde e trabalhadores de saúde, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formulação da política de saúde dos municípios, estados e âmbito nacional. Sendo as conferências de caráter consultivo, e os conselhos de saúde com caráter permanente e deliberativo, de acordo com Zanardi; Cordoni (2004).

O Controle Social em Saúde é:

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

Em relação ao Relatório de Gestão, segundo a Resolução nº333/2003(Brasil, 2006) compete ao conselho analisá-lo, discuti-lo e aprová-lo, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento e entende o controle social como movimento de repolitização da saúde decorrente de estratégia de mobilização social com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania, pelo diálogo com a sociedade, para além dos limites institucionais do SUS, para que os papéis dos diferentes atores sejam plenamente exercidos. Estabelecido como uma das diretrizes para o processo de gestão compartilhada e solidária, o controle social traz em seu bojo direitos a garantir. De acordo com o relatório da 13ª Conferência (BRASIL, 2008) deve-se exigir dos gestores a prestação de contas e do relatório de gestão em audiências públicas, remetendo-os aos Conselhos de Saúde e divulgando-os em meio expresso e eletrônico (Brasil, 2006). A resolução nº 453, de maio de 2012, revoga a anterior e a normatiza com aprovação das diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, na mesma corrente de ação.

De acordo com Cotta, Cazal e Castro (2008), o controle social passa a ser a pedra de toque do Sistema Único de Saúde (SUS), resgatando os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade. Destarte, o controle social passa a ser considerado uma conquista, sendo a principal estratégia de garantia da descentralização e municipalização (CORREIA, 2005; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; COTTA et al., 2006).

No âmbito da Sociologia, a expressão “controle social” geralmente é caracterizada nos dicionários como circunscrevendo uma temática relativamente autônoma de pesquisa, voltada para o estudo do “conjunto dos recursos materiais e simbólicos de que uma sociedade dispõe para assegurar a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados” (Boudon; Bourricaud, 1993).

Nessa perspectiva o controle social exercido nos conselhos de saúde surgiu como tentativa de incluir a sociedade como coparticipadora das decisões, na formulação de políticas públicas de saúde, com o objetivo de garantir a efetividade nas políticas públicas (REICHELES, 2000)

O Conselho de Saúde diferente das Conferências é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo. Brasil (1994) reforça que para isso os conselhos devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando a execução da política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seus rumos. A composição é garantida pela lei 8142/90 tendo como representantes o governo, prestadores de serviços, profissionais e usuários, sendo paritária em relação usuários e demais representantes: sendo 50% de usuários e os demais 50% divididos entre 25% de prestadores de saúde e 25% de trabalhadores de saúde. Os representantes dos usuários devem ser indicados pelas entidades ou movimentos a que pertencem, mediante discussão interna ou em plenárias populares.

Conforme Reichelis (2000) os conselhos são espaços que estão sendo construídos pela ação coletiva de inúmeros sujeitos sociais, especialmente no âmbito dos municípios, que buscam a ampliação e fortalecimento de poder local. De acordo com Martins (2007) os conselhos de saúde se tornaram mecanismos estratégicos de democratização do poder decisório no Sistema Único de Saúde, sendo necessário avaliar os desafios encontrados, as possibilidades apresentadas e ressaltar a necessidade de presença ativa dos sujeitos para construção desse processo de democratização.

Os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde são mecanismos de controle social em uma sociedade que defende uma gestão participativa, através das discussões e formulação de políticas públicas para atendimento das necessidades da comunidade. Diante do papel do controle social vivenciado no SUS Silva e Coelho (2010) afirmam que a simples implementação da participação social não garante mudanças de paradigmas, mas propiciam debates na agenda da gestão, o compartilhamento do poder e da responsabilidade sobre as ações e serviços de saúde.

Muitos são os desafios encontrados na execução da política social participativa. Conforme Souza e Ramalho (2010) um dos pontos mais críticos é a sensibilização da comunidade e dos trabalhadores em se fazer um ator social, um ator participativo do processo.

Para Paula (2003),

O controle social é idealizado, pois não há mecanismos para que esse controle ocorra, nem a transparência esperada. Outro sinal do carácter da participação social na estrutura e dinâmica governamental da vertente gerencial é a ênfase no engajamento da própria burocracia pública ou dos quadros das organizações sociais no processo de gestão. A estrutura e a dinâmica do aparelho do Estado pós-reforma não aponta os canais que permitiriam a infiltração das demandas populares (Paula, 2003, p.43).

Segundo Paula (2005), os brasileiros nas últimas décadas estiveram engajados no processo de redemocratização do país buscando reformar o Estado e construir um modelo de gestão pública capaz de torna-lo mais aberto às necessidades dos cidadãos brasileiros mais voltados para o interesse público e mais eficiente na coordenação da economia e dos serviços públicos.

De acordo com Raupp e Agostineto (2010) a ausência de transparência e prestação de contas dos gastos públicos é um tema constante em discussões na administração pública, sendo elemento básico para proporcionar maior confiança entre gestores e sociedade.

O controle social exercido pelos cidadãos é de grande importância, pois se trata de gestão de recursos públicos, necessitando de prestação de conta e participação social. A Constituição Federal de 1988 reforça o poder de cidadania expresso pela participação social, e Dallari (1998) comenta que cidadania constitui um conjunto de direitos que dá à pessoa possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo, sendo marginalizadas, excluídas da vida social e da tomada de decisão aquelas pessoas que não têm cidadania.

Costa (2006), em seu estudo afirma que o processo de democratização do estado Brasileiro passa necessariamente pela inserção dos segmentos nos espaços públicos (partidos, sindicatos, associações, conselhos dentre outros) para que se possa restituir a fala e o seu poder de julgar, decidir ou deliberar.

A democracia, para ser verdadeira e hegemônica, deve promover a gestão realmente popular do poder suscitando o maior grau de subjetividade no maior número da população. (Semeraro, 2001)

2.2 Brasil: Uma História Marcadamente Antidemocrática

Discutir a gestão participativa no Brasil exige um esforço histórico de entender as raízes do processo de formação do Estado Brasileiro. Pois parte da estrutura política do Brasil se explica pelos elementos políticos históricos que marcaram a história Brasileira como aponta Júnior (2008) ao afirmar que a formação do Estado Brasileiro, ocorreu mediante uma colonização de exploração, onde a ocupação do território nacional não se tratava apenas de um projeto de desbravamento do mar do espírito aventureiro português, mas estava relacionado à busca de alternativas que permitissem a ampliação do comércio europeu.

Contudo o Brasil está caracterizado por uma trajetória antidemocrática, assim como o estado do Piauí. Para Silva, Ramos e Bezerra (2014) o processo de formação do Estado Brasileiro é marcado por mudanças administrativas pautadas na estrutura social, podendo citar as reformas administrativas de Getúlio Vargas de 1930, e a reforma administrativa da Ditadura Militar e a de Bresser de 1995, marcadas pelo patrimonialismo, personalismo e a presença de uma classe que domina o país.

Costa (2012) conceitua o patrimonialismo como forma de dominação política que não faz distinção entre o público e o privado, estando presente no cotidiano brasileiro até os dias atuais na forma de clientelismo, favoritismo e coronelismo, e Faoro (2001) como um tipo institucionalizado de domínio que sobreviveu a todas as mudanças que marcaram o processo de consolidação da estrutura estatal brasileira.

Na forma de clientelismo, o patrimonialismo pode ser compreendido como uma troca de favores entre os que detêm o poder em suas mãos e a população de classe mais baixa, ou seja, trata-se de uma concessão de benefícios públicos, na forma de empregos, benefícios fiscais, isenções, em troca de apoio político, sobretudo na forma de voto (CARVALHO, 1997).

A colonização do Brasil está voltada para a exploração dos recursos naturais de um território com vastas potencialidades, tomando aspecto de empresa comercial. Sergio Buarque de Holanda interpreta a formação do Estado Brasileiro explicando a origem dos conceitos patrimonialistas, relacionando-os a um traço comportamental cultural do brasileiro, o qual ele o define por "homem cordial" que na vida pública não distingue o interesse privado do interesse coletivo (Júnior, 2008).

A revolução de 1930, segundo Costa (2010), representou a tomada do poder por grupos oligárquicos, a passagem do Brasil agrário para o Industrial. Anteriormente, o Brasil estava diretamente relacionado a uma economia apoiada na exportação de produtos primários, principalmente café, onde o lucro concentrava-se nas mãos dos grandes produtores, sobretudo em São Paulo, que tinham seus interesses protegidos pelo governo federal com uma política de câmbio favorável à formação de estoques.

No período militar, a insatisfação com essa estrutura de estado se tornou mais evidente, ganhando caráter orgânico e passando-se a reivindicar um estado "mais público". A intensa luta contra a centralização e o autoritarismo nesse período no exercício do poder público foi impulsionada por setores organizados da classe trabalhadora através da fundação da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e do Partido dos Trabalhadores (PT) que transformaram a participação social como eixo central das mobilizações (VELOSO; MOURA; BEZERRA, 2013).

Raymundo Faoro, outro intérprete da formação do Estado brasileiro, discorre que ocorreu dessa forma porque o Brasil foi oriundo de um capitalismo politicamente orientado. Este por sua vez pode ser definido como uma forma de gerir o Estado com base nas concessões de uma classe ou grupo dominante, que molda a sociedade de acordo com os seus próprios interesses. Neste tipo de capitalismo predomina a presença de uma classe burguesa, a

formação de uma burocracia dedicada à coisa pública, mesmo com característica do capitalismo moderno que é o interesse econômico, não mostrando interesse em galgar o caminho da industrialização ou de fixar suporte que permita à nação o real desenvolvimento (COSTA, 2012).

Dessa forma para Ribeiro (2004), as leis existem para ser transgredidas e o procedimento se torna burocrático, as especificações técnicas são muito confusas. Conseqüentemente tem-se uma acomodação geral que tira o significado da lei e cria uma terra onde ninguém tem moral, nesta a ordem é difícil de ser imposta e mantida e a dialética da malandragem expressa uma anomia social da qual não dá para se orgulhar.

Com isso, abre-se o espaço para que, de um lado, ocorra a legitimidade da desobediência às normas jurídicas e por outro, ocorra a validação dos privilégios e do poder daqueles que agem em nome do soberano, que reforçam a sua soberania através de costumes e tradições as quais manifestam o caráter incontestável do seu poder (TAVARES; FONSECA, 2009).

Faoro (2001) conclui em seus estudos que o patrimonialismo além de ser derivado de sistema de dominação tradicional, é a característica mais marcante do processo de formação do Estado brasileiro. Discorre que a principal peculiaridade de sua forma de organização está relacionada ao fato do bem público não ser dissociado do patrimônio que constituiria a esfera de bens particulares do governante.

Para tanto o patrimonialismo é gerido pela vontade do governante, sendo munido para isso do aparato profissional e do legislativo, apropriando-se do estado e utilizando esses em benefício próprio. Percebe-se que o processo de formação do Estado Brasileiro está diretamente relacionado às estruturas patrimoniais, como também à existência de uma classe dominante que marcou a história e o futuro do país. E as reformas administrativas previstas foram frutos do patrimonialismo modificado.

Em se tratando de formação do estado Piauiense tem como marca importante o isolamento e o distanciamento com formação de dois blocos sociais: de um lado, os grandes proprietários, um número reduzido de pequenos comerciantes importantes e outros mais e, do outro lado, se localizava a grande massa da população, que tinha como principais características a não propriedade das terras e a destituição de qualquer poder político (MARTINS, 1979).

No fim do Século XIX, com o fim do Império e a consolidação do sistema político republicano, prevalece a política descentralizada, fundada na capacidade que os estados possuíam de sobreviver com suas próprias rendas. Um excelente espelho desta nova dinâmica foi a “política dos governadores”. Esta política consolida no poder a posição dos coronéis, fundamentais para o credenciamento das políticas nacionais junto ao poder central. O sistema funcionava da seguinte forma: em troca dos votos conseguidos pelos coronéis, estes recebiam cargos públicos para seus parentes e amigos, prestígio e acesso às estruturas estaduais e controle político do município, tornando-se estes verdadeiros donos do poder, lembrando Faoro (1977), ao citar o patrimonialismo como uma das principais características da sociedade brasileira. (BONFIM; SANTOS JUNIOR., 1995)

Contudo, foi a partir de 2002 que várias dúvidas quanto ao processo de reforma administrativa começaram a surgir com maior efetividade, pois desde então o Brasil passa a ser gerido por Luís Inácio Lula da Silva (PT), uma das principais lideranças nas lutas pela redemocratização do país. Grande parcela da população acreditava que a partir de então se intensificaria o processo de democratização da gestão pública e o fortalecimento dos espaços públicos, entretanto, como aponta Abrúcio (2008), o que se pode concluir sobre o governo petista é que este deu continuidade ao processo de reforma administrativa implementada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Refletindo sobre a evolução histórica dos movimentos sociais Gurgel e Justen (2013) debatem que a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002 foi fruto de uma associação esquerdista, de uma alternativa ao projeto social-liberal da oposição, criando um Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES), com envolvimento das classes e segmentos. Paula (2005) observa que mesmo com todas as expectativas de novas mudanças e possibilidades de democracia, o governo Lula permaneceu “reproduzindo as práticas gerenciais da gestão anterior”, não investindo no controle social, como se esperava.

Iasi (2012) debate sobre a dualidade do Partido dos Trabalhadores, entre a negação e o consentimento, diante da política nacional vivenciada nos últimos 30 anos. O Partido dos Trabalhadores (PT) fundado em 1980 emergiu de lutas sociais fundidas pela luta sindical e operária que buscavam naquele momento uma corrente contra a ditadura. Tendo como fundador Luiz Inácio da Silva, advindo de lutas sindicais o qual em seus discursos apresentava claramente essa dualidade, dizia “eu descobri que sindicato a gente faz para melhorar a relação ente capital e trabalho, e um partido político a gente faz para mudar a sociedade”, em outro momento dizia “eu queria aproveitar para esclarecer que nosso movimento não é político, não tem nada de política”, e logo depois com fracasso de alguns movimentos voltava a dizer “o que faltou em nosso movimento foi politização...politização!!”. Ora do lado dos trabalhadores, ora do lado do capital.

O mesmo autor concorre seu discurso enfatizando a formação do partido dos trabalhadores tendo como objetivo principal a organização política dos trabalhadores urbanos e trabalhadores rurais, mantendo um compromisso com a democracia plena, exercida pelas massas.

O Piauí não ficou atrás em relação à fragilidade democrática, historicamente situado num contexto caracterizado por um baixo desempenho econômico e de pouco prestígio político das suas elites diante do Governo Federal, dessa forma não se teve neste estado uma construção de uma classe burguesa capaz de exercer pressão sobre a burocracia estatal de forma que proporcionasse um desenvolvimento econômico (BEZERRA, 2011).

Assim, é possível afirmar que Picos possui uma estrutura política patrimonialista em que o poder efetivo e local pertence ao um determinado grupo familiar que acaba por privatizar a coisa pública, onde os cargos públicos são loteados e fornecidos com base num apadrinhamento político. Dessa forma, o poder se perpetua em um mesmo grupo político constituído por inúmeras famílias, algumas muito poderosas e outras que procuram orbitar em torno desses nomes maiores (OLIVEIRA, 2012, p.31).

Bezerra (2011) mostra que até 2002 existia uma trajetória bastante antidemocrática no Piauí e que em 2002 há uma quebra, entra no governo um governante fruto do partido que não estava inserido nessa dinâmica, o partido dos trabalhadores. A história piauiense é marcada por traços culturais relacionados ao latifúndio, coronelismo, clientelismo e ao patrimonialismo, sendo necessária a implementação de uma reestruturação do aparelho administrativo do estado para sua modernização. A partir de 2001, instalou-se uma crise política sobre as elites políticas locais e pôde se perceber a mudança de cenário do Piauí mediante a eleição do governador Wellington Dias, filiado ao partido petista, onde grupos dominantes e representativos perdem a credibilidade na gestão da máquina estatal (BEZERRA, 2011).

De acordo com Iasi (2012) como o PT não conseguiu mudar o mundo, o mundo mudou o PT. A lógica está na incapacidade de certas forças políticas em transformar a sociedade e produzir uma ruptura que modifique as bases do metabolismo do capital. Esse momento constitui a tragédia do PT, não sendo mais um drama da classe trabalhadora, apropriando-se de três cenários: pleno amoldamento à ordem do capital, como parte do capital total; a afirmação do ser classe como antagonismo relativamente à burguesia nos limites do

capital e a negação revolucionária da ordem do capital pela instauração de novas relações de produção que fundem a nova sociabilidade humana emancipada.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória, pois procura descrever as características de um fenômeno, com abordagem qualitativa. Segundo Gil (1999), a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis; já a pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar maior familiaridade com o objeto de estudo, tentando torná-lo explícito ou construir hipóteses. De acordo com GIL (1999) a pesquisa qualitativa é aquela que considera a existência de uma relação entre o mundo e o sujeito que não pode ser traduzida em números.

O método de análise utilizado foi à pesquisa documental e observação não participante, tendo como fonte de dados os documentos das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Picos-PI, e a observação não participante em reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Picos, realizadas no período da pesquisa, de outubro a dezembro de 2014. Para analisar a atuação do Conselho Municipal de Saúde o estudo desses documentos aponta a direção em que a gestão propõe proposições de uma instância deliberativa.

Segundo Bardin (2010) a análise documental é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, obter informações quantitativas ou qualitativas que permitam a realização de inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Richardson (1999) enfatiza que a análise documental se baseia em um série de operações que visam estudo, a fim de descobrir a quais circunstâncias sociais estavam relacionadas. Através deste método investigamos as relações entre os fatos sociais e o tempo sociocultural cronológico.

O método utilizado proporcionou a observação do posicionamento dos conselheiros no que se refere à atuação nas reuniões. Realizado através de roteiro estabelecido anteriormente no qual se objetivou a observação das proposições e as reações dos conselheiros diante das pautas, resoluções e encaminhamentos. Para Vergara (2007) a observação não participante, por sua vez, é aquela em que o pesquisador permanece como espectador, não interferindo na realidade observada.

Picos-PI é uma cidade localizada há 310 Km da capital Teresina ao sul do estado. Atualmente administrada por um representante do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e governada por representante do Partido dos Trabalhadores (PT).

O município de Picos-Pi, conta com uma administração pelo PMDB desde 2004, tendo o Piauí uma história de administração pelo partido dos trabalhadores (PT), de 2001 a 2008, e a nível federal administrada pelo PT desde 2001. O controle social na esfera da saúde na cidade de Picos-PI, foi instituído pela Lei 8142/90, por iniciativa do governo federal, sendo que cada município seja coparticipante das políticas sociais. Na cidade de Picos o conselho é regido pela Lei nº 1.749, de 4/08/1993, e aprovada a cada dois anos nova diretoria.

Como o objetivo do presente trabalho foi estudar a Participação Social no CMS na cidade de Picos, em virtude de ser caracterizado o estado Piauí como antidemocrático, foi definido como recorte temporal as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Picos-PI realizadas de 2000-2012. A escolha desse período se justifica por se tratar de um marco político entre os diferentes gestores municipal, estadual e federal, lembrando que foi nesse período que se elegeu pela primeira vez a nível estadual e federal representantes do partido dos trabalhadores.

Após mapeamento de todas as atas das reuniões dos Conselhos de Saúde de Picos-PI utilizando o EXCEL 2010, incluindo data, local, pauta, denúncias, encaminhamento e frequência, os dados foram categorizados para posterior análise e discussão. A análise documental dos registros das atas das reuniões são fontes importantes quando se pretende verificar a repetição ou incidência de um fenômeno.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após leitura das atas de 2000 a 2012 e transcrição dos pontos básicos como data, local, pautas, denúncias, frequências e encaminhamento, bem como da observação não participante em duas reuniões do Conselho de Saúde de Picos-PI, foi possível estabelecer as seguintes categorias a seguir: a estrutura do conselho; a influência da população civil nas decisões; a influência do conselho na formação, a implementação e avaliação das políticas públicas de saúde e a relação política entre os integrantes do conselho.

4.1 A Estrutura do Conselho de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Picos é regulamentado pelo Regimento Interno através da lei 1.749/93, na qual menciona as competências, deliberações, estrutura, disposições gerais e finais. No capítulo I trata das competências, no capítulo II aborda sua composição e estrutura, valendo lembrar que as vagas são distribuídas entre 25% (vinte e cinco por cento) de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos; 25% (vinte e cinco por cento) de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; 50% (cinquenta por cento) de entidades e movimentos representativos de usuários. Possuindo em sua estrutura e composição: o **colegiado** representado pelos conselheiros e a **secretaria executiva** representada por uma única pessoa indicada pelo presidente do conselho, quase sempre o secretário municipal de saúde. O capítulo III trata das atribuições dos membros do órgão colegiado, o capítulo IV da atribuição da secretaria executiva, o capítulo V das comissões especiais, o capítulo VI das deliberações e decisões, e o capítulo VII da investidura e da perda de mandato e da substituição. Sendo necessário espaço próprio para realização das reuniões, o que determina no capítulo VIII. E, por fim, o capítulo IX e X, respectivamente, tratam das disposições gerais e finais.

O regimento interno de funcionamento do Conselho de saúde traz em seu bojo que as reuniões ocorrerão uma vez por mês ou extraordinariamente quando a chamado do presidente em exercício ou por 1/3 dos conselheiros, sendo necessário o encaminhamento da pauta e material de apoio com antecedência de cinco dias. As reuniões são abertas ao público, devendo acontecer em lugar de fácil acesso e horário marcado previamente. Segundo regime, o Conselho funciona mediante Plenário, que instalará sempre que necessário comissões para deliberarem sobre eventualidades. Não podendo participar cidadãos ligados ao poder legislativo, judiciário e executivo, nem mesmo recebimento de reforços financeiros.

Quanto à composição observou-se a obediência em relação à Lei 8142/90 que determina a paridade entre os usuários (50%) e prestadores/ gestores/ profissionais de saúde (50%), sendo a diretoria eleita para competência de dois anos. Sendo quatro conselheiros representantes do poder público, e quatro suplentes; dois prestadores de serviços, e dois suplentes; dois trabalhadores de saúde, dois suplentes; e por fim oito representantes dos

usuários, e oito suplentes, totalizando dezoito conselheiros titulares com seus respectivos suplentes.

Raichellis (2000) explica que a paridade que orienta a composição da maioria dos conselhos seja uma importante conquista, sua tradução na prática dos conselhos vai depender em grande parte da correlação de forças que se estabeleça na disputa política. Explicita ainda que:

Paridade não se reduz a uma questão numérica de metade-metade. Paridade implica correlação de forças, luta pela hegemonia, alianças que devem ser estabelecidas para consolidar um determinado projeto e uma determinada proposta de encaminhamento no âmbito dos Conselhos (RAICHELLIS, 2000. p.44).

Quanto à frequência das reuniões notou-se periodicidade conforme estipulado no regime interno, mensal ou extraordinária quando solicitada pelo presidente ou 1/3 dos conselheiros, com média de **14 reuniões ao ano**, a partir de 2000.

O controle social tem como finalidade a presença dos usuários para discutir questões em relação à saúde, sendo, portanto, necessária a organização desses conselheiros. Para Sposati e Lobo (1992, p. 373), a organização da representação popular em Conselhos é, sem dúvida, um avanço, mas um avanço face ao autoritarismo do passado. É necessário estender o poder da representação popular para a construção e gestão da política de saúde e introduzir cenas de negociação explícitas.

Em relação às atas pode-se perceber a subjetividade em relação às pautas, encaminhamentos e aprovações o que caracterizou incertezas e dúvidas em muitas delas, como exemplo podemos citar:

Quadro 1: Mapeamento das Atas das reuniões

10/01/2000	SMS (Local de Realização)	INFORMES: Importância da Campanha Certidão de Nascimento que está sendo realizada em todo o Brasil/Dia Mundial da Hanseníase que será comemorado dia 30 do mês/A Supervisora trouxe relatório de supervisão da micro área 34 (Altamira/Caribas dos Queirós)/O responsável pela atenção básica discutiu a importância da Implementação do PSF nos próximos 2 meses com mais 4 equipes/ Casos de Dengue no Bairro São José/ Continuação da Imunização contra febre amarela
16/05/2001	SMS (Local de Realização)	PAUTA: Renovação do CMS de Picos/ Prestação de contas de Secretaria Municipal de Saúde de Picos do primeiro trimestre de 2001/Votação do teste seletivo para agente comunitário de saúde do PACS
06/01/2003	SMS (Local de Realização)	INFORMES: Cadastramento único e o comitê Municipal de mobilização contra a dengue e suas atividades. Sobre o primeiro o presidente convidou a assistente social da prefeitura e coordenadora do cadastramento único para responder as questões levantadas na reunião anterior pelos ACS através do presidente da APACS. A coordenadora estranhou os próprios agentes trazerem dúvidas sobre o cadastramento, visto que eles foram treinados e

		orientados para fazer o cadastramento e, além disso, eles mesmos fizeram o cadastro das famílias. Ela disse que o município de Picos já tem sete mil e algumas famílias cadastradas no sistema e cerca de treze mil cartões já foram entregues. Ela explica que os ACS foram escolhidos para fazer o cadastro por conhecerem bem as pessoas de suas micro-áreas e justificou algumas questões como: pessoas que não necessita estarem recebendo o benefício do governo enquanto outras que precisam não estão recebendo. A duplicidade acontece devido a outros cadastros anteriores do governo e esse problema é a nível nacional e não só do nosso município.
17/11/2006	SMS (Local de Realização)	Senhorita Contadora realizou a prestação de Contas do CMS ref. ao mês de 09/2006, ela falou do total das receitas arrecadas - 1.588.712,92, das despesas 1.854.289,41 - justificando as despesas superiores às receitas por conta que havia saldo anterior, os rendimentos com as aplicações financeiras somaram - 11.313,13 e o saldo em conta corrente foi de 131.056,72.
29/01/2007	SMS (Local de realização)	A Sra, Secretária de Saúde iniciou a reunião apresentando o PAM/2007 - Plano de Ações e Metas em DST/HIV/AIDS para o ano de dois mil e sete ao conselho; falou sobre os objetivos, os custos, os treinamentos, as oficinas, para quem e quando serão realizadas e sobre os valores orçados para cada oficina. Ela falou também de duas ambulâncias novas, um investimento no valor de 213.000,00, que o município fez. O recurso de 100.000,00, que entrou nas contas da SMS dos projetos que a coordenação municipal de DST/HIV/AIDS tinha elaborado em ano de 2004 e agora que veio o recurso para ser investido na implementação de dois leitos para pacientes portadores de HIV/AIDS dentro do Hospital Regional Justino Luz com todo conforto, colchão d'água, ar condicionado, frigobar, com capacidade para acompanhante.

Fonte: Dados da pesquisa, autoria própria.

Conforme leituras das atas, as reuniões são presididas na grande maioria pelo presidente do conselho, quase sempre o secretário municipal de saúde, na presença dos conselheiros e população presente. Percebeu-se na observação não participante a hierarquização, onde o presidente se coloca como superior, alicerçado pelo secretário executivo que informa as pautas.

Através da observação não participante e dos documentos de pesquisa, tendo um roteiro preestabelecido do que observar, constata-se que as atas mais antigas se apresentam com as assinaturas dos presentes, enquanto as mais novas conforme regimento do conselho modificado a cada gestão é assinada pelo presidente e secretário executivo, tendo livro de registro dos participantes separados. O regimento interno traz no seu conteúdo a obrigatoriedade da frequência dos conselheiros, pois a falta pode acarretar em desligamento

do mesmo como conselheiro do conselho, artigo nº 17 do regimento interno. Quanto à frequência dos conselheiros percebe-se a modificação conforme gestão, diretoria e interesses.

Percebeu-se a ausência da comunidade nas reuniões, e a frequência dos conselheiros de forma pressionada, dificultando o controle social, pois a reunião só existe se tirar coro, metade mais um. Westphal (1992) retrata que o fato de a população não haver alcançado um patamar de cultura considerada político-democrática, e não ter se capacitado para assumir o controle social como uma interlocução regulada e institucionalizada tem dificultado a democratização do sistema de saúde e da sociedade.

A observação não participante ocorrida em apenas duas reuniões, em consequência do calendário das reuniões do conselho e do período da pesquisa, remete à necessidade de capacitação dos conselheiros na medida em que pouco se observou sua interferência e participação nas reuniões, o que faz acreditar em um conselho acomodado e pouco fiscalizador.

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

Percebe-se, pelas atas, a permanência de vários conselheiros por muitas gestões, o que configura como estabilidade, dando ao conselho uma situação de acomodação. De acordo com Cohn (2003) a baixa rotatividade dos membros do Conselho de Saúde pode ser explicada, provavelmente, por uma insuficiência do exercício democrático no âmbito da própria sociedade civil, permitindo que se cristalizem determinados sujeitos sociais como representantes dos distintos interesses econômicos e de demandas a partir de carências aí presentes.

Os conselhos de saúde conforme determinação da Lei 8142/90 correspondem à concretização da participação social através da conquista pós-movimentos sociais. A sua formação é paritária sendo compostos por membros representativos, esses devem ser capacitados para tal finalidade. Vásquez et al (2005) afirmam que a informação é elemento básico para a participação da população e é instrumento fundamental para a democratização. Há que se acrescentar a maneira de obtê-las, e a inclusão digital deve ser colocada como quesito na formação dos conselheiros, em espaços e infraestrutura adequados ao exercício da co-gestão.

Pedrosa (1997) observou que os Conselheiros de Saúde, no Piauí, consideravam que o controle social insere-se no plano da universalidade dos direitos sociais. Esta interpretação é complementada por Costa; Noronha (2003) ao concluírem que o papel social dos conselhos é a promoção de justiça social e a melhoria do nível e situação de saúde da população representada nestes espaços. Segundo Carvalho (1998) apud Costa; Noronha (2003) a institucionalização da participação significa a inclusão de estruturas de representação direta da sociedade no Estado. Esta visão enfatiza o potencial de todos os Conselhos de Saúde para tomada de decisões dos setores. Para SILVA (2004), os Conselhos de Saúde seriam ferramentas adequadas para “abrir os fechados círculos burocráticos de decisão (...) [e] incorporar a sociedade às decisões de forma indireta, mediante representantes de suas associações”.

Gonçalves (2013) em seu trabalho conclui que a transparência promovida pelos governantes da cidade de Picos é muito limitada, pois não permite uma participação mais ativa dos cidadãos no desenvolvimento das políticas públicas. Nesse sentido, o município de Picos pouco avançou na transição de uma estrutura burocrática para uma gerencial que leve em consideração os anseios dos cidadãos, permitindo-lhes maior participação nas decisões

políticas. Isso pode ser vivenciado pela pouca divulgação das reuniões em meios de comunicação, dentre outros.

4.2 Influência da População Civil nas decisões do Conselho

Através da pesquisa documental e da observação não participante realizada em reunião do conselho percebeu-se uma pequena movimentação da população civil diante do levantamento das pautas, dos questionamentos e das decisões, portanto faz-se necessária à educação continuada dos conselheiros mediante material de abordagem nacional. As demandas são na grande maioria informes técnicos, programação de campanhas de cunho nacional, apresentação do balancete financeiro, e votação para implementação de projetos. Conforme pode perceber na transcrição de algumas atas abaixo relacionadas.

Quadro 2: Mapeamento das Atas das Reuniões

07/02/2000	SMS (Local de realização)	INFORMES: Exposição do Atual modelo de assistência saúde centrado: no atendimento hospitalar, bem como do novo modelo de assistência a partir da atenção básica/ Conselheiro representante da gestão falou sobre implementação no Pronto Atendimento Infantil com funcionamento de 12 hs de segunda a sábado/ Debate sobre Campanha da Hanseníase do mês anterior com casos novos/ Continuidade da campanha sobre dengue e febre amarela, e informes sobre os casos de meningite viral em Teresina para os quais não existe vacina.
15/01/2001	SMS (Local de Realização)	Informes: Implantação das novas equipes do Programa saúde da Família/ O conselheiro explicou com vai funcionar o Projeto AUCAD-adolescentes unidas contra a aids e drogas/ Falou sobre a campanha para detecção do diabetes mellitus/ Justino Joao solicitou ajuda dos conselheiros e secretaria para uma paciente portadora de Leucemia Mielóide crônica.
19/06/2001	SMS (Local de realização)	Pauta: Denúncia de um Vereador alegando irregularidade no teste seletivo (alegando ausência de edital/a não publicação do gabarito das provas/ ausência de divulgação em rádios, tvs, mural, entrada de duas candidatas após entrega das provas/ denúncia de uma candidata que é terceira candidata alegando que as duas primeiras não moram na área.
25/07/2007	SMS (Local de Realização)	O representante da gestão convidou a contadora a fazer a prestação de Contas do CMS ref. ao mês de 04/2007, ela falou do total das receitas arrecadas - 1.815.141,81 - das despesas 2.042.779,68 - justificando as despesas superiores às receitas por conta que havia saldo anterior, os rendimentos com as aplicações financeiras somaram - 346.324,90 e o saldo em conta corrente foi de 79.159,55. A representate do centro Santa Ana apresentou o projeto do centro Geriátrico Santa Ana e inclusão dos serviços de Referência em atendimento ao idoso.

Fonte: Dados da pesquisa, autoria própria.

O controle social de acordo com Fortes (2009), é sinal de conquista, processo e não concessão, devendo ser reconhecido como princípio ético da responsabilidade, como dever do cidadão de participar do processo de tomada de decisão. Pedrosa (1997) ressalta que controle social que se equivale aos conselhos de saúde sendo espaço ainda desconhecido e o seu reconhecimento como realidade é um processo que depende de dois fatores: de como o sujeito conhece o mundo no qual atua e como o mesmo se posiciona diante do mundo cheio de conflitos e possibilidades.

Em síntese Pontual (2008) conclui que a possibilidade de os conselhos serem o espaço de deliberação efetiva das políticas públicas e dos seus programas de ação depende do empenho efetivo dos governos em compartilhar com os conselhos este nível de decisão e da capacidade da sociedade civil de tematizar a agenda dos conselhos com proposições sobre as políticas e prioridades de ação

Raichellis (2000) reforça a necessidade da transparência e que a prática de formação sistemática dos conselheiros, especialmente da sociedade civil, é condição indispensável para possibilitar equidade nas condições de participação e tomada de decisão.

Ao analisar as condições de participação da sociedade civil nos conselhos na perspectiva de transformação das políticas públicas Elenaldo Celso Teixeira (2000) se refere ao tema: Para que os Conselhos venham efetivamente a se constituir em elementos de uma nova institucionalidade pública e democrática, é necessário ainda que a sociedade civil e seus representantes políticos e sociais constituam um projeto político global e estratégico que seja referencial para as deliberações de políticas setoriais, sem o que, torna-se impossível impedir a fragmentação destas políticas posta em vigor pelo governo.

Para Teixeira (2000), o fortalecimento da sociedade civil, portanto, ocorre quando suas demandas, processadas pelos conselhos e outros mecanismos e espaços, tornam-se políticas públicas que orientam as ações governamentais e quando a regulação que cabe ao Estado não mais se faz sem que a representação social a discuta e formule proposições (p.108).

Para Correia (2005), o controle social possibilita que setores organizados na sociedade civil interfiram na gestão pública, orientando as ações e os gastos do Estado em bens e serviços que atendam às demandas da população. O projeto neoliberal implementado no Brasil desde a década de 90 no governo do presidente Fernando Collor vem reduzindo a intervenção do Estado na política de saúde, desmontando direitos e tornando a política de saúde, em parte, sem efetividade, desvelando uma contradição entre o arcabouço legal e o que ocorre na realidade. Por um lado, temos o controle social, que defende o direito à saúde indicando o Estado como responsável na garantia desse direito; por outro lado, “[...], assistimos à opção do governo por se integrar ao projeto do grande capital e sua consequente submissão ao receituário neoliberal das agências financeiras internacionais”

4.3 Influência do Conselho na Formulação, Implementação e Avaliação das Políticas Públicas de Saúde.

É evidente, que para a efetividade das políticas públicas de saúde, é obrigatória sua aprovação mediante reunião do conselho de saúde, para posterior implementação. Para aprovação, segundo regimento, é necessária a presença de quórum mínimo (metade mais um) de seus integrantes, ressalvados os casos regimentais no quais se exija quórum especial ou maioria qualificada de votos. Após aprovação no conselho a secretaria de saúde está munida de poder para execução das ações programadas, sendo esses os encaminhamentos das reuniões. A permanência de conselheiros por várias diretorias provoca uma acomodação no controle social com viés a ser discutido, sendo, portanto necessárias reciclagens e educação

continuada para melhor atuação junto ao conselho de forma a cooperar com as decisões, buscando melhorias para a população.

As atas funcionam meramente por necessidade de comprovação das decisões a serem executadas através das políticas, ficando a desejar a comunicação em relação à possibilidade de maior número de usuários reivindicarem seus direitos, e a efetiva participação dos conselheiros enquanto representantes do povo. Através da observação não participante foi possível perceber a presença de poucos conselheiros e esses sem muita altivez para o discurso, condicionando dessa forma ao menor poder de voz, de formulação e de implementação de políticas públicas, caracterizando assim para um espaço de mera formalidade.

As reuniões estão sempre condicionadas à aprovação de alguma política pública, ou aprovação das contas, ou aprovação do relatório de gestão como podemos caracterizar abaixo:

Quadro 3: Mapeamento das atas da reuniões.

03/02/2005	SMS (Local de realização)	Aprovação de mais uma equipe de Saúde da Família para Picos
28/02/2005	SMS (Local de realização)	Aprovação do CAPS-AD para Picos
	SMS (Local de realização)	Aprovação para compra de dois veículos para atendimento na zona rural.
27/02/2007	SMS (Local de realização)	Após as discursões as contas foram aprovadas por unanimidade.
29/03/2007	SMS (Local de realização)	Após as discursões as contas foram aprovadas por unanimidade.
27/04/2007	SMS (Local de realização)	Após as discursões as contas foram aprovadas por unanimidade.

Fonte: dados da pesquisa, autoria própria.

Moretto (2012) ressalta a dificuldade enfrentada pelos gestores no desenvolvimento das ações em saúde através dos conselhos, pela rotatividade dos gestores, alternância de grupos políticos, que interferem na continuidade de projetos de forma eficiente e eficaz. Dessa forma a comunidade através da participação é autor constante sendo necessário para garantir a satisfação das necessidades e interesses dos cidadãos para quem os serviços serão ofertados.

Para Coelho (2004), a simples criação dos conselhos como mecanismos de participação da sociedade civil nas políticas públicas não é garantia da efetividade destes espaços para a democratização das políticas públicas. Ao analisar a efetividade da atuação dos conselhos de saúde, conclui: Esse breve balanço mostra que a existência de mecanismos formais que assegurem o direito da sociedade civil a participar da definição das políticas sociais não é suficiente para garantir esta participação. Mas também mostra que este quadro muda com a presença de uma sociedade civil organizada e/ou de autoridades políticas comprometidas com a democracia participativa.

4.4 Relação Política e Social entre os Integrantes do Conselho

A escolha dos conselheiros perpassa uma eleição quanto aos entes representativos que dividem os usuários do serviço, prestadores e profissionais da saúde. Sendo necessária a indicação, ou eleição dos conselheiros com a finalidade de representatividade. Porém o que se

vê, na grande maioria é a representatividade pessoal, e não coletiva, ou em contrapartida uma representatividade de corpo presente. Dessa forma a gestão participativa tão impetrada pelos autores citados no referencial nos remete a um atraso na realidade, a gestão de fato não aconteceu nas proporções estudadas. Percebe-se uma forte tendência à existência de uma participação social de fachada, modificada conforme cada gestão.

Os representantes da parte da gestão na grande maioria são os contadores, coordenadores e/ou secretários de saúde. Os representantes dos prestadores estão diretamente relacionados aos empresários donos de clínicas e/ou hospitais privados. Os trabalhadores são os representantes dos conselhos profissionais, sindicatos das categorias e por fim os representantes dos usuários que são os conselheiros da igreja católica, evangélica, sindicatos dentre outros. O maior entrave verificado na observação não participante é pouco conhecimento dos representantes e/ou pouco interesse em suscitar o debate entre os participantes.

A história política brasileira, marcada pelo autoritarismo e neoliberalismo, mostrou como uma parte significativa da população foi excluída do processo decisório e como se configurou o padrão de participação popular existente no país. Por um lado, as conquistas alcançadas no âmbito do SUS na Constituição de 1988 foram resultados das reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária, caracterizando um tipo de participação real. Por outro lado, com a participação popular institucionalizada, os conselheiros somente cumprem as exigências legais e não participam, efetivamente, do debate (VALLA, 1998; DELGADOGALLEGO e VAZQUEZ-NAVARRETO, 2006).

Tatagiba (2002) aponta a desqualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções como um dos principais constrangimentos à existência de uma relação mais simétrica entre Estado e sociedade. Em seu estudo, o qual consiste na análise dos conselhos gestores do Paraná, incluindo os Conselhos Municipais de Saúde, objetivando identificar os processos decisórios no interior dos mesmos, conclui que os conselhos parecem regidos por uma lógica contraditória, marcada pela correlação entre o peso dos traços autoritários das instituições estatais brasileiras e o peso do recente adensamento da sociedade, por meio da criação de novos espaços de negociação e representação políticas.

Essa baixa rotatividade dos membros do Conselho de Saúde pode ser explicada, provavelmente, por uma insuficiência do exercício democrático no âmbito da própria sociedade civil, permitindo que se cristalizem determinados sujeitos sociais como representantes dos distintos interesses econômicos e de demandas a partir de carências aí presentes (COHN, 2003). Os conselhos devem delimitar o período de representação dos conselheiros para garantir a renovação do seu pleno e limitar a participação da mesma pessoa em várias comissões temáticas, para ampliar o número de participantes nos diferentes espaços de controle social (BRASIL, 2008).

No Relatório Final da 12ª Conferência de Saúde, há uma intenção evidente em qualificar o controle social do SUS, através de uma rede de Conselhos de Saúde, reconhecendo os obstáculos por que passam estes Conselhos, entre os quais foram citados: a falta de exercício ao caráter deliberativo; a precariedade na infraestrutura; a baixa representatividade dos conselheiros quanto aos segmentos representados; postura cultural não participativa etc. Foi ressaltada também a necessidade de criação de outras instâncias de controle social que atendam o usuário e a população em geral, apurando as denúncias, apresentando soluções e/ou encaminhando-as aos setores competentes, redefinindo o conceito das ouvidorias do Sistema Único de Saúde.

A 12ª CNS apresentou propostas no Eixo Temático “Controle Social e Gestão Participativa”, enfatizando a importância do controle social para a Reforma Sanitária Brasileira e a contribuição deste e da gestão participativa no sentido de identificar o usuário como um sujeito de direitos, diferente da concepção de mero consumidor de serviços de

saúde. Outro aspecto do Relatório Final foi que a presidência ou coordenação dos conselhos seja eleita entre seus membros, que o cargo não seja obrigatoriamente ocupado pelo gestor, assim contribuindo para democratizar o funcionamento dos conselhos. Os delegados propuseram que os Conselhos de Saúde fossem democratizados através da criação de coordenações colegiadas que promovam reuniões descentralizadas.

Contudo, o projeto neoliberal implementado no Brasil desde a década de 90 no governo do presidente Fernando Collor vem reduzindo a intervenção do Estado na política de saúde, desmontando direitos e tornando a política de saúde, em parte, sem efetividade, desvelando uma contradição entre o arcabouço legal e o que ocorre na realidade. Por um lado, temos o controle social, que defende o direito à saúde indicando o Estado como responsável na garantia desse direito. Por outro lado, “[...], assistimos à opção do governo por se integrar ao projeto do grande capital e sua conseqüente submissão ao receituário neoliberal das agências financeiras internacionais” (CORREIA, 2005, p. 66).

Portanto, a consolidação do SUS enquanto política participativa apresenta limites estruturais e conjunturais que dificultam a efetividade do controle social diante da realidade Brasileira, em oposição a um Estado que se direciona a atender às demandas do capital em detrimento das demandas do trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo realizado acerca da atuação do Conselho municipal de Saúde de Picos a partir de 2000, pode-se perceber que a democracia tem muito que avançar, pois pouco se progrediu no sentido da gestão participativa propriamente dita. Notou-se evasão da comunidade e permanência de um grupo como conselheiros, notificando a necessidade de capacitação para bem atuação de suas funções como representantes do povo.

O conselho de saúde possui regimento interno de funcionamento, que pode ser alterado conforme necessidade e em comum acordo com os conselheiros. Essa estrutura não se apresenta com maiores problemas, segue a composição conforme determinação. A construção da gestão participativa como maneira de fortalecimento do Sistema Único de Saúde pressupõe a reformulação dos conselhos como espaço democrático de direito aberto à comunidade de forma integral, mediante divulgação e educação dos participantes.

Contudo, é de suma importância a necessidade de ampliar o processo de participação dos atores sociais para fortalecer e efetivar o exercício do controle social na gestão em saúde, com a finalidade de conscientizar os Conselheiros Municipais de Saúde sobre sua representatividade e como atuação nos espaços de manifestações em busca do benefício de todos. Partindo do pressuposto de que só se pode controlar aquilo que se conhece, justifica-se a necessidade contínua de cursos de capacitação e de educação continuada para os conselheiros, de modo que estes possam exercer o controle social e participar ativamente na gestão das políticas públicas de saúde.

Pode-se concluir que os espaços democráticos na área da saúde existem, porém deve se buscar uma maior participação da sociedade, isso inclui como responsabilidade da gestão a divulgação da realização das reuniões, bem como educação da representatividade dos usuários e dos conselheiros. Conclui-se também que o discurso do Partido dos Trabalhadores em defesa da participação do povo nos espaços democráticos ainda é de natureza simbólica. A contribuição da pesquisa reside no fato de através dos achados, modificar a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Picos, a fim de efetivar a política do SUS, enquanto modelo de participação social.

Picos continua com uma política patrimonialista, hierarquizada baseada na gestão pessoal dos bens do povo, com uma classe dominante e clientelista abastecedora do poder. Partes dessas características estão ligadas ao processo de formação do Estado Brasileiro e Piauiense, através de uma concessão, da exploração que se apoderam do Brasil diante da política patrimonialista, quase sempre com uma classe dominante.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. “O Impacto do modelo gerencial na Administração Pública. Um Breve Estudo sobre a Experiência Internacional Recente”. **Cadernos ENAP**, n.10, Brasília, 1997, 52p
- ANDRADE, Joana El-Jaick. **O revisionismo de Eduard Berstein e a negação da dialética**. Dissertação (Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da faculdade de Filosofia, letras e Ciências Humanas Universidade de são Paulo) 2006.
- ARENDT, Hannah. **Da Revolução**. **Brasília**: Editora UNB, 1988.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, edições 70: 2010.
- BAVA, Silvio Caccia. **Participação, representação e novas formas de diálogo público**. São Paulo. Pólis. Programa Gestão Pública e Cidadania/EAESP/FGV, 2001.
- BEZERRA, Douglas Moraes. **Reformas Administrativas no Brasil: o caso do Governo do Estado do Piauí**. Dissertação de Mestrado apresentado no Programa de Pós Graduação em Administração na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Área de Concentração: Políticas Públicas. Natal, 2011.
- BOGO, Ademar. **Os Desafios Políticos Atuais e a Formação de Quadros**. Março, 2005. Disponível em < [http:// br.geocities.com/crbr... / Ademar Bogo – Desafios da Formação.doc – similares.html](http://br.geocities.com/crbr.../AdemarBogo-DesafiosdaFormacao.doc-similares.html) >. Acesso em 14 de jul.2009.
- BONFIM, Washington Luís de Sousa; SANTOS JUNIOR, Raimundo Batista dos. Formação Política; In.: SANTANA, R. N. Monteiro de Piauí. **Formação, desenvolvimento, perspectivas**. Piauí: Teresina. Halley. 1995. 462 p.
- BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário Crítico de Sociologia**. São Paulo: Ática, 1993. 653p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional _____, Ministério da Saúde. Relatório da 12ª Conferencia Nacional de Saúde. A saúde que temos, o SUS que queremos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- _____, Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Republicada por ter saído com incorreção no original, publicado no **Diário Oficial da União** nº 109, Seção 1, página 138. Fica revogada a Resolução do CNS nº 333, de 4 de novembro de 2003.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 5 de outubro 1988. 25 ° ed. São Paulo, 1988.
- _____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá Outras Providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 68, n. 249, p. 25694, Seção I, dez. 1990 (b).

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 399/CNS/03, 04 de Novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm Acesso em 06 de maio de 2005. Capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CARVALHO, W. **A reforma administrativa da Nova Zelândia nos anos 80-90: controle estratégico, eficiência gerencial e accountability**. Revista do serviço público, ano 48, n. 3, set-dez. 1997.

COELHO, Vera Schattan P. “**Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando?**”, in: Coelho, Vera Schattan P. e Nobre, Marcos (orgs) Participação e deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo. São Paulo: CEBRAP, 2004.

COHN, A. **Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 8-12, 2003.

CORREIA, Maria Valéria C. **Desafios para o controle social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 278p

COSTA, Ana Maria e NORONHA, José Carvalho de. **Controle Social na Saúde: construindo a Gestão Participativa**. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-363, 2003.

COSTA, Gustavo Pereira da. **Heranças Patrimonialistas, (Dis) Funções Burocráticas, Práticas Gerenciais e os Novos Arranjos do Estado em Rede: Entendendo a Configuração Atual da Administração Pública Brasileira**. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2012.

COSTA. **Condicionantes da reforma do Estado no Brasil**. In: Estado e Gestão Pública: visões do Brasil contemporâneo. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006

COSTA. **Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M; RODRIGUES, J. F. C. **Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 419-438, jan./jun. 2008.

COTTA, R. M.M. et al. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira o papel estratégico dos profissionais e usuários do sistema sanitário. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Paulo Candido, v. 16, n.16, p.1-8, 2006.

CRUZ, César Albenes de Mendonça. **O processo de alienação e desalienação dos trabalhadores no capitalismo**: um estudo sobre o papel da formação teórico-política na construção da consciência de classe. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 2010

DALLIRI, D. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Moderna.1998

DELGADO-GALLEGO, M.E; VAZQUEZ-NAVARRETO, L. **Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia**: percepciones de los actores principales. *Rev Salud Publica*; 8(2): 128-140. 2006.

DOBASHI, Beatriz Figueiredo; GONÇALVES, Crhistinne C. M. **Construindo e compartilhando sucesso e desafios com a população**. *Divulgação em Saúde para debate*, Rio de Janeiro, n.34, 2006. P 18-30.

DOIN, G. A et al. **Mobilização social e coprodução do controle**: o que sinalizam os processos de construção da Lei da Ficha Limpa e da Rede Observatório Social do Brasil de Controle Social. *Pensamento & Realidade*, v. 27, 56-78, 2012.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 26, p. 8-19, 1992

FAORO, Raymundo. **Os Donos do Poder**: Formação do Patronato Político Brasileiro. 3ª ed. São Paulo. Globo, 2001.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder**: formação do patronato político brasileiro. 4. ed. Porto Alegre: Globo, 1977.

FARIA, José Henrique de. **Comissões de fábrica**: poder e trabalho nas unidades produtivas. Curitiba: Criar, 1987.

FORTES, P. A ética do controle social na Saúde e os conselhos de Saúde. **Revista Bioética**, América do Norte, 5 4 11 2009.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 2000.

GONÇALVES, Alexandre de Souza. **Dificuldades de Modernização dos Sistemas de Informação pela Gestão Pública Municipal**: O Caso Do Município de Picos-Pi. Piauí. Abril, 2013

GURGEL, Claudio; JUSTEN, Agatha. Controle social e políticas públicas: a experiência dos Conselhos Gestores. **Rev. Adm. Pública** — Rio de Janeiro 47(2):357-378, mar./abr. 2013

HERMEL, Philippe. **La gestion Participativa**. Barcelona: Gestion 2000, 1990.

HTHILLESHEIM, Sérgio W; COSMO, José Roberto. **Grupos semi-autônomos: a modernização das relações de trabalho**. Rio de Janeiro: COP, 1988.

IASI, Mauro Luis. **As metamorfoses da consciência de classe**. O PT entre a negação e o consentimento. 2ª ed. Editora Expressão Popular. São Paulo, 2012.

KLEBA, M. E., & COMERLATTO, D. Vivências de empoderamento no exercício da participação social em conselhos gestores de políticas públicas. **Administração Pública e Gestão Social**. 3 (1), 23-42, jan./mar. 2011. Recuperado de <http://www.apgs.ufv.br/index.php/apgs/article/view/45/46#.Uj4lkIYjJXk>

LOUREIRO, M.R et al. Do controle interno ao controle social: a múltipla atuação da CGU na democracia brasileira. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**. 17 (60), jan./jun 2012. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/3980/2851>

MAIOR, Jorge Luiz Souto. In: Erminia Maricato. **Cidade dos Rebeldes: Passe Livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. 1 ed. São Paulo: Boitemo: Carta Maior, 2013.

MARTINS, Agenor de Sousa. **Piauí: Evolução, Realidade e Desenvolvimento**. Piauí: Teresina. Fundação Centro de Pesquisas Econômicas e Sociais do Piauí. 1979.

MARTINS, P. C. et al. **Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia**. Physis (Rio de Janeiro), Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jun. 2009

MARTINS, Poliana Cardoso. **Controle Social no Sistema Único de Saúde: Análise da Participação Social e o Empoderamento da população usuária do Sistema Sanitário**. 2007

MISOSKY, Maria Ceci. **Gestão Participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.27, n 65, 2003.

MORETTO NETO, Luís. **Gestão Pública**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/CSE/UFSC: Editora Fundação Boiteux, 2012.

OLIVEIRA, Erivaldo Costa de. **As Territorialidades Soviéticas da Revolução Russa 1905-1921: Elementos de uma interpretação Geográfica**. Dissertação de mestrado. São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, M. L. **Controle social e gestão participativa em saúde pública: a experiência de conselhos gestores de unidades de saúde do município de Campo Grande/MS - 1994/2002**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

PARO V. H. **Administração escolar: introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

PAULA, A. P de Paes. **Entre a administração e a política: os desafios da gestão pública democrática**. Campinas: Unicamp, 2003 (Tese de Doutorado)

PAULA, Ana Paula Paes de. Administração Pública Brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, Fundação Getúlio Vargas.

São Paulo. 2005, p.38-39 Disponível em:

<http://redalcy.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdtRed.jsp?iCve=155115939004>, acesso em 02 de nov 2012

PEDROSA, José Ivo dos Santos. A Construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 13, n.4. Oct,1997.

PONTUAL, Pedro. **Desafios a construção da democracia participativa no Brasil: a prática dos conselhos de gestão das políticas públicas**. EDITORA: CIDADES. Centro de assessoria e estudos urbanos, nº. 14, volume 12, novembro 2008.

PRADO JÚNIOR, Caio. **Formação do Brasil Contemporâneo. Brasiliense**. São Paulo, 2008.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RAICHELLIS, Raquel. **Desafios da gestão democrática das políticas sociais**. In: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

RAUPP, F. M., & AGOSTINETO, R. C. **Investigando a prestação de contas em portarias eletrônicas de câmara municipais**. Anais do Congresso de Controladoria e Contabilidade da Universidade de São Paulo, SP, Brasil, 2010.

RAICHELLES, Raquel. **Democratizar a Gestão das políticas Sociais** –Um Desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. Originalmente publicado em Política Social. Módulo 03. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília, CFESS, ABEPSS< CEAD)NED –UNB,2000.

RIBEIRO, Pedro José Floriano. **Um partido em mutação: A transformação do PT e seus reflexos sobre as campanhas presidenciais (1989, 2002)**. São Carlos: UFSCar. 2004. p. 184.

RICHARDSON, R. J et al. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas:1999.

SEMERARO, Giovanni. Anotações para uma teoria do conhecimento em Gramsci. **Revista Brasileira de Educação** nº 16, jan/fev/mar/abr, p. 95-104, 2001.

SILVA, Ionara F. da. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS e o controle social no Estado do Rio de Janeiro**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.28, nº67, 2004

SILVA, Regina Helena L. P.; COELHO, Maria Cristina R. V. O Desafio da gestão com o controle social. **Desafios e Inovações da Gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiências de 2003 a 2008**. 1 ed. Capítulo 13. 2010.

SILVA, Rita de Cássia Barros; RAMOS, Lucas Pinheiro; BEZERRA, Douglas Moraes. Modernização da Gestão Pública em Picos: **Uma Concessão das elites Dominantes**. Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da UFPI. Agosto/2014.

SOUSA, Marina Celly Martins Ribeiro; HORTA, Natália de Cássia. **Enfermagem em Saúde Coletiva**. Teoria e Prática. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, Aline Ferreira; RAMALHO Rosângela Palhano. **Controle social no SUS: Desafios para uma gestão democrática e participativa**. Universidade Federal da Paraíba, 2010

SPOSATI, A.; LOBO, E. **Controle Social e políticas de saúde**. Cadernos de Saúde Pública; 8(4): 366-378. 1992.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TAVARES, Paulinho Varela; FONSECA, Pedro Cezar Dutra. **Estamento Burocrático e Intencionalidades**: Raimundo Faoro, Florestan Fernandes. Revista de Economia Política e História Econômica. Rio Grande do Sul, 2009.

TEIXEIRA, Ana Claudia. **Os sentidos da democracia e da participação**. São Paulo: Instituto Pólis, 2005

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **“Conselhos de Políticas públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa?”** In: Conselhos Gestores de Políticas Públicas Revista Pólis, nº. 37, São Paulo, 2000.

VALLA, V.V. **Sobre participação popular**: uma questão de perspectiva. Cad. Saúde Pública; 14 (Sup. 2): 7-18. 1998.

VAZQUEZ, M. L. et. Al. Participação Social nos serviços de saúde concepção dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do nordeste do Brasil. **Cad. De Saúde Pública** Vol. 19, n. 2, Rio de Janeiro, -.579-59, 2003.

VECHIA, Renato da Silva Della. **Origem e evolução do Partido Comunista Brasileiro Revolucionário (1967-1973)**. Dissertação de Mestrado Porto Alegre, 2005.

VELOSO, Maria Irene dos Santos; MOURA Maysa Mayanne Moraes de. BEZERRA, Douglas de Moraes. **Modelo de administração Pública Societal sob perspectiva dos Movimentos Sociais**: O caso da Agespisa no Estado do Piauí. Trabalho de Conclusão de Curso de Administração da UFPI. Setembro/ 2013.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 8. Ed. – São Paulo: Atlas, 2007.

WENDHAUSEN, A; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.6. 2002.

WESTPHAL, Márcia F. **Participação popular e políticas municipais de saúde**: Cotia e Vargem Grande Paulista. São Paulo, 1992. Tese (Livre docência em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ZANARDI, Reinaldo César; CORDONI, Luiz Júnior. A participação social na construção do modelo assistencial de Saúde de Londrina. **Revista Espaço para saúde**. V.6, n.1, 2004.



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, KÉLLYA KHAYLLSSA BARROS LUZ e MARIA BEATRIZ IBRAPINA
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE PICOS - PI 2000 - 2012
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 14 de JANEIRO de 20 15.

Kéllya Khayllssa Barros Luz
 Assinatura

Maria de Fátima Ibrapina
 Assinatura