

Enfoque da Gestão Social nas ações do Conselho Municipal da Saúde da cidade de Palmas – TO

Focus of Social Management on the actions from Municipal Health Council of the Palmas city - TO

Rute Andrade dos Santos¹

Igor Feitosa Lacorte Ayroza²

RESUMO

Os conselhos municipais, estaduais e federais foram criados a partir da luta pela redemocratização do Brasil, com a Constituição de 1988, os quais devem ser ancorados na democracia e na efetiva deliberação participativa. Pensando nesses espaços e seus objetivos, o presente artigo tem como proposta articular a teoria da Gestão Social a essa temática. A Gestão Social é um novo campo de estudos vinculados a área da administração, a qual teve grandes contribuições de Tenório e seus seguidores. E para tanto, buscou verificar se o conselho municipal de saúde da cidade de Palmas - TO apresenta características das categorias propostas pela Gestão Social. Utilizou-se como metodologia observações não participantes, entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo utilizando o método de Bardin (2009). Como resultados constatou-se que ainda falta um percurso considerável para o conselho municipal de saúde apresentar as características dos pressupostos teóricos da Gestão Social, embora a pesquisa tenha apresentado resultados que apontam para uma evolução e ascensão da prática gerencial executada pelo conselho estudado.

Palavras-Chave: Gestão Social, Conselhos de Saúde, Controle Social

ABSTRACT

The municipal, state and federal councils were created from the struggle for the redemocratization of Brazil, with the 1988 Constitution. These must be anchored in democracy and effective participatory deliberation. Thinking about these spaces and their objectives, this article aims to articulate the theory of Social Management to this theme. The Social Management is a new field of studies linked to the administration area, which had great contributions of Tenório and his followers. To that end, it sought to verify if the municipal health council of the city of Palmas - TO presents characteristics of the categories proposed by the Social Management. We used as methodology a non-participant observations, semi-structured interviews and content analysis using the Bardin method (2009). As results, it was found that

¹ Psicóloga. Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal de Tocantins (UFT) e Especialista em Administração Estratégica pela Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ). Email: ruterias1@gmail.com

² Psicólogo. Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal de Tocantins (UFT) e especializado em Saúde Pública com ênfase em Saúde Coletiva e da Família. Email: igor.ayroza@gmail.com

there is still a considerable path for the municipal health council to present the characteristics of the theoretical assumptions of social management, although the research has presented results that point to an evolution and rise of managerial practice performed by the council studied.

Key-words: Social Management, Health Councils, Social Control

Introdução

Os conselhos de saúde foram criados pela lei nº8142/90 com o objetivo de incluir a população nos debates e na formulação de encaminhamentos e diretrizes nos temas relacionados à saúde. A participação social foi formatada para ser paritária e abrangente de forma que atores sociais de diversos segmentos fossem contemplados (ASSIS e VILLA, 2003; DURÁN e GERSCHMAN, 2014). A criação dos conselhos foi fruto de longas discussões, debates e embates com a finalidade de universalizar o acesso a saúde. Passou-se pelo movimento de reforma sanitária, seguido da VIII Conferência Nacional de Saúde, responsável pela formatação do capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988. Neste sentido, no texto da Carta Magna, houve a previsão legal de criação de normativas para ampliação da participação e controle social pela população (BRASIL, 1990).

Ante o exposto, o presente artigo buscou verificar se o conselho municipal de saúde da cidade de Palmas - TO apresenta características das categorias propostas pela Gestão Social a partir das contribuições de Tenório (2008). A Gestão Social é um novo campo de estudos vinculados a área da administração, a qual teve grandes contribuições de Tenório e seus seguidores. Tem como conceitos estruturantes a tomada de decisão coletiva, a dialogicidade, transparência e emancipação (CANÇADO, TENÓRIO E PEREIRA, 2011).

De posse do instrumental teórico-metodológico da Gestão Social foi realizada análise qualitativa composta por observação não-participante, entrevistas semi-estruturadas com membros do conselho municipal de saúde da cidade de Palmas – TO. Como método de análise, utilizou a análise de conteúdo a partir do material colhido na transcrição das entrevistas. O resultado desta primeira etapa foi analisado sob o enfoque das categorias propostas por Tenório (2008), a saber, “processo de discussão, inclusão, pluralismo, igualdade participativa, pluralidade do grupo promotor, autonomia e bem comum”.

Ao final do trabalho, encontram-se as discussões e os resultados obtidos por meio da análise qualitativa realizada. Não temos aqui, nenhuma pretensão em avaliar o trabalho desenvolvido pelo Conselho, mas sim, em contribuir com o olhar da Gestão Social de maneira que facilite o caminho para uma visão compartilhada de um bem comum.

Antecedentes históricos e criação dos conselhos de saúde

Os antecedentes históricos da criação dos conselhos de saúde remontam aos movimentos sociais contra a ditadura nos anos 1970. Em específico o movimento social estruturante para a conquista da participação popular na esfera governamental foi o movimento pela reforma sanitária (MARTINS et al, 2007). Kruger (2000) aponta que este movimento foi importante

para o resgate de princípios democráticos para a sociedade bem como para o remodelamento dos serviços de atenção à Saúde.

O termo reforma sanitária não é unívoco (COHN, 1988; PAIVA E TEIXEIRA, 2014). Remete experiências diversas relacionadas a tentativa de reformulação do modelo de saúde no Brasil e em outras partes do mundo. A reforma sanitária foi um movimento pela democratização e universalização ao acesso a saúde ocorrido no final dos anos 1970 e início dos anos 1980 (COHN, 1988; CORREIA, 2009). “A saúde nos tempos da ditadura era baseada no modelo biomédico, ou seja, curativista em detrimento ao preventivista, calcadas em ações individuais voltadas aos trabalhadores formais” (PAIVA E TEIXEIRA, 2014, p. 17). Os mais pobres eram atendidos pelos serviços precários de saúde pública geralmente disponibilizados pelas Santas Casas de Misericórdia.

A reforma sanitária foi um movimento crucial na tentativa de inversão desta situação. Com a bandeira de luta da inclusão das camadas sociais desfavorecidas e buscando uma participação mais efetiva dessa população excluída e esquecida o movimento lutou pelo acesso universal a saúde e pelo reconhecimento da saúde como um direito universal de todos, sem distinção. Na efervescência desta luta, em 1987 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência é considerada um marco histórico do sistema de saúde do Brasil (MARTINS ET AL, 2007).

Um dos elementos fundamentais para a efetivação da democratização na saúde foi a criação dos conselhos de saúde. Os conselhos de saúde foram positivados no ordenamento jurídico pátrio em 1990 por meio da lei nº 8142. A definição legal de conselho de saúde advém da lei 8142/90. Em seu parágrafo segundo consta:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, 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, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Baseados nesta definição, diversos autores elaboraram seus entendimentos sobre os conselhos de Saúde. Para Assis e Villa (2003) os conselhos funcionam como um elo entre a sociedade e o governo. São órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo (ASSIS, V., 2003; COTTA et al 2010, KRUGER, 2000; MARTINS et al, 2008; CORREIA, 2009) onde são discutidas, formuladas e encaminhadas questões relacionadas a saúde da população. Devem representar o interesse da coletividade de forma imparcial.

De acordo com Neto (2012) os conselhos de saúde foram concebidos como modelos alternativos aos modelos que eram praticados antes da Constituição Federal de 1988 visando o rompimento com a estrutura tradicional, centralizada e verticalizada de representação de interesses. Assim passou a ter contornos mais tendentes a descentralização e a horizontalização. Na visão deste autor, as ações dos conselhos podem ter caráter proposicional ou fiscalizador.

As atividades proposicionais estão ligadas a formulação de estratégias, diretrizes, solicitação de estudos, ou a proposição de qualquer ação que possa contribuir para o

esclarecimento, elucidação, solução ou encaminhamento de questões inerentes ao contexto da saúde. Já a atividade fiscalizadora, em geral, é realizada por meio de visitas de uma comissão nomeada, composta por membros do conselho, a alguma instituição de saúde sem agendamento prévio. O não agendamento é percebido como um elemento surpresa para que as instituições não tenham tempo de camuflar eventuais erros estruturais ou funcionais de sua atuação. Tem a finalidade de controlar a execução das políticas de saúde (NETO, 2012). As decisões consequentes de ações dos conselhos de saúde devem ser homologadas pelo chefe do poder executivo, de acordo com a esfera de governo correspondente (municipal, estadual, federal).

Sobre as formas de representação nos conselhos de saúde, elas variam de acordo com a composição dos conselhos prevista em lei, conforme supracitado excerto da lei 8142/90. Nesta composição há a previsão de participação dos representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da área de saúde e usuários que são divididos de forma paritária (ASSIS e VILLA, 2003; DURÁN e GERSCHMAN, 2014)

Um fato relevante a ser considerado em relação a esta paridade é que 50% da representatividade se destinada aos usuários dos serviços de saúde (ASSIS e VILLA, 2003; DURÁN e GERSCHMAN, 2014). O percentual restante é destinado as representatividades dos segmentos restantes. Trata-se de um incentivo claro a participação da população para a defesa dos interesses coletivos. Esta paridade visa promover maior participação da população nas questões públicas que envolvem a saúde bem como o fortalecimento da cidadania.

Gerschman (2004), em discussão sobre o assunto, afirma que embora esta modalidade de participação tenha sido criada pelo Estado com a finalidade de descentralização das decisões sobre assuntos relacionados a saúde por meio do debate democrático, o próprio Estado busca meios de cooptar as representações conselheiras para a consecução de seus interesses. Mas, mesmo com estas nuances, a representação popular não deixa de ser um importante meio de se exercer o controle social. Para Cunha (2003) o controle social foi uma conquista da sociedade civil por meio dos movimentos sociais, fruto de uma legítima experiência democrática. Pode ser entendido como a participação da população em canais institucionalizados nas ações governamentais (ASSIS E VILLA, 2003). Correia (2003) entende que controle social é a capacidade da sociedade civil tem de interferir nos assuntos referentes a gestão pública.

Assis e Villa (2003) percebem o controle social como um campo propício para se desenvolver articulações diversas tanto em âmbito interno quanto em âmbito externo. Tem a finalidade de levantar e debater as principais necessidades dos grupos representados pela paridade levando os encaminhamentos demandados para as instancias do governo seja em âmbito nacional, estadual ou municipal. Uma característica importante destacada pelas autoras é a corresponsabilidade dos atores envolvidos no processo de controle social (ASSIS E VILLA, 2003).

Kruger (2000) enfatiza a necessidade dos conselhos servirem como "instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão" (KRUGER, 2000, p. 122). Ou seja, os conselhos devem servir como espaços para se superar os modelos de gestão baseados na lógica instrumental, hierarquizada valorizando um processo gerencial mais democrático e horizontalizado. Neste sentido, os teóricos da Gestão Social apontam um possível caminho a se seguir.

2. Um primeira primeira aproximação ao Conselho Municipal de Saúde da cidade de Palmas – TO

Em 30/09/1992 o Conselho Municipal de Saúde da cidade de Palmas (TO) teve a sua primeira sessão de posse dos membros titulares e no dia 03/12/1992 teve sua primeira reunião baseada na Lei Federal nº 8142 de 28/12/1990 (PREFEITURA, 2016).

Atualmente é composto por uma Mesa diretora, cujo mandato vai de 2015 a 2017. Sendo o Presidente e Vice-Presidente representantes dos usuários; 1º e 2º Secretários e Tesoureiro - Trabalhadores em Saúde; 2 Suplentes dos usuários e 1 do Governo. É composto por 60 membros entre titulares e suplentes, sendo 12 representantes do Governo; 2 Prestadores de Serviço da Saúde; 18 Trabalhadores da Saúde e 28 representantes dos Usuários. Tem suas reuniões ordinárias em todas 2ª quarta-feira do mês (PREFEITURA, 2016).

3. Considerações sobre a Gestão Social

Cançado, Tenório e Pereira (2011) afirmam que não se sabe ao certo a origem do termo Gestão Social. Mas suspeitam que haja indícios em textos da década de 1990 de autoria de Tenório. Tenório (2011) por sua vez relata que seu primeiro contato com o termo advém de um texto de Giorgio Rovida escrito no ano 1985 que trata das experiências de autogestão no período em que a Espanha passava pelas agruras da guerra civil.

Cançado, Tenório e Pereira (2011) relatam que desde a década de 1990 pesquisadores tem se empenhado no estudo, pesquisa e desenvolvimento no campo da Gestão Social. O movimento ganhou vulto e no início deste século, programas de pesquisas, periódicos e eventos foram criados como forma de resposta a crescente demanda de pessoas interessadas na área.

De acordo com Boullosa e Schommer (2008) o significado do termo Gestão Social era multivariado e podia significar práticas da sociedade civil, governamentais ou empresariais. Não se sabia ao certo o que exatamente significava binômio. Porém as autoras consideram que paulatinamente o termo passou a ter caráter mais solido “passando a representar um modo especial de problematizar e gerir realidades sociointeracionais complexas” (BOULLOSA e SCHOMMER, 2008, p. 1).

Neste sentido, Tenório (2008) compreende a Gestão Social como:

um processo gerencial dialógico em que a autoridade decisória é compartilhada entre os participantes da ação (ação que possa ocorrer em qualquer tipo de sistema social – público, privado ou de organizações não-governamentais). O adjetivo social qualificando o substantivo gestão será entendido como o espaço privilegiado de relações sociais no qual todos têm o direito à fala, sem nenhum tipo de coação (TENÓRIO, p. 158).

Sobre a Gestão Social, Cançado, Tenório e Pereira (2011) acrescentam que ela trabalha com alguns conceitos estruturantes. Dentre eles se encontra a tomada de decisão coletiva. Este conceito pressupõe que as decisões devem ser tomadas sem a coerção de instancias hierárquicas superiores (Tenório, 2008). Não se enfoca no simples processo negociativo para se alcançar resultados práticos, mas leva-se em consideração as possibilidades de

entendimento por meio da argumentação salutar onde todos possam ter voz e vez para expressar seus pontos de vista. Pinho (2010) pondera que para haver a tomada de decisão coletiva sem coerção é preciso que se invista na educação dos participantes.

Segundo Cançado, Tenório e Pereira (2011) para haver a tomada de decisão coletiva em concordância com os pressupostos da Gestão Social é preciso que ela perpassasse pela dialogicidade. Este conceito se refere a forma como os atores sociais chegam a decisão almejada tendo em vista o respeito as diversas possibilidades de expressão do interlocutor (FREIRE, 1987). Se o caminho percorrido foi livre de coerção, se todos realmente participaram de forma autêntica e houve o espírito de entendimento em detrimento ao espírito de negociação é bem provável que a decisão tomada foi via processo dialógico (CANÇADO, TENÓRIO E PEREIRA, 2011).

A autenticidade da participação dos atores sociais no processo dialógico, livres do temor em exprimir seus verdadeiros posicionamentos dentro do processo de tomada de decisão remete ao outro conceito estruturante da Gestão Social. Trata-se da transparência, “que surge como uma condição necessária para as outras características, pois o segredo e assimetria de informação tornam inviável a tomada de decisão coletiva baseada no entendimento esclarecido” (CANÇADO, TENÓRIO E PEREIRA, 2011, p. 17).

Por fim, o ultimo conceito remete a teoria de Paulo Freire, a emancipação. A emancipação pode ser considerada um fim para a Gestão Social (CANÇADO, TENÓRIO E PEREIRA, 2011). A emancipação se depreende da percepção do crescimento e amadurecimento dos atores sociais no processo de tomada de decisão coletiva (*Idem*). Implica no aumento do campo perceptual e alargamento de visão de mundo bem como na liberdade de ser e deliberar sobre assuntos referentes a um bem comum num processo educativo-libertador (FREIRE, 2009).

Ante o exposto, utilizando-se dos pressupostos teóricos e metodológicos da Gestão Social, segue-se uma tentativa de identificação das características da Gestão Social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde na cidade de Palmas/TO em cumprimento a agenda de pesquisa proposta para a Gestão Social proposta por Cançado, Tenório e Pereira (2015).

4. Metodologia

A metodologia utilizada na pesquisa foi análise qualitativa, baseada em 3 (três) etapas: Observação não participante em uma reunião do Conselho Municipal da Saúde de Palmas – TO, entrevistas semiestruturadas e Análise de Conteúdo das entrevistas.

A observação direta ocorreu na reunião ordinária do mês de agosto de 2015. Na oportunidade, 26 representantes do conselho estavam presentes entre titulares e suplentes.

Após a reunião, foi realizado o contato com os diretores e demais conselheiros para agendamento das entrevistas. Todas essas, sendo realizadas ainda no mês de agosto de 2015. O método de escolha dos entrevistados partiu-se da premissa de haver um equilíbrio das falas dos representantes, sendo 50% dos usuários e 50% do governo, além do presidente. Sendo assim, foram entrevistados o presidente do conselho e mais 4 (quatro) membros, sendo 2 (dois) representantes dos usuários; 1 (um) da área de gestão e 1 (um) da área dos trabalhadores da saúde. Vale ressaltar que o presidente, apesar de ter um cargo público no Estado, no Conselho, ele tem assento de representação dos usuários.

Para interpretação dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo a qual se fundamenta em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, segundo Bardin (2009).

A transcrição das entrevistas foi apresentada de acordo com as categorias analisadas proposta pela agenda da Gestão Social: Processo de discussão; Inclusão; Pluralismo; Igualdade Participativa; Autonomia e Bem Comum. O entrevistado foi identificado como E1, E2, E3, E4 e E5. Dessa forma, podemos ter um melhor entendimento, conforme o quadro abaixo, onde define os critérios analisados e as características da Gestão Social identificadas:

Quadro 1 – Relação entre os Critérios de Análise para Cidadania Deliberativa e as características da Gestão Social.

Villela (2012)		Cançado, Tenório e Pereira (2011)
Categorias	Critérios	Característica da Gestão Social a ser identificada
Processo de discussão: discussão de problemas através da autoridade negociada na esfera pública. Pressupõe igualdade de direitos e é entendido como um espaço intersubjetivo e comunicativo que possibilita o entendimento dos atores sociais envolvidos.	Canais de difusão: existência e utilização de canais adequados ao acesso à informação para a mobilização dos potenciais participantes.	Transparência e Inteligibilidade
	Qualidade da informação: diversidade, clareza e utilidade da informação proporcionada aos atores envolvidos.	Transparência e Inteligibilidade
	Espaços de transversalidade: espaços que atravessam setores no intuito de integrar diferentes pontos de vista.	Dialogicidade; Entendimento
	Pluralidade do grupo promotor: compartilhamento da liderança a fim de reunir diferentes potenciais atores.	Tomada de decisão coletiva sem coerção; Dialogicidade
	Órgãos existentes: uso de órgãos e estruturas já existentes evitando a duplicação das estruturas.	Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Órgãos de acompanhamento: existência de um órgão que faça o acompanhamento de todo o processo, desde sua elaboração até a implementação, garantindo a coerência e fidelidade ao que foi deliberado de forma participativa.	Transparência e Inteligibilidade
	Relação com outros processos participativos: interação com outros sistemas participativos já existentes na região.	Entendimento; Dialogicidade
Inclusão: incorporação de atores individuais e coletivos anteriormente excluídos dos espaços decisórios de políticas públicas.	Abertura dos espaços de decisão: processos, mecanismos, instituições que favorecem a articulação dos interesses dos cidadãos ou dos grupos, dando uma chance igual a todos de participação na tomada de decisão.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Dialogicidade

Villela (2012)		Cançado, Tenório e Pereira (2011)
Categorias	Crítérios	Característica da Gestão Social a ser identificada
	Aceitação social, política e técnica: reconhecimento pelos atores da necessidade de uma metodologia participativa, tanto no âmbito social, quanto no político e no técnico.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Dialogicidade
	Valorização cidadã: valorização por parte da cidadania sobre a relevância da sua participação.	Entendimento
Pluralismo: multiplicidade de atores (poder público, mercado e sociedade civil) que, a partir de seus diferentes pontos de vista, estão envolvidos no processo de tomada de decisão nas políticas públicas.	Participação de diferentes atores: atuação de associações, movimentos e organizações, bem como cidadãos não organizados, envolvidos no processo deliberativo.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Perfil dos atores: características dos atores em relação às suas experiências em processos democráticos de participação.	Tomada de Decisão coletiva, sem coerção
Igualdade participativa: isonomia efetiva de atuação nos processos de tomada de decisão nas políticas públicas.	Forma de escolha de representantes: métodos utilizados para a escolha de representantes.	Tomada de Decisão Coletiva sem coerção
	Discursos dos representantes: valorização de processos participativos nos discursos exercidos por representantes.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Avaliação participativa: intervenção dos participantes no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas.	Tomada de Decisão coletiva sem Coerção; Entendimento
Autonomia: apropriação indistinta do poder decisório pelos diferentes atores nas políticas públicas.	Origem das proposições: identificação da iniciativa das proposições e sua congruência com o interesse dos beneficiários das políticas públicas adotadas.	Tomada de Decisão Coletiva sem Coerção; Entendimento
	Alçada dos atores: intensidade com que as administrações locais, dentro de determinado território, podem intervir na problemática planejada.	Tomada de Decisão Coletiva sem coerção
	Perfil da liderança: características da liderança em relação à condução descentralizadora do processo de deliberação e de execução.	Tomada de Decisão coletiva, sem Coerção; Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Possibilidade de exercer a própria vontade: instituições, normas e procedimentos que permitam o exercício da vontade política individual ou coletiva.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção

Villela (2012)		Cançado, Tenório e Pereira (2011)
Categorias	Critérios	Característica da Gestão Social a ser identificada
Bem comum: bem-estar social alcançado através da prática republicana.	Objetivos alcançados: relação entre os objetivos planejados e os realizados.	Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Aprovação cidadã dos resultados: avaliação positiva dos atores sobre os resultados alcançados.	Entendimento

Fonte: Cançado, Tenório e Pereira (2015).

Estes critérios serão analisados conforme definição abaixo, e para melhor compreensão dos resultados serão utilizados gráficos de modelo radar.

0 – Critério não identificado

1- Critério identificado, mas com pouca intensidade

2 – Critério identificado, mas precisa avançar

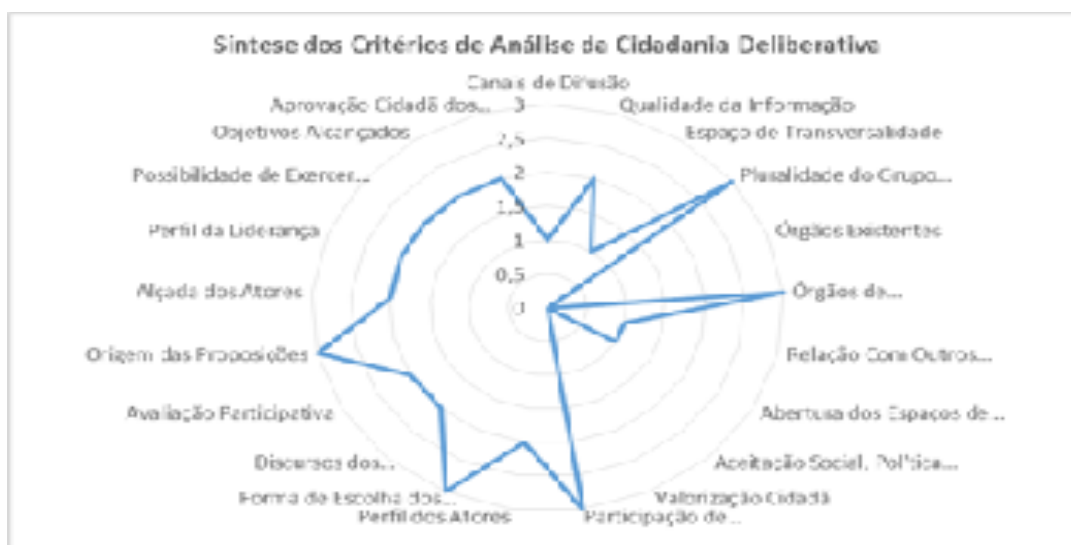
3 – Critério plenamente atendido

5. Apresentação dos resultados

Os resultados estão apresentados de acordo com as categorias pesquisadas segundo Tenório (2008): Processo de discussão, Inclusão, Pluralismo, Igualdade Participativa, Autonomia e Bem Comum, princípios os quais fundamentam a cidadania deliberativa. Esta pode ser entendida como a busca por legitimidade das decisões, pautadas nos processos de discussão orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum (Cançado, Tenório e Pereira, 2011). Assim sendo, são demonstrados pela Síntese dos Critérios de Análise da Cidadania Deliberativa na figura 1.

O gráfico 1 aponta uma visão ampla dessas (cinco) dimensões e o seu desdobramento, em uma escala de avaliação de 0 a 3 pontos.

Gráfico 1: Síntese dos Critérios de Análise da Cidadania Deliberativa



Fonte: Elaboração dos autores, a partir de Cançado, Pereira e Tenório (2015) e resultados obtidos.

Legenda: (0) Critério não identificado; (1) Critério identificado, mas com pouca intensidade; (2) Critério identificado, mas precisa avançar; (3) Critério plenamente atendido

Processo de discussão: a proposta desta categoria é compreender como se efetiva o processo de comunicação no espaço físico estudado. Essa categoria se subdividiu em 7 (sete) tópicos como Canais de difusão, Qualidade da informação, Espaço de transversalidade, Pluralidade do grupo promotor, Órgãos existentes, Órgãos de acompanhamento, Relação com outros processos participativos.

Canais de difusão: A visão que os entrevistados tiveram sobre esse item é que o conselho não dispõe de mecanismos de comunicação eficaz que possam potencializar potenciais participantes. Existe uma chamada nas rádios FM da cidade, porém, com pouca eficácia. Outras formas, são os convites feitos por e-mail e por telefone.

A população não sabe que existe um conselho, desconhece a função do conselho. Grande parte da população desconhece esse espaço. Como te disse, as comissões de trabalho foram reformuladas, até saiu no diário oficial em maio/junho. E a comissão de informação e educação teve seu plano de trabalho aprovado na última reunião ordinária e a gente tá conseguindo alguns espaços na mídia, principalmente nas rádios, como espaço de utilidade pública. A gente só tá com um spot de divulgação na rádio, mas um spot bem rápido, dizendo o que 'o conselho e onde são as reuniões para começar dar para a população uma formação básica (E3).

Qualidade da informação: Quanto a esse item, por unanimidade dos entrevistados, percebem um processo de evolução do conselho. Afirmando que o conselho está passando por um momento de transição e a transparência e a clareza das informações estão acontecendo, mas ainda é um processo novo que está ocorrendo.

Com essa nova gestão, o Conselho tem o papel de denunciar e esclarecer a todos tudo o que está acontecendo. O papel do Conselho é fiscalizar e abrir para os conselheiros (E2).

As comissões sempre comunicam, até porque elas são interligadas. Sempre as coisas são bem claras. Até porque lá, no conselho é formado por todas as gentes de classes sociais, então, as coisas têm que ser bem esclarecidas e bem práticas, porque é mais fácil pro entendimento e pra ter mais participação (E1).

Muitos conselheiros ainda desconhecem a política de saúde, que vem com os termos técnicos (E3).

Espaços de transversalidade: esses espaços são vistos pelos entrevistados, de maneira bem tímida ainda, sendo que o maior contato é o Conselho Estadual da Saúde e não interage com nenhum outro conselho. “Conselho não tem essa articulação com outros conselhos. Ele tem apenas um trabalho que está sendo feito com o TCU e o Ministério Público, mas com outros Conselhos das demais área não tem” (E2).

Pluralidade do grupo promotor: A descentralização da nova gestão foi um ponto relatado por todos os entrevistados. Veem essa estratégia, com uma necessidade para o desenvolvimento e fortalecimento do conselho. As frentes de trabalhos, na atual gestão, são bem distribuídas, conforme entrevista coletada.

Agora, eu vejo uma maior participação das pessoas no Conselho, não sei se é porque a gente deu uma maior organização ao Conselho e não sei também se porque descentralizou muitas questões. A gente tá tendo uma maior organização, tanto que na última reunião, dos 32 participaram 28 conselheiro. A gente tá conseguindo ver uma maior participação. (E3).

Órgãos existentes: Esse item não foi mencionado ou não conseguiu ser visualizado.

Órgãos de acompanhamento: Os entrevistados estão acreditando bastante na comissão de ouvidoria, cuja finalidade é acompanhar os projetos internos e externos realizados pela área da Saúde.

Descentralizou muito, tirou muita coisa das mãos do presidente e tá dando uma cara nova pro conselho (Fala do entrevistado E3).

A questão do respeito é fundamental. Apesar que haja todas as discussões, nós do Conselho começamos a nos respeitar um pouco mais, até porque o Conselho começou a visualizar a nossa participação como parceira e não como duas forças opostas (E5).

Relação com outros processos participativos: também é visto de maneira bastante tímida, com a presença apenas da relação com o Conselho Estadual da Saúde.

Nesse processo de comunicação com outros Conselhos, a gente ainda é muito incipiente, até porque além dessa falta de entendimento que os conselheiros têm da política de saúde, que dirá da relação dela com outros conselhos (Fala do entrevistado E3).

Após a exposição dos tópicos da categoria Processo de Discussão, apresenta-se o Quadro 2 como uma síntese das informações dessa categoria.

Quadro 2 – Síntese das informações sobre o processo de discussão

Processo de Discussão	
Tópicos	Síntese
Canais de difusão	Pouca eficácia
Qualidade da informação	Em evolução
Espaços de transversalidade	Pouco percebidos, pouca interação com outros conselhos representativos
Pluralidade do grupo promotor	A descentralização da nova gestão tem sido como um ponto positivo entre os entrevistados. Maior participação das pessoas.
Órgãos existentes	Não foi possível ser visualizado
Órgãos de acompanhamento	Tem-se uma expectativa boa de que dispositivos como a ouvidoria possam trazer resultados positivos no processo de acompanhamento dos conselhos
Relação com os processos participativos	Visto de maneira tímida

Fonte: Elaboração dos autores a partir de Cançado, Pereira e Tenório (2015) e resultados obtidos

Essa síntese dos Processos de Discussão reflete a afirmativa dos autores (CANÇADO, TENÓRIO E PEREIRA, 2011) onde descrevem a necessidade de que uma tomada de decisão coletiva deve ser baseada no esclarecimento e na transparência, sendo essa condição necessária para demais características. Dessa forma, pode-se entender que a descentralização descrita nas falas, pode ser o caminho para a transparência e esclarecimento.

A outra categoria analisada foi a Inclusão, a qual pode ser entendida como a incorporação de atores individuais ou coletivos que são excluídos dos espaços de discussão de políticas públicas. Essa categoria se subdividiu em 3 (três) tópicos: Abertura dos espaços de decisão, aceitação social e valorização cidadã.

Analisando a questão da Abertura dos espaços de decisão, podemos entender essa abertura como os processos, os mecanismos, e as instituições que se articulam para favorecer a participação de todos na tomada de decisão. Para todos os entrevistados, mesmo tendo os espaços, criados pelo próprio regimento do conselho, sempre são as mesmas pessoas que falam, e outros quase nunca participam. Muitas vezes, estão ali simplesmente, por indicação de um órgão, mas não porque têm alguma identificação com a proposta.

A maioria dos participantes é por indicação pela militância, apesar de ter uns postos que podem ser vistos ali, como eternos...Talvez, muitos não se posicionam pelo desconhecimento da política de saúde.Com essa nova diretoria estamos construindo uma formação contínua de formação...A formação das comissões ficou aberta para participarem de acordo com a identificação e na gestão anterior não funcionava...Dos 32 conselheiro, na última reunião participaram 28, mas ainda são as mesmas pessoas que discutem, as mesmas pessoas que se posicionam, geralmente, são as pessoas que tem um entendimento da política de saúde e uma vivência (E3).

Aceitação social, política e técnica: esse tema não foi identificado e nem abordado pelos entrevistadores. Não existe uma expressão consciente da necessidade de uma metodologia participativa nas reuniões ordinárias.

A valorização cidadã é outro tema a ser discutido, porém, da mesma forma que a aceitação social, política e técnica aparece nesse contexto, pode ser vista sem expressão consciente dessa necessidade.

Após a exposição dos tópicos da categoria Inclusão, apresenta-se o Quadro 3 como uma síntese das informações dessa categoria.

Quadro 3 – Síntese das informações sobre Inclusão

Inclusão	
Tópicos	Síntese
Abertura dos espaços de decisão	Restringem-se a poucas pessoas
Aceitação social	Não identificado
Valorização cidadã	Sem expressão

Fonte: Elaboração dos autores, a partir de Cançado, Pereira e Tenório (2015) e resultados obtidos

Pode-se compreender no Quadro 3, que apesar de apresentar uma diversidade nos assentos do Conselho, as falas revelam que a emancipação dos participantes ainda está longe, já que as decisões se localizam sempre nas mesmas pessoas, assim temos que, conforme os autores (CANÇADO, TENÓRIO E PEREIRA, 2011) essa se concretiza pela efetiva participação dos atores envolvidos, de maneira a trazer crescimento e amadurecimento para o grupo em questão.

Outra categoria a ser desdobrada, é o Pluralismo, o qual pode ser entendida como a participação de múltiplos representantes da sociedade civil, do Estado e mercado nas composições do conselho. Essa categoria se subdividiu em 2 (dois) tópicos: Participação de diferentes atores e Perfil dos atores.

Ao que se refere à participação de diferentes atores, a diversidade pode ser vista pela própria composição do conselho. Atualmente, a comissão é composta por 60 (sessenta) membros titulares e suplentes, dos quais 12 (doze) pertencem ao quadro de servidores do governo; 2 (dois) prestadores de serviço da saúde da esfera privada; 18 (dezoito) trabalhadores da saúde, representando diversos conselhos; e 28 (vinte e oito) representantes dos usuários, das mais diversas associações e movimentos.

O perfil desses atores ao que se refere às experiências em processos democráticos de participação, é visto por parte dos representantes dos usuários, porém quando se depara com alguns membros do governo, nota-se que muitos não têm essa experiência participativa, a presença é muito mais próforma que por identificação. Isso pôde ser identificado nas entrevistas.

São pessoas que já vem militando, no caso dos trabalhadores, o que eu percebo é que são pessoas que já passaram por algum conselho de representação desses trabalhadores, mas no caso dos usuários, geralmente pela indicação de militância, a não ser alguns postos aqui, que já se tornaram eternos, que são pessoas que estão no conselho desde a sua formação, mas na sua maioria é indicação pela militância mesmo (E3).

Desde a época da prefeita Nilmara, cada presidente de associação de bairro tinha que participar, e aí eu fui indicada e estou até hoje (E1).

Após a exposição dos tópicos da categoria Pluralismo, apresenta-se o Quadro 4 como uma síntese das informações dessa categoria.

Quadro 4 – Síntese das informações sobre pluralismo

Pluralismo	
Tópicos	Síntese
Participação dos diferentes atores	Diversidade comprovada pela composição do conselho
Perfil dos atores	Presença pro forme dos participantes governamentais

Fonte: Elaboração dos autores, a partir de Cançado, Pereira e Tenório (2015) e resultados obtidos

No Quadro 4, podemos trazer a crítica de Pinho (2010) quando critica o processo de Gestão Social ao se referir às situações que de fato ocorram tomada de decisão sem coerção, quando de fato o Brasil ainda não está preparado para isso. Pessoas participam por indicação ou obrigação. Assim, a situação descrita pelos entrevistadores acima pode ser entendida como a não efetiva participação dessas pessoas podendo entender que há uma falta de educação para formação da efetiva participação.

A próxima categoria analisada foi Igualdade Participativa, que pode ser entendida como isonomia participativa na tomada de decisão das políticas públicas. Essa categoria se subdividiu em 3 (três) tópicos: Forma de escolha de representantes e Discursos dos representantes e Avaliação participativa.

A Forma de escolha de representantes são os métodos utilizados para a escolha de representantes. De acordo com todos os entrevistados, a representação dessa gestão se deu através de eleição, sendo que havia uma única chapa concorrendo. Alguns métodos foram definidos para direito ao voto, como por exemplo, só poderia participar da votação pessoas que tivessem uma participação mínima nas reuniões. As escolhas dos conselheiros por parte dos trabalhadores, normalmente se faz por indicação de pessoas que já estão envolvidas em algum movimento participativo local.

Outro ponto a ser entendido nessa categoria é referente ao tópico Discursos dos representantes ao que se refere à valorização de processos participativos nos discursos exercidos por representantes. Esse tópico foi observado e valorizado, porém necessita caminhar quando essas pessoas que têm a palavra repetem que somente os mesmos que falam, em todas as reuniões.

O próximo item analisado é a Avaliação participativa em que há intervenção dos participantes no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas. Segundo os entrevistados, a descentralização dos trabalhos, fortaleceu as comissões, de maneira que estas pudessem ser transparentes e plausíveis de intervenções e acompanhamento dos conselheiros. “Tem dia que tem debate feio lá, tem uns temas que só falta pegar fogo. Isso aí é muito bom” (E1).

Após a exposição dos tópicos da categoria Igualdade participativa, apresenta-se o Quadro 5 como uma síntese das informações dessa categoria.

Quadro 5 – Síntese das informações sobre igualdade participativa.

Igualdade Participativa	
Tópicos	Síntese
Forma de escolha dos representantes	Eleição com participação de chapa única, e participação mínima nas reuniões para ter direito a voto
Discursos dos representantes	As mesmas pessoas falam sempre nas reuniões
Avaliação participativa	Descentralização dos trabalhos fortaleceu as comissões

Fonte: Elaboração dos autores, a partir de Cançado, Pereira e Tenório (2015) e resultados obtidos

A síntese da Igualdade Participativa descrita no Quadro 5 pode ser entendida de acordo com a análise dos Quadros 2 e 3, complementando o entendimento desse tópico.

A categoria Autonomia pode ser compreendida como a apropriação indistinta do poder decisório. Essa categoria foi subdesenvolvida em 4 (quatro) tópicos: Origem das proposições; Alçada dos atores, Perfil da liderança, Possibilidade de exercer a própria vontade.

Origem das proposições: é identificado iniciativa das proposições e sua congruência com o interesse dos beneficiários das políticas públicas adotadas, quando os entrevistados relatam que a nova gestão deu uma cara nova, está focada no que vem prejudicar o usuário da saúde.

As pautas das reuniões estão articuladas com ações conjuntas com Ministério Público e Tribunal de Contas do Estado. “Essa nova diretoria é muito articulada com o TCU e o Ministério Público. Estamos fiscalizando não só contas, mas tudo que não está conforme” (E2).

Analisando a alçada dos atores pode-se verificar que segundo os entrevistados, a atuação do conselho tem sido favorável para intervir nas mudanças necessárias nas problemáticas locais. Mas é um processo que está em construção, ainda não está consolidado.

É um processo longo e não é fácil. A gente encontra resistência de conselheiros que pensam que a atribuição do conselho é de apenas fiscalizar dinheiro, até resistência dos próprios gestores que tão com assentos dentro do conselho, porque eles começam a ver o Conselho como, digamos assim, uma ameaça, porque o Conselho está começando a entender qual o papel dele (E3).

O Perfil da liderança para alguns entrevistados, era bastante centralizador e pouco atuante. O discurso que se tem é que com a nova gestão, com a descentralização dos poderes, a atuação do conselho mudou, o que não era percebido nas gestões anteriores, porém esses conselheiros ainda permanecem na comissão.

Em contrapartida, a Possibilidade de exercer a própria vontade foi percebida com certa coerção e impedimento de fala. Isso foi percebido através da fala de um entrevistador que informou que ao falar de certos problemas sofreu retaliação fora da reunião.

Um dia desse eu liguei para solicitar um atendimento específico e não foi feito. No dia da reunião, levei esse assunto e quando sai da reunião para atender a um telefone, fulano me pára e me diz porque eu tava levando aquela coisa pra reunião...então, funciona mais ou menos assim, se você abre muito a boca, corre o risco de ser punida...tem vários fatores que me ajuda a reclamar as coisas e que não vou ser punida de nada, mas existe sim, aquela repressão dentro da coisa que não quer que seja divulgada. Outro dia, disse que a ditadura acabou, hum, é mentira, ta aí (E1).

Após a exposição dos tópicos da categoria Autonomia, apresenta-se o Quadro 6 como uma síntese das informações dessa categoria.

Quadro 6 – Síntese das informações sobre autonomia.

Autonomia	
Tópicos	Síntese
Origem das proposições	Gestão bem articulada e proposições a contento
Alçada dos atores	Atuação do conselho tem sido favorável na intervenção das demandas
Perfil de liderança	Alteração de uma liderança centralizada para uma descentralizada

Possibilidade de exercer a própria vontade	Percepção de coerção e impedimento de fala
--	--

Fonte: Elaboração dos autores, a partir de Cançado, Pereira e Tenório (2015) e resultados obtidos

No Quadro 6, Síntese da autonomia pode-se concluir que a população tem sentido mais necessidade de participar, a partir do momento que percebe que a democracia representativa não tem atendido a suas aspirações (LÜCHMANN, 2007).

Por fim, tratamos sobre a categoria do Bem Comum, a qual atemos à referência dos autores (CANÇADO, TENÓRIO E PEREIRA, 2011) de que se trata de responsabilidade social e do compromisso, entendido como o bem social compreendido por todos, e que está subdesenvolvida em 2 (dois) tópicos: Objetivos alcançados e Aprovação cidadã dos resultados.

Em se tratando dos Objetivos alcançados, ou seja, o que foi planejado e o que foi realmente executado. Por unanimidade os entrevistados entendem que essa gestão está conseguindo cumprir com o seu propósito, mas que é um processo contínuo e busca constante desse propósito. E como consequência, é entendido pelos entrevistados que a avaliação dos resultados é positiva, o que descreve o tópico da Aprovação cidadã dos resultados. “Agora, acho que o Conselho vai, pelo presidente, a gente tá com uma esperança de pessoas que queira atingir esse objetivo” (E1).

Após a exposição dos tópicos da categoria Bem Comum, apresenta-se o Quadro 7 como uma síntese das informações dessa categoria.

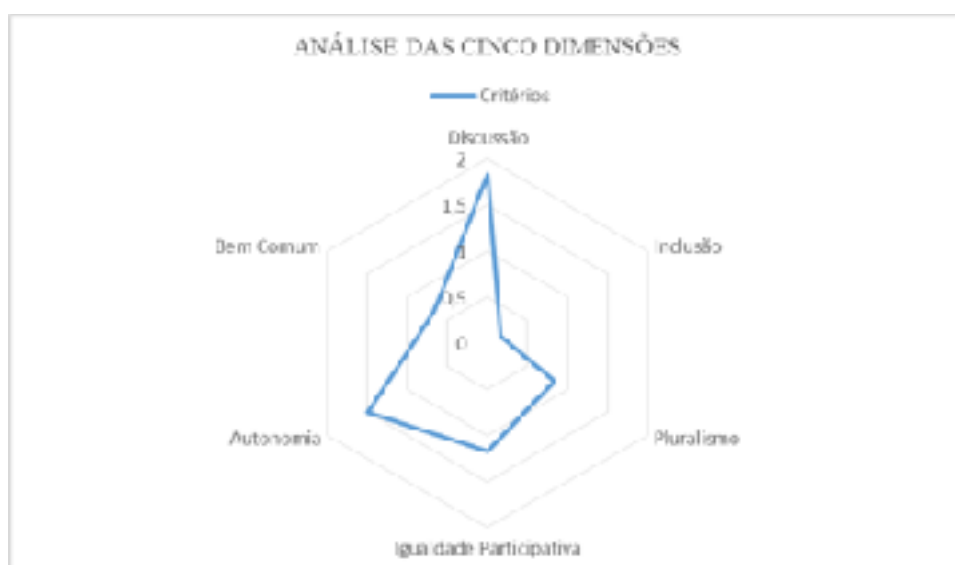
Quadro 7 – Síntese das informações sobre bem comum.

Bem Comum	
Tópicos	Síntese
Objetivos alcançados	Gestão tem conseguido cumprir seus propósitos
Aprovação cidadã dos resultados	Avaliação dos resultados positiva

Fonte: Elaboração dos autores, a partir de Cançado, Pereira e Tenório (2015) e resultados obtidos

Assim, a síntese do Quadro 7, referente a categoria Bem Comum, pode ser entendida como o avanço para o Bem Comum, quando de acordo com os autores (Cançado, Tenório e Pereira, 2011), este se define como a responsabilidade e compromisso de todos, já que as falas declaram que os propósitos estão sendo cumpridos, com uma avaliação positiva sobre a temática.

Gráfico 2: Análise das Cinco Dimensões



Fonte: Elaboração dos autores a partir de Cançado, Pereira e Tenório (2015) e resultados obtidos

Legenda: Média dos critérios: (0) Critério não identificado; (1) Critério identificado, mas com pouca intensidade; (2) Critério identificado, mas precisa avançar; (3) Critério plenamente atendido.

O gráfico 2, Análise das Cinco Dimensões, nos propõe um entendimento da média das dimensões estudadas e podemos concluir que Inclusão; Pluralismo e Bem Comum merecem uma atenção maior por parte dos conselheiros, de maneira que desenvolvam técnicas sociais as quais facilitem o fortalecimento dessas categorias.

As categorias Discussões; Autonomia e Igualdade Participativa devem ser igualmente monitoradas, para que não se tornem pontos de fragilidades futuras.

Gráfico 3: Síntese da Gestão Social



Fonte: Elaboração dos autores, a partir de Cançado, Pereira e Tenório (2015) e resultados obtidos

Legenda: Média dos critérios: (0) Critério não identificado; (1) Critério identificado, mas com pouca intensidade; (2) Critério identificado, mas precisa avançar; (3) Critério plenamente atendido.

No gráfico 3, Síntese da Gestão Social, podemos entender como a Gestão Social, com os seus pilares Tomada de decisão coletiva e sem coerção; Dialocidade/Inteligibilidade; Transparência e Entendimento Esclarecido e Emancipação se manifesta no espaço como Conselho Municipal de Saúde da cidade de Palmas. Com uma leitura da média de suas categorias estudadas podemos concluir que a Emancipação e a Dialocidade merecem uma atenção maior por parte dos conselheiros, de maneira que desenvolvam técnicas sociais as quais facilitem o fortalecimento dessas categorias e a Transparência e tomada de decisão sem coerção estão no caminho da Gestão Social baseadas nas proposições de Tenório (2008).

Considerações finais

Diante dos resultados obtidos na pesquisa realizada percebe-se que ainda falta um percurso considerável para o Conselho Municipal de Saúde da cidade de Palmas alcançar grau de conformidade satisfatória com as dimensões propostas pela Gestão Social. Isso não importa em valorar a atuação do conselho em um padrão axiomático proposto pela Gestão Social. Pelo contrário, é apenas uma tentativa de aproximação teórico-metodológico com os pressupostos desenvolvidos pela Gestão Social até o momento.

De acordo com os entrevistados, há uma percepção de melhora na transição de uma gestão para outra. Entendem que descentralização do poder foi benéfica no fortalecimento das comissões internas nas deliberações coletivas. Porém entendem que esta melhora ainda é tímida e que se encontram em processo de evolução.

Das dimensões analisadas, três trilham no mesmo sentido da Gestão Social: processo de discussão, autonomia e igualdade participativa. Porém as demais dimensões, inclusão, pluralismo e bem comum, não atingiram o mesmo nível de conformidade, necessitando neste caso, de uma reflexão mais aprofundada para se levantar os principais motivos para se apresentarem com menor intensidade do que as outras dimensões.

Vale ressaltar que o fortalecimento das dimensões analisadas é fundamental para se alcançar êxito nos pilares estruturantes propostos pela Gestão Social: a tomada de decisão coletiva, a dialogicidade, transparência e emancipação fundamentos dos autores (Cançado, Tenório e Pereira, 2011). Com boas chances de acerto, o fortalecimento das dimensões que apresentaram níveis menos elevados de operatividade poderão incrementar e potencializar as ações do Conselho Estadual de Saúde a níveis de desempenho ainda melhores do que os apresentados, o que poderá ser aferido (ou não) em trabalhos futuros.

Referências Bibliográficas

- ASSIS, M.M.A., VILLA T.C.S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2003 maio-junho; 11(3):376-82.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4ª Ed. revista e atualizada. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009, 282p.
- BOULLOSA, R.; SCHOMMER, P. C. Limites da Natureza da Inovação ou Qual o Futuro da Gestão Social? **Anais do 32º Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (Enanpad)**. Rio de Janeiro: Anpad, 2008
- BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. *Diário Oficial da União*, 28 dez. 1990.

- CANÇADO, A. C.; TENÓRIO F. G.; PEREIRA, J. R. Gestão Social: reflexões teóricas e conceituais. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 681-703, 2011.
- CANÇADO, A. C.; PEREIRA, J. R.; TENÓRIO, F. G. **Gestão Social: epistemologia de um paradigma**. 2 Ed. Curitiba: CRV, 2015.
- COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, novembro 1989 nº 19.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília, 2002. 60p.
- CORREIA MVC. Controle Social. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acesso em 27 ago. 2015.
- COTTA, R.M.M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1121-1137, 2011
- CUNHA, S. S. **O controle social e seus instrumentos**. Disponível em: <<http://socialiris.org/imagem/boletim/arq493428c8bc3db.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.
- DURÁN, P. R. F.; GERSCHMAN, S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.884-896, 2014.
- FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. São Paulo: **Paz e Terra**, 1987.
- FREIRE, Paulo. Educação como Prática de Liberdade. Rio de Janeiro, **Paz e Terra**. 2009.
- GERSCHMAN, S. A democracia inconclusa. 2. ed. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2004.
- KRUGER, T.F. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do sus na prática do conselho de saúde. **Planejamento e políticas públicas**. Nº 22 – dez/2000.
- LÜCHMANN, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, n.70, p. 139-170, 2007.
- MARTINS, P.C. et al. *Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia*. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [1]: 105-121, 2008.
- NETO, A. F. P. A representação dos usuários nos Conselhos de saúde: uma contribuição para o debate. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [2]: 441-462, 2012.
- PAIVA, C.H.A; Teixeira, L.A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**. v. 21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.
- PINHO, J. A. G. de. **Gestão Social: conceituando e discutindo os limites e possibilidades reais na sociedade brasileira**. In RIGO, A. S.; SILVA JÚNIOR, J. T.; SCHOMMER, P. C.; CANÇADO, A. C. Gestão Social e Políticas Públicas de Desenvolvimento: Ações, Articulações e Agenda. **Recife: UNIVASF**, 2010.
- PREFEITURA, Palmas. **Serviços/Conselho**. Disponível em: <<http://www.palmas.to.gov.br/servicos/conselho-municipal-de-saude/202/>>. Acesso em 23/02/2016.
- RESOLUÇÃO nº 333, de 04 de novembro de 2003. **Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 236, 4 dez. 2003. Seção 1, p. 57-8.
- TENÓRIO, F. G. **Um espectro ronda o terceiro setor, o espectro do mercado**. 3 Ed. Ijuí: Editora da Unijuí, 2008.

TENÓRIO, F. G. Gestão Social, um conceito não-idêntico? Ou a insuficiência inevitável do pensamento, 2011.

VAZQUEZ, M. I. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, p.579-91, 2003.

VILLELA, Lamounier Erthal. Escopo metodológico. In: TENÓRIO, Fernando Guilherme (Org.). Cidadania e desenvolvimento local: critérios de análise. Rio de Janeiro: **FGV**, 2012. p.35-46.