

# IDENTIDADES SOCIAIS E SUJEITOS COLETIVOS: O SENTIDO PLURAL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA REGIÃO DAS MISSÕES/RS

## SOCIAL IDENTITIES AND COLLECTIVE SUBJECTS: THE PLURAL MEANING OF THE MUNICIPAL HEALTH COUNCILS IN THE REGION OF MISSÕES/RS

Osmar Veronese<sup>1</sup>

Sandra Vidal Nogueira<sup>2</sup>

### RESUMO

As políticas públicas em Saúde passaram a ter, desde a Constituição de 1988, um *status* bem mais democrático. Estruturou-se assim, no Brasil, um modelo legitimado por práticas de participação popular. Dentre as instâncias colegiadas capazes de articular a dinâmica participativa prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS) está o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Nesse sentido, objetiva-se com o presente estudo, por um lado, dar visibilidade à dimensão institucional do CMS, revisitando as concepções sobre o seu funcionamento, em face da redefinição do papel do Estado e do processo de descentralização administrativa e financeira da esfera federal para o nível estadual e a municipalização da Saúde; e, por outro, mapear indicadores sobre o perfil desses Conselhos na Região das Missões/RS. A análise proposta faz uso da Plataforma do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), contextualizada à referida Região (maio de 2017) e estrutura-se em três partes. Na primeira parte trata da “*A universalidade da assistência e a democracia do controle social*” ao abordar a consecução dos direitos fundamentais. Na segunda focaliza “*O SUS e a criação de espaços colegiados*”, em face de uma definição mais abrangente de bem-estar e da articulação de novas formas de organização da vida produtiva. E, na terceira parte, destaca “*O SIACS e o perfil dos Conselhos de Saúde na Região das Missões/RS*”, fazendo uma leitura multirreferencial sobre a formação dos próprios CMS e também a constituição de suas mesas diretoras, com base na realidade existente em 27 (vinte e sete) municípios gaúchos.

**Palavras-chaves:** Democracia participativa. Controle social. Conselhos municipais de saúde.

<sup>1</sup> Doutor em Modernización de las Instituciones y Nuevas Perspectivas em Derechos Fundamentales (Universidad de Valladolid/Espanha). Professor e Pesquisador na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões-URI, *Campus* Santo Ângelo, RS, vinculado do Programa de Pós-Graduação em Direito. Procurador, na Procuradoria da República de Santo Ângelo/Ministério Público Federal. Líder do Grupo de Pesquisa: “*Direitos de Minorias, Movimentos Sociais e Políticas Públicas*”, CNPQ/URI. E-mail: [osmarveronese@gmail.com](mailto:osmarveronese@gmail.com)

<sup>2</sup> Pós-Doutoranda em Direito (Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões-URI, *Campus* Santo Ângelo, RS), Doutorado em Educação (PUCSP). Professora e Pesquisadora na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), vinculada ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas, *Campus* de Cerro Largo, RS. E-mail: [sandra.nogueira@uffs.edu.br](mailto:sandra.nogueira@uffs.edu.br)

## ABSTRACT

Since the 1988 Constitution, public health policies have had a much more democratic status. Thus, in Brazil, a model was legitimized by practices of popular participation. Among the collegiate bodies capable of articulating the participatory dynamics foreseen by the Unified Health System (SUS) is the Municipal Health Council (CMS). In this sense, the objective of this study is, on the one hand, to give visibility to the institutional dimension of the CMS, revisiting the conceptions about its functioning, in view of the redefinition of the role of the State and the process of administrative and financial decentralization of the federal sphere. for the state level and the municipalization of health; and, on the other hand, to map indicators on the profile of these Councils in the Missions Region/RS. The proposed analysis makes use of the Health Councils Monitoring System Platform (SIACS), contextualized to the referred Region (May 2017) and is divided into three parts. In the first part it deals with “*The universality of assistance and the democracy of social control*” in addressing the attainment of fundamental rights. The second focuses on “*SUS and the creation of collegiate spaces*”, in view of a broader definition of well-being and the articulation of new forms of organization of productive life. And in the third part, he highlights “*SIACS and the profile of the Health Councils in the Missions Region/RS*”, taking a multi-referential reading about the formation of the CMS themselves and also the constitution of their boards, based on the reality existing in 27 (twenty seven) gauchos municipalities.

**Keywords:** Participatory democracy. Social control. Municipal health councils.

## INTRODUÇÃO

O Setor da Saúde brasileiro foi um dos primeiros segmentos protagonista nos debates sobre a conspeção dos direitos fundamentais no País, por meio da estruturação de um modelo de saúde baseado na universalidade da assistência e na ação democrática do controle social<sup>3</sup>, incentivando, assim, a emergência de uma cultura organizacional legitimada por práticas sociais de participação popular também nos núcleos decisórios de gestão.

Verifica-se, assim, que o modo de planejar, executar e avaliar as políticas sociais, sobretudo no Setor da Saúde, passou a ter, desde a promulgação da Constituição de 1988, um *status* mais democrático, estabelecendo diretrizes que marcaram a ascensão de um novo modelo de gestão baseado na descentralização política e administrativa da União para as

---

<sup>3</sup> Embora a expressão ‘controle social’ seja mais conhecida, na área da saúde, atrelada a ideia de participação social, Silva, Cruz e Melo (2007, p. 685) advertem: “*a expressão controle social tanto é empregada para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado*”.

demais unidades federadas, na responsabilidade do Estado, na participação da população, na formulação e no controle em todos os níveis de governo.

Ao instituir uma nova modalidade de relacionamento entre a sociedade e o Estado, o Setor da Saúde, preconiza a ampliação dos canais participativos, por meio da criação de espaços colegiados de organização de coletivos, que servem de modelo para o alargamento da democracia de alta intensidade no Brasil, reforçando a importância do uso de métodos mais adequados para viabilizar a opção por um regime político dessa natureza.

Dentre as instâncias colegiadas capazes de dar viabilidade para toda essa estrutura participativa proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), surge à ideia de criação de Conselhos Municipais de Saúde. Nessa perspectiva, torna-se fundamental, passados trinta anos de promulgação da Constituição vigente no Brasil, entender a concepção que orienta a formulação desses Conselhos, a dinâmica de funcionamento dessas novas organizações coletivas em face da redefinição do papel do Estado, do processo de descentralização administrativa e financeira da esfera federal para os níveis estadual e municipal e também da municipalização da Saúde. Aliado a isto, faz-se necessário e oportuno, a elaboração de estudos analíticos que possam mapear o perfil desses Conselhos, nos níveis micro e macroregionais, utilizando a plataforma do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Para tanto, o ensaio crítico elaborado foi construído a partir da realização de uma abordagem multirreferencial, utilizando como técnica de coleta de dados, ferramentas de análise documental e bibliográfica e está organizado em três partes.

Na primeira parte, *“A adoção de um modelo de Saúde no Brasil baseado na universalidade da assistência e na ação democracia do controle social”*, busca-se abordar o protagonismo do Setor da Saúde na implementação dos direitos fundamentais. Na segunda parte, *“O SUS e a criação de espaços colegiados para a organização das Identidades Sociais e dos Sujeitos Coletivos”*, destaca-se a emergência da noção de promoção da saúde em prol de uma definição mais abrangente de bem-estar e articulação das formas de organização social da vida produtiva. E, na terceira parte, *“O SIACS e um perfil dos Conselhos de Saúde na Região das Missões/RS”*<sup>4</sup>, procura-se fazer uma leitura multirreferencial e propositiva sobre a

---

<sup>4</sup> Conhecidas como sendo Missões Orientais e localizadas a leste do rio Uruguai, no lado brasileiro, a Região das Missões situa-se, geograficamente, no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul possui um total 27 municípios, de acordo com a Federação das Associações dos Municípios Gaúchos (FAMURS). O nome *“Missões”*, reafirmado em boa parte do comércio regional, deriva do fato de que na referida região foram edificadas, entre os séculos XVII e XVIII, as reduções jesuíticas dos Guarani, chamadas de Missões e palco de

formação dos próprios CMS e também a constituição de suas mesas diretoras, a partir da realidade existente em 27 (vinte e sete) municípios gaúchos. São eles: Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Giruá, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzalez, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Paulo das Missões, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Itacuruci, Ubiretama e Vitória as Missões.

### **1- A universalidade da assistência e a democracia do controle social**

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)<sup>5</sup>, em março de 1986, é considerada um marco histórico na ruptura com a velha visão curativa e imediatista de saúde, em prol de uma definição mais abrangente e que pudesse incorporar um sentido progressivo de articulação nas formas de organização social da vida produtiva.

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária. (BRASIL, 1986, p. 10)

Isso significa afirmar a ideia de promoção da saúde, vislumbrada a partir de uma série de fatores determinantes e condicionantes do que se entende por bem estar físico, mental e social dos indivíduos e da coletividade, como por exemplo, a alimentação, a moradia, o saneamento, o trabalho, a renda, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Ao apresentar a defesa de um conceito amplo de saúde e desta noção como sendo uma conquista social, o Relatório Final da VIII CNS (cf. BRASIL, 1986), serviu de referência à Constituição de 1988, na perspectiva de fazer com que a democracia política pudesse se fazer acompanhar de sua base indispensável: a democracia social, fundada em maior equidade. Nessa perspectiva conceitual, de acordo com Bispo Jr. e Gerschaman (2013, p. 08) “(...) o sentido da democracia é determinado a partir do espaço ocupado na condução dos destinos políticos e econômicos da sociedade (...). Outrossim merece destaque o Art.196.

---

uma experiência colonizadora *sui generis*. Foram criadas sete reduções, denominadas de Sete Povos das Missões que fazem parte de um importante capítulo da história do Rio Grande do Sul. Índigenas e jesuítas criaram formas de organização social e de trabalho bastante incomuns, dando origem a cidades prósperas, que auxiliaram na delimitação de fronteiras e foram tema para a constituição de um vasto folclore regionalista de tom heroico, em torno das figuras dos padres e dos índios, dentre os quais, em especial, SepéTiaraju.

<sup>5</sup> Nessa época era Ministro da Saúde Roberto Figueira Santos e Presidente da VIII CNS, Antônio Sérgio da Silva Arouca (cf. BRASIL, 1986).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

A carta magna, por sua vez, ao assumir este *locus* paradigmático, institucionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS), que é regulamentado, em setembro de 1990, pela Lei nº 8.080, com a intenção de assegurar saúde para todos/as e definir o papel da sociedade na gestão do serviço de saúde. “*Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício*” (BRASIL, 1990).

Para realizar a Missão para o qual foi concebido, o SUS é regido pelos princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação social, sendo, pois, formado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, sob a administração direta do Poder Público das respectivas esferas de governo (BRASIL, 1990). A porta de entrada da população, entendida como ‘sociedade civil organizada’<sup>6</sup>, ao SUS é garantida nos espaços institucionais através daquilo que se denominou de conselhos gestores de políticas públicas setoriais<sup>7</sup>.

O conteúdo do direito à saúde sempre vai depender do que se entende por saúde e do momento histórico estatal no qual se insere tal direito. Numa concepção individualista, liberal, a saúde corresponde somente à ausência de doenças, vista a partir do resultado (ter ou não a patologia), sem se preocupar com os motivos que deram causa ao surgimento do mal. Em uma perspectiva coletiva, a saúde depende das condições de vida comunitariamente compartilhada. (VERONESE e VERONSE, 2017, p. 6)

A formação de um novo cenário se deve, em grande medida, às reformas políticas, econômicas, administrativas e institucionais que acabaram por influenciar significativamente a organização interna do aparato estatal e o padrão das relações entre setores públicos e privados, criando outros canais de interlocução entre os entes federados e entre estes e os novos atores sociais. Contudo, Bispo Jr. e Gerschman (2013, p. 08), fazem um alerta: a questão é mais complexa.

Os avanços do capitalismo liberal e a necessidade de multiplicação dos negócios das oligarquias proprietárias, que deveria contar com o aval e o consentimento popular, determinou a restrição da democracia à dimensão mínima de forma e procedimento. (...) Nessa conjuntura, as correlações de força se alteraram e a democracia representativa passou a ser questionada

<sup>6</sup> Couffignal (2012, p. 287) define o termo sociedade civil como “*toda forma de organização espontânea ou institucional, duradoura ou não, cuja finalidade é a de expressar-se, em determinado momento, sobre a cena política*”.

<sup>7</sup> Essas políticas públicas setoriais dizem respeito aos segmentos da educação, saúde, planejamento, assistência social e juventude.

como método capaz de responder às demandas materiais, culturais e por participação da sociedade. (...) devemos destacar que o alargamento da democracia corresponde a muito mais que a ampliação dos locais onde se exerce o ato de votar. A ampliação da democracia fundamenta e, sobretudo, nos resultados do processo democrático. Assim, é necessário resgatar o sentido substantivo da democracia, não como procedimento eleitoral ou, apenas, multiplicação das arenas, mas fortalecer o ideal democrático em seu sentido de justiça social.

O propósito de ampliar a democracia, concebida na interface de regime e método, requer um passo a diante, porque a ampliação da democracia fundamenta-se, sobretudo, nos resultados do processo democrático e estes, sofrem influência direta das aproximações existentes entre formas de governo e ideologias adversas (cf. SANTOS e MENEZES, 2010). Nesse sentido, deve-se ir além do espectro das condições para realização de um processo eleitoral, propriamente dito, para que seja possível analisar, de modo mais detalhado, os principais conflitos existentes entre a expectativa da criação de políticas públicas que possam concretizar os direitos conquistados, portanto, assegurados em Lei e as barreiras efetivas, de ordem política e econômica para sua implementação.

Isto significa dizer, em última instância, recuperar o sentido substantivo da democracia. Ou seja, promover indagações sobre quem tem o direito de participar, de qual participação se trata e quais são suas modalidades, compreendendo, assim, em que condições o aval e o consentimento popular protagonizam por vezes um movimento inverso, que vai à direção de reforçar restrições à própria democracia, em sua dimensão mínima de forma e procedimento<sup>8</sup>.

## **2- O SUS e a criação de espaços colegiados**

A estrutural organizacional do SUS garante aos usuários<sup>9</sup>, prestadores de serviço, representantes dos demais segmentos profissionais e aos trabalhadores de saúde e gestores, o

---

<sup>8</sup> Para maiores esclarecimentos, consultar: Ribeiro (1997); Labra e Figueiredo (2002); Stralen (2005) Bispo Jr. e Gerschman (2013); Liporoni(2010); Jorge e Ventura (2012); Albuquerque e Patriota (2013); Bastos Filho e Rodrigues (2014).

<sup>9</sup> Em princípio usuário somos todos nós, porém ao participar de um conselho devemos considerar alguns critérios. Podem ser representantes do segmento usuário, pessoas de entidades privadas, movimentos comunitários e organizados como pessoa jurídica, que participam de movimentos em defesa no que diz respeito à área social. Para fins de segmento para o conselho, só pode ser usuário aquele que não detém condição de ser escolhido como representante dos demais segmentos (profissional e trabalhador de saúde, gestor e prestador de serviço). Isto quer dizer que usuário é a pessoa não comprometida direta ou indiretamente, a qualquer dos demais segmentos, não pode ter qualquer vínculo empregatício na área da saúde, nunca deve ser indicado e sim eleito pelos seus pares (cf. BRASIL, 1990 a/b).

direito e o dever de deliberar sobre o planejamento, a formulação, a execução e a fiscalização das ações de saúde, assim como a gestão financeira<sup>10</sup> e administrativa do próprio Sistema.

Objetivando dar viabilidade à estrutura participativa criada foi estabelecida uma série de instâncias colegiadas, inicialmente, pelas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e o Decreto nº 5.839/2006 (cf. BRASIL, 1990 a/b; 2006) e ampliada pelas Resoluções nº 33/1992, nº 333/2003 e nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde (cf. BRASIL, 1992; 2003; 2012). São elas: os Conselhos e as Conferências de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CNASEMS). Desta forma, seguindo todo esse ordenamento jurídico, a criação de Conselhos de Saúde deve atender prerrogativas firmadas nas três esferas: municipal, estadual e federal.

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, Art.1, § 2º)

Para dar sustentação ao modelo organizacional proposto, garantir a efetividade e, porque não dizer, a própria vitalidade democrática desses Conselhos, em sua dinâmica processual, a questão da autonomia institucional acabou sendo fator preponderante, acrescida da articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas. Há de se considerar, também, uma forte tendência de descentralização, que por sua vez, *“(...) tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas”* (BRASIL, 2003, p. 04). Outro elemento essencial é a dimensão de controle social, que reflete o sentido fiscalizatório e a vocalização de denúncias, numa dupla direção, ou seja, *“(...) a dura realidade da exclusão social e o caráter secularmente clientelista e privatizado do Estado brasileiro. (...), onde parece mais importante ‘impedir o Estado de transgredir’ do que*

---

<sup>10</sup> O SUS, não é gratuito, ele é custeado por todos nós através dos impostos recolhidos pelo governo. Segundo os artigos 196 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS é responsabilidade comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A Lei nº 8.080/90 determina que os recursos financeiros do SUS sejam depositados em contas especiais (Fundos de Saúde) em cada esfera de sua atuação, movimentados pela fiscalização dos Conselhos de Saúde e transferidos automaticamente a partir da receita efetivamente arrecadada e distribuídos para os fundos (cf. BRASIL, 1990 a/b).

‘induzi-lo a agir’” (CARVALHO, 1995, p. 28). Pode-se afirmar, com isso, que a institucionalização dos Conselhos de Saúde no Brasil possui em significado bastante peculiar.

Nem conquista de uma sociedade consciente nem concessão de um Estado benevolente. De um lado, uma crescente permeabilização do Estado às demandas/reivindicações de setores sociais até então excluídos ou pouco contemplados nas agendas públicas, suscitando ‘modificações na arquitetura institucional do Estado’ em direção à criação de espaços permanentes de presença desses setores através de suas representações. (...) De outro lado, a sociedade que, no amadurecimento de suas lutas, evolui das demandas por acesso aos serviços de saúde para a demanda por acesso à gestão setorial em todos os níveis. (CARVALHO, 1995, p.46-47).

Ao se constituírem espaços deliberativos para a tomada de decisões sobre a Área da Saúde, investidos de poder de governo e com a finalidade de assegurar princípios constitucionais, coloca-se em prática no País um novo padrão de relacionamento entre Estado e Sociedade Civil. Desse ponto de vista, de acordo com Carvalho (1995, p. 31) “(...) *nada há na história do Estado brasileiro que se assemelhe aos Conselhos de Saúde (...), seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, seja pela extensão em que estão implantados por todo o país (...)*” (CARVALHO, 1995, p. 31).

A criação de novos arranjos institucionais direcionados para a efetivação das instâncias de participação popular tem representado um salto político para o Setor da Saúde no Brasil, porém, há um passo além a ser dado, ou seja, é necessário que ocorra um maior fortalecimento da institucionalidade democrática dessas instâncias, de modo que elas possam reconhecer e processar as demandas que surgem, influenciando efetivamente na formulação das políticas públicas. Caso contrário, a tendência dos Conselhos de Saúde é de movimentos sucessivos de acomodação às condições locais e dos órgãos públicos.

Nessa perspectiva, há de se identificar quais são as fragilidades e os dilemas que possam comprometer a atuação desses colegiados na direção de promover avanços concretos na perspectiva democrática. A tarefa precípua reside, portanto, em entender a dinâmica de funcionamento das novas organizações coletivas em face da redefinição do papel do Estado, do processo de descentralização administrativa e financeira da esfera federal para os níveis estadual e municipal e também da municipalização da Saúde. Para tanto, torna-se fundamental a elaboração de estudos analíticos objetivando desvelar o perfil de capilaridade dos mecanismos de controle social, a partir do mapeamento do perfil dos Conselhos de Saúde, nos níveis micro e macroregionais. A principal base de dados disponível no País para iniciar este trabalho é a plataforma do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

### **3- O SIACS e o perfil dos Conselhos de Saúde na Região das Missões/RS**

O Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) é mais uma ferramenta de comunicação e informação criada pelo Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde para contribuir com a efetividade do Controle Social. O SIACS apresenta uma rede de dados mostrando a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao Sistema Único de Saúde. Alguns dados merecem destaque e serão descritos e analisados na sequência.

No ano de 2016<sup>11</sup> são identificados 26 conselhos estaduais e do Distrito Federal, 36 conselhos distritais de saúde indígena e 5.631 conselhos municipais. Porém nem todos constam no SIACS. Em relação aos conselhos municipais, por exemplo, 80,61% deles estão registrados no SIACS. Neste conjunto aparecem também diferenças regionais. São elas: a) na Região Centro-Oeste – 505 conselhos, com 79,21% de integração à base; b) na Região Nordeste - 1.803, com 80,20% de integração à base; c) na Região Norte - 457 conselhos, com 76,81% de integração à base; d) na Região Sudeste - 1.672 conselhos, com 71,59% de integração à base; e) na Região Sul - 1.194 conselhos, com 95,90% de integração à base.

A amostragem selecionada para fins de elaboração deste estudo foi à Região das Missões no Rio Grande do Sul. Formada por 27 (vinte e sete) municípios e localizada no Noroeste do estado é, pois, reconhecida pela dinâmica cultural em torno da formação do conjunto de povoados de índios guaranis “reunidos” por padres espanhóis da Companhia de Jesus a partir do século XVII.

Com base na consulta realizada ao SIACS, a partir da amostra escolhida, optou-se por traçar um perfil dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) em junho de 2016, considerando algumas categorias de análise<sup>12</sup>. As mesmas foram elencadas de modo a dar possibilidade de uma leitura mais detalhada e plural, portanto, multirreferencial e propositiva sobre a formação dos próprios CMS e também a constituição atual de suas mesas diretoras.

---

<sup>11</sup> Atualização da base do SIACS em 05 de maio de 2017.

<sup>12</sup> O método selecionado para a elaboração deste Estudo foi à pesquisa qualitativa exploratória, baseada na abordagem multirreferencial e de natureza propositiva, utilizando como técnica de coleta de dados, ferramentas de análise documental e bibliográfica. Tal concepção, criada pelo pesquisador francês Jacques Ardoino, da Universidade de Paris VIII (ARDOINO, 1998), representa assumir uma postura mais qualificada, diante da complexidade do objeto em questão, construindo uma alternativa de trabalho, que vai exatamente à contramão daquilo que é proposto pelo modelo de se fazer ciência com base na decomposição em partes cada vez menores, apresentado pelo pensamento racionalista cartesiano e epistemologia positivista. “*É mais que uma posição metodológica, trata-se de uma decisão epistemológica.*”(ARDOINO; BARBIER; GIUST-DESPRAIRIES, 1998, p. 54).

Nesse sentido foram identificadas 05 (cinco) principais categorias. São elas: a) os anos de criação dos CMS; b) a composição do quadro de membros titulares, distribuídos por segmento de representação; c) as entidades integrantes das mesas diretoras; d) a identificação dos/as presidentes/as dos CMS, em termos dos segmentos que representam suas faixas etárias e seus níveis de formação; e) os locais de funcionamento dos CMS, sede própria ou utiliza instalação de governos.

Em relação à primeira categoria, “os anos de criação dos CMS”, pode-se observar conforme identificado no Quadro nº 01 abaixo, que 1990 representa o marco inicial. Neste ano foram criados 04 (quatro) CMS. O primeiro deles surgiu em São Paulo das Missões, seguido por Dezesseis de Novembro, Eugênio de Castro e São Luiz Gonzaga, também precursores. Até o ano de 1999, dos 27 (vinte e sete) Municípios integrantes da Região das Missões/RS, 19 (dezenove) deles já possuíam seus CMS. Entre 2000 e 2005 mais 05 (cinco) CMS surgiram. Os 03 (três) últimos Municípios a terem CMS após 2005 foram, na sequência: Ubiretama, Roque Gonzales e Entre-Ijuís.

**Quadro 01-** Ano de criação dos CMSna Região das Missões/RS

Município	Ano de criação
São Paulo das Missões	07/05/1990
Dezesseis de Novembro	21/08/1990
Eugênio de Castro	16/11/1990
São Luiz Gonzaga	28/12/1990
Santo Ângelo	14/01/1991
Caibaté	22/02/1991
Guarani das Missões	19/03/1991
São Miguel das Missões	12/04/1991
Santo Antônio das Missões	15/04/1991
Bossoroca	03/05/1991
Pirapó	20/07/1991
Cerro Largo	19/09/1991
Porto Xavier	13/04/1993
Vitória das Missões	12/04/1994
São Pedro do Butiá	20/12/1994
São Borja	25/04/1995
Salvador das Missões	22/05/1997
Sete de Setembro	18/11/1997
Giruá	08/12/1998
Itacurubi	23/06/2000
São Nicolau	04/12/2000
Mato Queimado	11/01/2001
Rolador	25/01/2001
Garruchos	06/04/2004
Ubiretama	20/04/2006
Roque Gonzales	20/10/2009
Entre-Ijuís	27/07/2010

Fonte: SIACS, junho de 2017.

Em relação à segunda categoria, “a composição do quadro de membros titulares, distribuídos por segmento de representação”, pode-se observar conforme identificado no Quadro nº 02 abaixo, que dos 436 membros titulares, o maior número deles está concentrado no segmento de usuários, com 218 participantes, seguido pelos trabalhadores da saúde com 96 participantes, representantes de governos com 68 e prestadores de serviços, 54 participantes.

Dentre os 27 (vinte e sete), 02 (dois) Municípios possuem o maior número de membros titulares: Santo Ângelo com 40 e São Luiz Gonzaga com 32. Nestes dois Municípios também se evidencia a maior participação do segmento usuários. Os Municípios de Garruchos, Mato Queimado, Pirapó, Rolador, Sete de Setembro e Ubiretama possuem cada um dele 08 participantes cada um.

**Quadro 02** - Membros Titulares dos CMS, por Segmento, na Região das Missões/RS

Município	Representantes por Segmentos				Sub-total
	Usuários	Trabalhadores da saúde	Prestadores de serviços	Repres. Dos governos	
Santo Ângelo	20	10	05	05	40
São Luiz Gonzaga	16	08	04	04	32
Santo Antônio das Missões	14	07	02	05	28
Caibaté	12	06	02	04	24
Cerro Largo	12	06	03	03	24
São Paulo das Missões	12	06	02	04	24
São Borja	10	05	03	02	20
Bossoroca	09	03	03	03	18
São Miguel das Missões	09	03	04	02	18
Entre-Ijuís	08	04	02	02	16
Giruá	08	01	03	04	16
Porto Xavier	08	04	01	03	16
Roque Gonzales	08	04	02	02	16
São Nicolau	08	04	01	03	16
Dezesseis de Novembro	06	03		03	12
Itacurubi	06	02	01	03	12
Salvador das Missões	06	01	01	04	12
São Pedro do Butiá	06	02	01	03	12
Vitória das Missões	06	02	02	02	12
Eugênio de Castro	05	03	02		10
Guarani das Missões	05	01	03	01	10
Garruchos	04	02	02		08
Mato Queimado	04	02		02	08
Pirapó	04	01	02	01	08
Rolador	04	02	02		08
Sete de Setembro	04	02	01	01	08
Ubiretama	04	02		02	08
<b>Sub-Total</b>	<b>218</b>	<b>96</b>	<b>54</b>	<b>68</b>	<b>436</b>

Fonte: SIACS, junho de 2017.

Em relação à terceira categoria, “as entidades integrantes das mesas diretoras”, pode-se observar conforme identificado no Quadro nº 03 abaixo, que 15 (quinze) Municípios não registram esta informação adequadamente, fato esse que prejudica a interpretação desses dados. Fazendo uma leitura daquilo que se encontra disponível, constata-se a presença das Secretarias Municipais em 07 (sete) Municípios, o Sindicato dos Trabalhadores Rurais em 06 (seis) Municípios, seguido pelas Pastorais da Criança e da Saúde em 05 (cinco) Municípios, pelo Círculo de Pais e Mestres de Escolas em 04 (quatro) Municípios e pela Associação dos

Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em 03 (três) Municípios. A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) aparece identificada em 01 (um) Município.

**Quadro 03** - Entidades Integrantes da Mesa Diretora dos CMS na Região das Missões/RS

Município	Entidades
Bossoroca	Apae, Circulo de Pais e Mestres, Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Bossoroca, Profissionais da Área da Saúde.
Caibaté	Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Farmacêuticos, Secretaria Municipal de Saúde.
Cerro Largo	Hospital, Agente Comunitária de Saúde, Enfermeiros e Liga de Combate ao Câncer.
Dezesseis de Novembro	Não possui identificação de mesa diretora.
Entre-Ijuís	Circulo de Pais e Mestres da Escola Dr. Carlos Kruel, Representante das Comunidades do Interior, Circulo de Pais e Mestres da Escola Técnica Entre-Ijuis, Bairro Progresso.
Eugênio de Castro	Não possui identificação de mesa diretora.
Garruchos	Não possui identificação de mesa diretora.
Girúá	Não possui identificação de mesa diretora.
Guarani das Missões	Não possui identificação de mesa diretora.
Itacurubi	Secretaria Municipal da Fazenda e Administração, Secretaria Municipal de Educação, Trabalhadores da Saúde e EMATER.
Mato Queimado	Secretaria de Administração, Finanças e Planejamento, Comunidade Católica, Profissionais da Área da Saúde e Sindicato dos Trabalhadores Rurais.
Pirapó	Não possui identificação de mesa diretora.
Porto Xavier	Não possui identificação de mesa diretora.
Rolador	Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Círculo de Pais e Mestres das Escolas e Governo.
Roque Gonzales	Não possui identificação de mesa diretora.
Salvador das Missões	Pastoral da Saúde e Pastoral da Criança, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Secretaria da Agricultura e Meio Ambiente e Secretaria da Educação e Cultura.
Santo Ângelo	Núcleo Comunitário do Bairro da COHAB, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE e Associação Brasileira de Odontologia - ABO.
Santo Antônio das Missões	Não possui identificação de mesa diretora.
São Borja	Não possui identificação de mesa diretora.
São Luiz Gonzaga	Corsan, Ordem dos Advogados do Brasil – OAB e Hospital.
São Miguel das Missões	Pastoral da Criança, Hospital, Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE e Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural - EMATER.
São Nicolau	Não possui identificação de mesa diretora.
São Paulo das Missões	Não possui identificação de mesa diretora.
São Pedro do Butiá	Não possui identificação de mesa diretora.
Sete de Setembro	Não possui identificação de mesa diretora.
Ubiretama	Não possui identificação de mesa diretora.
Vitória das Missões	Agentes Comunitários de Saúde, Sindicato dos Servidores Públicos Municipais, Conselho Regional de Enfermagem – COREN e Clubes de Mães.

Fonte: SIACS, junho de 2017.

Em relação à quarta categoria, “a identificação dos/as presidentes/as dos CMS, em termos dos segmentos que representam suas faixas etárias e seus níveis de formação”, pode-se observar conforme identificado no Quadro nº 04 abaixo sobre a informação segmento, os dados são comprometidos, visto que 17 (dezessete) Municípios não registram esse dado adequadamente. Contudo, com as informações disponíveis, verifica-se a existência de 05 (cinco) presidentes que integram o segmento de usuários e 04 (quatro) de prestadores de

serviços. Apenas (01) um deles é do segmento de governos e não nenhum representante do segmento dos trabalhadores da saúde. No quesito faixa etária, há uma preponderância igualitária nas faixas etárias entre 31 e 60 anos e apenas um presidente com mais de 61 anos. No quesito formação, 18 (dezoito) presidentes possuem nível superior completo, 01 (um) com nível superior incompleto e 08 (oito), com nível médio. Não há registro de presidentes somente com nível fundamental.

**Quadro 04 - Perfil dos/as Presidentes/as dos CMS na Região das Missões/RS**

Município	Segmento que representa				Faixa etária				Formação			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Bossoroca												X
Caibaté			X			X						X
Cerro Largo			X		X						X	
Dezesseis de Novembro									X			
Entre-Ijuís	X						X					X
Eugênio de Castro												X
Garruchos												X
Giruá												X
Guarani das Missões												X
Itacurubi				X	X				X			
Mato Queimado												X
Pirapó	X						X		X			
Porto Xavier	X				X				X			
Rolador	X					X						X
Roque Gonzales			X			X						X
Salvador das Missões												X
Santo Ângelo	X							X				X
Santo Antônio das Missões									X			
São Borja												X
São Luiz Gonzaga												X
São Miguel das Missões			X				X		X			
São Nicolau									X			
São Paulo das Missões												X
São Pedro do Butiá												X
Sete de Setembro												X
Ubiretama												X
Vitória das Missões									X			
<b>Sub-Total</b>	<b>05</b>		<b>04</b>	<b>01</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>01</b>	<b>0</b>	<b>08</b>	<b>01</b>	<b>18</b>

**Fonte:** SIACS, junho de 2017. **Legenda:** Segmentos: (1) Usuários; (2) Trabalhadores da Saúde; (3) Prestadores de Serviços; (4) Representantes dos Governos. Faixa etária: (1) entre 31 e 40 anos. (2) entre 41 e 50 anos. (3) entre 51 e 60. (4) entre 61 e 70. Nível de formação: (1) Nível Fundamental (2) Nível Médio, (3) Nível Superior Incompleto (4) Nível Superior Completo.

Em relação à quinta categoria, “os locais de funcionamento dos CMS, sede própria ou utiliza instalação de governos”, pode-se observar conforme identificado no Quadro nº 05 abaixo, que em 18 Municípios os CMS ocupam instalações de governos, sendo

que apenas em 08 (oito) deles há indicativo de sede própria. O único deles que possui estrutura completa digital, por meio de um site é o Município de Cerro Largo<sup>13</sup>.

**Quadro 05** - Local de Funcionamento dos COMS na Região das Missões/RS

Município	Sede própria	Utiliza instalação de governos
Bossoroca	X	
Caibaté		X
Cerro Largo		X
Dezesseis de Novembro		X
Entre-Ijuís	X	
Eugênio de Castro		X
Garruchos	X	
Giruá	X	
Guarani das Missões		X
Itacurubi		X
Mato Queimado		X
Pirapó		X
Porto Xavier		X
Rolador		X
Roque Gonzales		X
Salvador das Missões		X
Santo Ângelo		X
Santo Antônio das Missões		X
São Borja		X
São Luiz Gonzaga	X	
São Miguel das Missões	X	
São Nicolau		X
São Paulo das Missões		X
São Pedro do Butiá		X
Sete de Setembro		X
Ubiretama	X	
Vitória das Missões	X	
<b>Sub-Total</b>	<b>08</b>	<b>19</b>

Fonte: SIACS, junho de 2017.

## CONCLUSÃO

Apesar de estar localizada no Sul do Brasil, com 95,90% dos dados dos Conselhos Municipais de Saúde integrados na base do SIACS, a Região das Missões, no Noroeste do estado possui, ainda, várias inconsistências de informações registradas nessa base de dados, o que dificulta, em certa medida, uma análise mais apurada da situação existente. Um trabalho direcionado para uma atenção maior do CMS no lançamento dos dados no Sistema mostra-se prioridade, visto que os estudos para fins de diagnósticos de realidade dependem disto.

A década de 90 foi o período de surgimento dos CMS em boa parte dos Municípios dessa Região, mesmo assim, evidencia-se certa lentidão no processo e algumas assimetrias no conjunto deles. A mais evidente delas é a criação de CMS em 08 (oito) desses

<sup>13</sup> Para maiores informações, consultar: <http://cmscerrolargo.wix.com/cms-cl>

Municípios somente depois do ano 2000. Em termos populacionais, de acordo com o Quadro nº 06, identificada logo abaixo, a Região das Missões possui 318.365 habitantes. Dos 27 (vinte e sete) Municípios analisados, 20 (vinte) deles possuem menos de 10 mil habitantes.

**Quadro 06 - População da Região das Missões/RS<sup>14</sup>**

Município	Habitantes
Santo Ângelo	79.101
São Borja	62.808
São Luiz Gonzaga	35.057
Giruá	17.069
Cerro Largo	14.069
Santo Antônio das Missões	11.051
Porto Xavier	10.718
Entre-Ijuís	8.981
Guarani das Missões	8.080
Roque Gonzales	7.245
Bossoroca	6.801
São Miguel das Missões	7.754
São Nicolau	5.677
Caibaté	5.042
Itacurubi	3.552
Vitória das Missões	3.422
Garruchos	3.182
São Pedro do Butiá	2.991
Dezesseis de Novembro	2.744
Salvador das Missões	2.776
Eugênio de Castro	2.699
Pirapó	2.625
Rolador	2.515
Ubiretama	2.232
Sete de Setembro	2.114
São Paulo das Missões	6.280
Mato Queimado	1.780
<b>Sub-Total</b>	<b>318.365</b>

Fonte: IBGE – cidades@, junho de 2017.

Além disso, há de se lembrar, que dos 497 municípios do Rio Grande do Sul, 215 são predominantemente rurais – com mais de 50% de sua população residente em áreas rurais –, representando 14,9% da população total do Estado. E, na Região das Missões a situação não é diferente! De acordo com o Quadro nº 07, identificada logo abaixo, existem 15 (quinze) Municípios na Região das Missões com situação domiciliar na zona rural. São eles: Porto Xavier, São Paulo das Missões, Roque Gonzales, Vitória das Missões, Itacurubi, Dezesseis de Novembro, Garruchos, Pirapó, Rolador, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Salvador das Missões e Mato Queimado. Este cenário que contempla a emergência de novas ruralidades

<sup>14</sup> Estimativa do IBGE para 2015-2017.

deverá ter prioridade nos trabalhos de educação permanente realizados nos Conselhos Municipais de Saúde e também nas Conferências de Saúde.

**Quadro07-** Situação domiciliar das Zonas Rural e Urbana na Região das Missões/RS<sup>15</sup>

Município	Situação Domiciliar	
	Zona rural	Zona urbana
São Borja	2.160	17.396
Porto Xavier	1.813	1.802
Santo Ângelo	1.552	24.171
Santo Antônio das Missões	1.514	2.310
Giruá	1.393	4.370
São Paulo das Missões	1.285	758
Roque Gonzales	1.305	1.072
São Luiz Gonzaga	1.228	10.615
Entre-Ijuís	1.401	1.649
São Miguel das Missões	1.213	1.308
Bossoroca	1.100	1.282
Guarani das Missões	978	1.716
Vitória das Missões	945	246
Cerro Largo	838	3.572
Itacurubi	778	408
Caibaté	735	979
Dezesseis de Novembro	741	251
Garruchos	724	367
São Nicolau	686	1.317
Pirapó	681	279
Rolador	653	220
Ubiretama	562	165
São Pedro do Butiá	532	414
Sete de Setembro	534	170
Salvador das Missões	506	385
Mato Queimado	441	179
Eugênio de Castro	446	578
<b>Sub-Total</b>	<b>26.744</b>	<b>77.979</b>

Fonte: IBGE – cidades@, junho de 2017.

São Paulo das Missões, com menos de 2.000 habitantes, foi o primeiro Município na Região das Missões a criar um CMS. Já os Municípios de Roque Gonzales e Entre-Ijuís, ambos com população superior a 7.000 mil habitantes foram os últimos a fazerem isto. Santo Ângelo e São Luiz Gonzaga, por sua vez, possuem o maior número de participantes em seus CMS. Eles fazem parte do conjunto dos 03 (três) Municípios com maiores índices populacionais na Região das Missões, ficando fora desse grupo São Borja.

Os Municípios de Santo Antônio das Missões, Caibaté, Cerro Largo e São Paulo das Missões se destacam no número de representantes titulares em seus CMS. Aliás, todos

<sup>15</sup> De acordo com o censo de 2010.

eles, individualmente e, considerando também o percentual populacional conjunto, equivalente a 50% de São Borja e figuram à sua frente nesse quesito.

Os Municípios de Garruchos, Mato Queimado, Pirapó, Rolador, Sete de Setembro e Ubiretama com população inferior a 3.500 habitantes possuem os menores índices de participantes nos CMS.

O segmento de usuários é predominante no cenário de titularidade dos membros, assim como na posição de presidente nos CMS e vai ao encontro das finalidades de criação dos CMS. O segmento de prestadores de serviços é o menos representado, no que tange a titularidade. A participação de membros dos governos é maior nos CMS de Santo Ângelo e Santo Antônio das Missões. Em relação à participação de entidades, evidencia-se a presença, do ponto de vista quantitativo, de Secretarias Municipais, portanto de órgãos governamentais e do Sindicato dos Trabalhadores Rurais e não poderia ser diferente, num contexto de ruralidades. Há de se ressaltar, também, o nível de formação dos membros titulares na constituição dos CMS. Em sua totalidade os integrantes possuem nível fundamental completo, fato esse, condizente com os índices de escolarização da população na região Sul do Brasil.

Dentre os 08 (oito) Municípios que possuem sede própria para seus CMS, encontram-se: Bossoroca, Entre-Ijuís, Garruchos, Giruá, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, Ubiretama e Vitória das Missões. Neste universo, somente 02 (dois) deles têm mais de 10 mil habitantes, Giruá e São Luiz Gonzaga. Isto requer uma atenção maior na Região das Missões no sentido de garantir melhores condições, com infraestrutura física e material mais adequadas para a atuação dos CMS.

Ao revisitar o Plano Estadual de Saúde: 2012-2015 (RGS/SES, 2012), constata-se no Estado do Rio Grande do Sul uma preocupação crescente em aprimorar e qualificar a ação dos Conselhos Municipais de Saúde, em face das realidades existentes. Dentre as ações propostas, caberia mencionar as seguintes prioridades: a) elaborar/produzir documento com a memória histórica do Controle Social no SUS no Rio Grande do Sul; b) realizar seminários nas sete macrorregiões de saúde<sup>16</sup>; c) constituir força-tarefa para assessorar os Conselhos Municipais de Saúde; e) implantar a política de educação permanente para o Controle Social do SUS; f) monitorar e ampliar o Programa de Inclusão Digital (PID); g) qualificar os Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde.

---

<sup>16</sup> O Estado do Rio Grande do Sul foi dividido em sete macrorregiões de saúde: Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales.

As ações propostas refletem o acúmulo no debate sobre o assunto. Em síntese, elas expressam a percepção avaliativa de que os movimentos sociais têm ocupado lugar de destaque nos processos de redemocratização do país. Assim sendo, os canais participativos ganharam centralidade nos últimos anos até chegarem ao formato atual dos conselhos de políticas públicas.

A regionalização da saúde no Rio Grande do Sul tem se mostrado um desafio contínuo, implicando a busca de novas formas de articulação entre os gestores e de organização do controle social. Implica promover a gestão solidária entre as esferas de governo, superando a tendência ao particularismo e individualismo. Implica, ainda, descentralizar o poder, recursos financeiros, gerenciamento e controle das ações e serviços.

Os Conselhos Municipais de Saúde, construídos sob a égide da luta pela efetivação da saúde pública universal, representam bons exemplos disso. A perspectiva fiscalizatória tem dominado a cena dessas organizações. Ela traduz um passo importante que foi dado, mas também um dos principais limites e desafios para a prática democrática desses espaços participativos.

Boa parte dos Municípios inseridos na Região das Missões, considerada para fins deste estudo, fazem parte da chamada Macrorregião Missioneira<sup>17</sup>, uma das sete divisões do Setor da Saúde no Rio Grande do Sul sendo, pois, caracterizada por ser uma das regiões do Estado menos desenvolvida economicamente e com forte tendência ao êxodo rural.

A participação nos CMS, nessa Região, ainda se mostra incipiente e a divulgação dos registros públicos sobre as pautas/atas de reuniões são praticamente inexistentes. A maioria da população não conhece a possibilidade de participação nesta instância de poder e em grande medida porque nem conselhos e nem governos têm canais de informação com a população e, em muitos casos, sequer com os segmentos que representam. O único Município que possui uma estrutura completa digital de disponibilização de dados e informações, por meio de um site do CMS é Cerro Largo<sup>18</sup>.

Os CMS apresentam dificuldades na captação e, por conseguinte, na vocalização das demandas da população porque, em geral, os/as conselheiros/as acabam por representar os

---

<sup>17</sup> Composta, administrativamente, pelas 9ª, 12ª, 14ª e 17ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS's) e com o principal polo assistencial localizado na cidade de Ijuí.

<sup>18</sup> Para maiores informações, consultar: <http://cmscerrolargo.wix.com/cms-cl>

interesses da coletividade, a partir de seus próprios julgamentos pessoais. Afora isso, muitos conselheiros/as desconhecem a sua função, neste órgão de deliberação.

A utilização das informações disponíveis nos bancos de dados como o SIACS, por exemplo, é extremamente baixa, sobretudo no caso dos municípios de pequeno porte, embora eles tenham acesso aos bancos de dados. Isso se deve à precariedade das estruturas de informática instalada, à discrepância entre esses dados e o dinamismo da realidade local, e à própria forma como opera o poder local, onde imperam os contatos mais pessoalizados. O próprio Sistema precisa de monitoramento e avaliação para que as informações sejam atualizadas e relatórios possam ser gerados. Assuntos relevantes como o registro dos temas das reuniões do CMS encontram-se em branco no SIACS.

Passados mais de 20 anos de sua institucionalização via SUS, é chegado o momento de analisar a questão da “*formação permanente de conselheiros e socialização das agendas de trabalho*” como mecanismo para favorecer o entendimento sobre o significado/objetivo do Conselho Municipal de Saúde e sua responsabilidade enquanto órgão institucionalizado de controle social será o próximo passo.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Iara Maria Pinheiro; PATRIOTA, IzabelaWalderez Dutra. Concretização do direito social à Saúde e participação popular numa perspectiva neoconstitucional. **Revista Eletrônica Jurídico-Institucional do Ministério Público do Rio Grande do Norte**, Natal/RN, ano 3, n. 2, p. 01-13, jul./dez. 2013.

ARDOINO, Jacques. Abordagem multirreferencial (plural) das situações educativas e formativas. In: BARBOSA, J. G. (coord.). **Multirreferencialidade nas ciências sociais e na educação**. São Carlos: UFScar, 1998, p.24-41.

ARDOINO, J., BARBIER, R., GIUST-DESPRAIRIES, F., Entrevista com CorneliusCastoriadis. In: BARBOSA, J.G., (coord.). **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos: Editora da UFSCar, 1998, p. 50-72.

BASTOS filho, Reinaldo Antônio; RODRIGUES, Flavia Couto Ruback. Conselhos de Saúde: uma meta-análise das publicações de artigos a partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003-2013). In: **Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social**. GT14. Movimentos Sociais, Democracia e Gestão Social. Bahia, 2014, p.01-20.

BISPO JR., José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1): 7-16, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final**. Brasília: CNS, 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf) Acesso em 19 de mai.2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333**. Aprova diretrizes para criação, ref., estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: CNS, 2003. Disp. em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2005/resolucao333.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm) Acesso em 03/06/2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº453**. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: CNS, 2012. Disp. em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2005/resolucao333.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm) Acesso em 03/06/2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) Acesso em 03/06/2019.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 28 de Dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área de Saúde e da Outras Providencias. Disp. em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm) Acesso em 03/06/2019.

BRASIL. **Decreto nº 5839, de 11 de julho de 2006**.Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm). Acesso em 03/06/2019.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

COUFFIGNAL, Georges. L'Amérique latine sur la scène internationale. In: Pierre Hassner (dir.), **Les relations internationales**. Paris, La Documentation française, 2012, 283-296.

- GERSCHMANN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, dez. 2004, v. 20, n. 6, p. 1670-1681.
- JORGE, Márjore Serena; VENTURA, Carla Arena. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 106 - 115, jan./jul. 2012.
- LABRA E. & FIGUEIREDO J. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 7(3): 537-547, 2002.
- LIPORONI, Andréia Aparecida Reis de Carvalho. **Os caminhos da participação e do controle social na Saúde**: estudo das realidades do Brasil e Espanha. UNESP, Tese de Doutorado, 2010.
- RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13(1): 81-92, jan./mar. 1997.
- RIO GRANDE DO SUL. SES. **Plano Estadual de Saúde**: 2012-2015. SES, 2012. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302\\_PES%202012-2015%20FINAL.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf) Acesso em 10/06/2019.
- SANTOS, Boaventura de Sousa; MENEZES, Maria Paula (org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez Editora, 2010.
- SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, nº 3, p. 683-688. Rio de Janeiro-RJ. Jun 2007.
- STRALEN, C. J. V. Gestão participativa de políticas públicas: o caso dos conselhos de saúde. **Psicologia Política**, São Paulo, 5(10): 313-344, jul./dez., 2005.
- VERONESE, Luciane Gheller; VERONESE, OSMAR. Saúde mental brasileira em tempos de mudanças. **Revista Direitos Culturais**, Santo Ângelo, v. 12, n. 26, p.75-90, jan./abr., 2017.

Submetido em 30.09.2019

Aceito em 07.10.2019