

(*) **Lucia Conde de Oliveira** é Assistente Social. Docente do Curso de Serviço Social, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Acadêmico em Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE). @ - conde.lucia@gmail.com **Vanessa Calixto Veras** é Assistente Social. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. @ - vanessacveras@hotmail.com **Camila da Costa Brasil** é Assistente Social. Mestranda do Mestrado Acadêmico em Serviço Social da UECE. @ - camiladacostabrasil@hotmail.com

Participação em saúde:

reflexões com suporte nas experiências de Fortaleza

Participation in health: reflections based on Fortaleza city experiences

Lucia Conde de Oliveira *
Vanessa Calixto Veras *
Camila da Costa Brasil *

RESUMO: A participação foi pensada pelo movimento sanitário brasileiro como estratégia para a continuidade da luta pelo direito à saúde, mas o ideal participativo do movimento perde força na medida em que as práticas institucionalizadas de participação restam incorporadas pelo sistema e se abandona o trabalho de mobilização social para o desenvolvimento da consciência sanitária. Este texto traz uma revisão de artigos sobre a participação no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza e sistematiza algumas experiências de participação da sociedade civil no mencionado Município. A lógica da cultura política tradicional marcada pela cooptação e manipulação doméstica e/ou quebra as forças dos sujeitos individuais e coletivos que chegam ao espaço de influência do poder institucional. Ao adentrarem as arenas institucionalizadas, os conselheiros ocupam-se em atividades burocráticas e a ação política fica bastante restrita. Reflexões com apoio nos referidos estudos e da experiência das autoras nos movimentos da sociedade civil apontam para a necessidade de incorporar novas perspectivas de análise às pesquisas de participação institucionalizada e retomar a articulação e mobilização social para fortalecer os movimentos sociais na defesa do direito à saúde.

Palavras-chave:
Direito à Saúde;
Participação;
Movimento
Sanitário.

I ntrodução

A luta pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciada nos anos de 1970, foi fruto de intenso movimento social gestado nas universidades, que ganhou espaços junto à sociedade civil. Nesse caminhar, a participação e a luta

política mostraram-se fundamentais. A Reforma Sanitária Brasileira, contudo, é um projeto contra-hegemônico que, desde seu nascedouro, enfrenta muitas resistências e oposições (GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008), num processo de mudança e conservação.

Outro fator a contribuir para tornar a RSB e um dos seus principais produtos, o Sistema Único de Saúde (SUS), em um projeto contra-hegemônico é o contexto econômico, social e político no qual emerge. Seus princípios são inspirados no modelo do Estado de Bem-Estar Social europeu, no mesmo momento em que este entra em declínio, como consequência da crise fiscal do Estado e adoção do modelo neoliberal.

Conforme observamos o ideário da RSB, os princípios de universalidade e integralidade são orientados por valores que entram em contradição com o capitalismo, principalmente em países como o Brasil, dominado por profundas desigualdades sociais. Neste âmbito, a equidade sem referência a direitos iguais para todos serve como argumento para justificar a focalização das políticas públicas apenas nos mais necessitados.

O princípio da participação da comunidade no SUS foi pensado como estratégia política para garantir a efetivação da Reforma Sanitária, mas as propostas sobre a participação dividiram o movimento, pois parte do Movimento Popular de Saúde (MOPS) era contrária à institucionalização, por defender a independência deste em relação ao Estado (GERSCHMAN, 2004). No percurso desta experiência, a participação institucionalizada também revela suas contradições, sobretudo por ser usada como estratégia de legitimação das políticas públicas, de responsabilização da população pelos seus problemas de saúde e por sua solução e desresponsabilização do Estado. Uma mostra dessa contradição é que a institucionalização da participação por meio de conselhos e conferências reduziu o potencial emancipatório da participação, ao traduzi-la como controle social nos espaços institucionais controlados pelo Estado. Vários estudos (CÔRTEZ, 1998; TATAGIBA, 2002; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; ALMEIDA; TATAGIBA, 2012) apontam as fragilidades desses mecanismos, sem, no entanto, deixar de enfatizar sua importância na construção da democracia e da cidadania.

De acordo com Dantas (2015), ao refletir sobre o Movimento Sanitário hoje, a tática da institucionalização como via para garantir o projeto da RSB evidencia-se insuficiente para sua consolidação. Como observado, o tema Reforma Sanitária desaparece do debate nos anos de 1990 e se mantém apenas o SUS (PAIM, 2008). Nos anos 2000, a RSB retorna aos estudos e debates acadêmicos e ganha a cena política, para pensar sobre

suas promessas não cumpridas e ativar o movimento (PAIM, 2008). Assim como o tema da RSB sumiu da cena pública e apostaram-se todas as fichas no trabalho institucional, ocupando o Estado em uma guerra de posição (GRAMSCI, 1980), também se abandonou “um contínuo trabalho de base que pudesse sustentar a musculatura do processo de reforma” (DANTAS, 2015, p.26). Na medida em que o ideário da RSB não se enraizou na sociedade civil, principalmente entre a classe trabalhadora, e priorizou-se a arena institucional dos conselhos e conferências, faltaram sujeitos individuais e coletivos com força suficiente para defesa desse projeto. Por conseguinte, o movimento da RSB precisa encontrar novos espaços de mediação e estratégias metodológicas para reconquistar corações e mentes para participar desta luta e tornar o SUS uma bandeira da população.

Desde Alma-Ata, quando se propuseram os cuidados primários de saúde como estratégia fundamental para promover a saúde dos povos já se definiu o seguinte: “É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (OMS, 1978). Também a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, 1986, reconhece a necessidade da participação da comunidade no planejamento e na tomada de decisões para se alcançar um melhor nível de saúde.

Este texto busca refletir sobre os caminhos da participação em saúde no Município de Fortaleza. Para tal, revisamos pesquisas realizadas sobre o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, identificando os impasses de um modelo de institucionalização, sem articulação com os movimentos da sociedade civil. A amostra foi composta por cinco estudos. Em seguida, fizemos um relato das iniciativas da Sociedade Civil em defesa do direito à saúde no referido Município, com amparo no levantamento na internet em sítios que dão visibilidade a essas iniciativas e documentos produzidos pelos movimentos. A escolha pela reflexão sobre estas modalidades de participação ocorre em virtude do reconhecimento da necessidade de articulação destas e de fomentar seu debate para fazer avançar o processo de democratização e da garantia do direito à saúde. Para situarmos a discussão, contudo, fizemos um breve histórico sobre a participação em saúde no Brasil, desde o Movimento da Reforma Sanitária.

Participação em saúde: nova relação entre Estado e Sociedade Civil

Os conceitos de Estado, sociedade civil e hegemonia (GRAMSCI, 1980; COUTINHO, 1980) continuam válidos para compreensão da sociedade brasileira, a qual denota visível crescimento dos aparelhos privados de

hegemonia nos últimos cinquenta anos. Neste prisma, as determinações mais abstratas que caracterizam o Estado moderno, como coerção e consentimento, organizador das relações capitalistas de produção, precisam ser acrescidas de determinações mais concretas, que definam as particularidades do Estado brasileiro e suas relações com a sociedade civil.

O Brasil, país capitalista periférico, dependente e profundamente desigual (OLIVEIRA, 2003), produto da colonização/escravidão, cujo desenvolvimento será mediado por um Estado patrimonialista, que mantém um viés autoritário como uma marca da própria sociedade (CHAUÍ, 1993), destaca-se na repressão e/ou eliminação dos movimentos sociais (GOHN, 2001). Todos esses fatores repercutiram na formação da sociedade civil, na conquista da cidadania do brasileiro e na consolidação da hegemonia da classe dominante por meio do processo denominado de “via prussiana” (COUTINHO, 1980; OLIVEIRA, 2003) ou revolução passiva (VIANNA, 1998). Embora tenham desencadeado mudanças, conservavam os meios de garantia dos privilégios dos dominantes, conformando uma cultura política do mando e da submissão, do favor e do clientelismo (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Com início nos anos 1970, verificou-se crescimento da sociedade civil brasileira, bem como da América Latina, na luta contra as ditaduras. Essa sociedade civil plural e heterogênea evidencia diversas tendências, trajetórias e modos de intervenção presentes no Brasil e em vários países do Continente, que também passaram por processos de democratização e ampliação dos direitos de cidadania, após ditaduras. As conquistas democráticas dos anos de 1980, contudo, em especial no campo dos direitos sociais foram objeto de restrições pela emergência do neoliberalismo como resposta política à crise fiscal do Estado gerada pela crise de acumulação do capital. Nesse novo contexto, as propostas de desestatização, flexibilização da economia, descentralização e estímulos à participação, têm influxo significativo e provocam novas determinações na configuração da sociedade civil (GALLEGOS, 2009).

Nos anos de 1970, como já destacamos, o movimento da RSB começou no interior das academias, mas entrou na cena pública com outros sujeitos coletivos, como o Movimento da Renovação Médica e dos Médicos Residentes, o Movimento Popular de Saúde, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), os sindicatos e partidos políticos de esquerda.

Essa construção coletiva teve o ápice na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujas deliberações foram organizadas como um projeto de iniciativa popular pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) para a

Assembleia Nacional Constituinte. Essa articulação por dentro do Estado, no entanto, estava respaldada pela Plenária Nacional de Saúde (PNS) que congregava 270 entidades da sociedade civil e mantinha uma mobilização social permanente com reuniões sistemáticas, atos públicos, pressões e articulações políticas, com estratégias de visibilidade junto à população e à imprensa. Conforme Faleiros *et al.* (2006, p.251-52),

As plenárias souberam aliar discussão e mobilização/ pressão e negociação, o instituinte com o instituído, não somente com a força do imaginário de uma sociedade e de um Estado de direitos e democrático, mas com estratégias de enfrentamentos, mobilização e pressão e de negociação e consenso, de institucionalização e de mudança.

Com a conquista do SUS e a institucionalização da participação por meio dos conselhos de saúde, essa ampla articulação representada na PNS é substituída por uma instância ligada aos conselhos de saúde, a Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde (PNCS), criada em 1996. Mencionada entidade passa a ter um caráter mais institucional e gradativamente se afasta dessa mobilização mais ampla da sociedade civil.

Na década de 1990, com o refluxo dos movimentos sociais e os processos para implantação das reformas no setor saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) entram em cena como importantes sujeitos coletivos a assumir um protagonismo na organização e defesa do SUS.

Consoante Dantas (2015, p. 29), “a luta política considerada relevante parece passar apenas ou preponderadamente pela institucionalidade e, como tal, a tarefa central deve ser a conquista dos corações e mentes (dos gestores), a construção de canais sólidos”.

Dentre esses canais, os conselhos de saúde nas três esferas de governo passaram a ter relevância desde os anos de 1990. Assim, concentraram-se os esforços para sua organização e funcionamento. Assim, em 05 de dezembro de 1990, foi criado o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza. A novidade irá atrair os pesquisadores para desvelar os processos em curso.

No próximo tópico, buscamos reaver algumas dessas pesquisas, a fim de compreender de que maneira a participação nesse local foi constituída e analisar os avanços e retrocessos que perpassam essa arena institucionalizada na democratização do Estado e de participação nas definições da política de saúde.

Participação Institucionalizada: análise do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

Como já mencionamos, a participação da comunidade na saúde assume expressiva relevância dentro do movimento de Reforma Sanitária. Nesta visão, os conselhos de saúde foram pensados como um dos instrumentos de democratização do poder e mecanismo de estabelecimento de novas bases de relação entre o Estado e a sociedade civil por meio da inserção de novos sujeitos políticos na esfera pública (TATAGIBA, 2002; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; MENEZES *et al.*, 2015).

Transcorridos mais de vinte anos desde a promulgação da Lei 8.142, que institui os conselhos dentro do arcabouço institucional brasileiro, inúmeros estudos foram produzidos com vistas a compreender esta arena política, com seus avanços e desafios. Estudo de Almeida e Tatagiba (2012) faz um balanço da institucionalização dos conselhos gestores de políticas públicas baseado, em várias pesquisas, confirmando o crescimento da institucionalização, na medida em que todos os estados e municípios brasileiros têm conselhos de saúde. Essas pesquisas, entretanto, estão voltadas, principalmente, para o entendimento da sua organização, funcionamento e dinâmica interna.

Como exemplo, o primeiro estudo encontrado sobre o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza foi realizado por Castro (1999) e revelou o trabalho de organização dessa instância e dos conselhos distritais de saúde, posteriormente, denominados conselhos regionais. Naquela época, já funcionavam alguns conselhos comunitários de saúde, que, com a nova institucionalização, transformaram-se em conselhos locais de saúde. Também foi relatado o fechamento do Conselho, em 1997, pelo gestor municipal, quando foi eleita uma profissional de saúde para a presidência do referido Órgão.

Em todos os estudos aqui referidos, ficou evidente o autoritarismo nas relações entre gestores e conselheiros da sociedade civil, que varia de manifestações extremas como a relatada acima, até modos mais sutis, como ausência dos representantes da gestão das reuniões, quando não havia uma pauta de seu interesse.

Entre esses estudos, destacamos o de Oliveira (2006), que analisa as práticas de participação institucionalizadas do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza e sua interface com a cultura política. Para a autora, os limites e possibilidades de democratização na área da saúde estão diretamente relacionados com a própria democratização no Brasil. Nesse sentido, as desigualdades e o autoritarismo existentes na sociedade “se reproduzem

e se manifestam como assimetrias de poder e de saber, refletindo-se nos processos de articulação, negociação e tomada de decisão no interior dos conselhos” (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p.2461).

Essas pesquisas demonstram uma particularidade em Fortaleza com a organização de uma rede de conselhos, o Conselho Municipal de Saúde (CMS), seis conselhos regionais de saúde (CRS) e vários conselhos locais de saúde (CLS). Em tese, deveria haver um CLS em cada uma das 97 unidades básicas de saúde, em cada um dos 14 centros de atenção psicossocial (CAPS) e nos dez hospitais municipais. A organização e o funcionamento dos conselhos locais, contudo, são muito instáveis, pois variam em razão da existência de movimentos sociais e/ou entidades locais com lideranças implicadas com as lutas da saúde e/ou profissionais e gestores de unidades comprometidos com o controle social (OLIVEIRA, 2006; UCHOA; OLIVEIRA; ÁVILA, 2015). Na composição do CMS, 12 conselheiros efetivos são usuários. Destes, obrigatoriamente, seis devem vir de um CLS. Uchoa, Oliveira e Ávila (2015) analisaram a trajetória desses conselheiros de saúde que iniciavam sua participação no CLS, eram eleitos para o CRS e posteriormente para o Municipal. No Município, conforme a legislação, o CMS e os CRS são órgãos colegiados de natureza permanente com caráter deliberativo e fiscalizador das políticas de saúde, enquanto os CLS são instâncias de caráter consultivo (UCHOA; OLIVEIRA; ÁVILA, 2015).

Segundo revelou mencionada pesquisa, a trajetória dos conselheiros representantes dos usuários tem início no CLS, motivada por necessidade de saúde pessoal, curiosidade e, por vezes, em decorrência da falta de participação ativa de outros usuários. Conforme evidenciado, o percurso dos conselheiros locais até chegar ao Conselho Municipal, apesar de ser ascendente, se deu quase instantaneamente. Assim, o desconhecimento desses usuários sobre as políticas públicas e suas atribuições fragiliza a participação nestes espaços de luta. Tal situação dificulta a participação dos conselheiros, pois a realidade do Conselho Municipal de Saúde se torna, nos dois primeiros anos de atuação, espaço de processo prático formativo. “Neste sentido, o desejo de ‘tomar parte’ do CMS passa a ser substituído por apenas ‘fazer parte’ do processo, fragilizando a sua atuação” (UCHOA; OLIVEIRA; ÁVILA, 2015, p. 88).

Silva *et al.* (2012) ao analisarem a relação do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza com os conselhos regionais e locais, também vão identificar, por meio das falas dos conselheiros, que as definições da política de saúde, de modo geral, são trazidas do Conselho Municipal para os regionais, e destes para os locais. São apresentadas verticalmente pelos gestores e não são levadas no

sentido contrário, da população para os gestores. Com efeito, verificaram uma dificuldade de articulação entre os próprios conselhos de saúde. Os autores apontam para a necessidade de maior diálogo com os conselhos regionais e, principalmente, com os conselhos locais, possibilitando apreender melhor as dificuldades vivenciadas, cotidianamente, pela população na busca pelos serviços de saúde (SILVA *et al.* 2012).

Além disso, em confirmação aos estudos de Almeida e Tatagiba (2012), verificamos também nos conselhos de Fortaleza a burocratização desse espaço voltado, em muitos momentos, para seu funcionamento interno e para questões técnicas. Em pesquisa na qual analisaram as pautas do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, Brasil e Oliveira (2013) identificaram que os assuntos mais presentes na agenda do Conselho foram relativos à legislação e organização interna deste. Ademais, há uma monopolização das pautas pela gestão e os temas trazidos pelos conselheiros representantes dos usuários não se transformam em pauta, apenas em informes (OLIVEIRA, 2006; BRASIL; OLIVEIRA, 2013). Os conselheiros investem muita energia no desempenho de funções técnicas e burocráticas, mantendo “uma agenda no varejo e atuando reativamente em resposta às demandas provenientes do executivo, enquanto decisões importantes continuam ocorrendo por fora” (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012, p. 86).

Nesse sentido, como acentuam Almeida e Tatagiba (2012), torna-se necessário “criar vazios produtivos na agenda dos conselhos”. Desse modo, os conselheiros poderiam dispor de tempo e energia para refletir sobre a política de maneira mais ampla; poderiam propor saídas e disputá-las na esfera pública, estabelecendo articulações no interior dos governos. Por meio desses “vazios produtivos”, os conselheiros também poderiam se dedicar ao fortalecimento das relações com o público fora dos conselhos e, assim, firmar redes de solidariedade e mobilização social.

Estas pesquisas realizadas no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (OLIVEIRA, 2006; BRASIL; OLIVEIRA, 2013; UCHOA; OLIVEIRA; ÁVILA, 2015) chegaram a resultados semelhantes ao perceber que este Conselho, nos períodos estudados, foi marcado por uma postura dos sujeitos políticos tradicionais, ligados tanto à administração municipal quanto à sociedade civil, para impor limites e retrocessos ao espaço dos conselhos. Tais pesquisas foram efetivadas em diferentes períodos. Com efeito, o Conselho foi analisado sob a gestão de dois partidos políticos. Como observado, nos 12 anos de administrações do Partido do Movimento Democrático Brasileiro, estas não foram muito diferentes daquelas firmadas em oito anos de administração do Partido dos Trabalhadores. Mesmo com a proposta de uma

gestão participativa, o PT não conseguiu alterar a dinâmica de funcionamento do Conselho, relações entre a gestão e o controle social e demonstrar uma posição de reconhecimento do CMS.

Mencionados estudos em Fortaleza confirmam as conclusões de Almeida e Tatagiba (2012), ao assinalarem que os conselhos, em sua maioria, se tornam meros espaços de passagem, e suas deliberações apenas cumprem formalidades e asseguram decisões tomadas por outras instâncias. Um dos fatores para o agravamento dessa situação é a criação das comissões intergestores tripartite e bipartite (anos de 1990) e intergestoras regionais (anos 2000). Estas se tornaram as principais arenas institucionais de tomada de decisões sobre a alocação de recursos financeiros, a estruturação e o funcionamento do Sistema de Saúde no País. Compromete-se, com efeito, a capacidade dos conselhos de se consolidarem como instâncias de decisão sobre a política de saúde, reduzindo o interesse dos gestores e prestadores de serviço de participar das atividades do Conselho.

Outro ponto relevante advindo da pesquisa de Uchoa, Oliveira e Ávila (2015) foi a identificação de que os conselheiros representantes dos usuários são participantes de movimentos sociais. Mesmo, porém, com a experiência prévia em movimentos sociais, eles tinham em comum, ao assumirem o Conselho Local de Saúde, o desconhecimento sobre o controle social exercido pelos conselhos de saúde. Além disso, apesar da participação em movimentos sociais, o estudo verificou pouquíssima articulação do Conselho com os respectivos movimentos, pois, mesmo quando os conselheiros participam dos referidos movimentos, eles não levam as pautas do Conselho para o movimento, nem as do movimento para o Conselho (UCHOA; OLIVEIRA; ÁVILA, 2015).

Motivados para aprofundar a discussão da relação dos movimentos sociais com os conselhos de saúde, Silva, Oliveira e Ávila (2015) empreenderam uma pesquisa no Crato-CE, na qual investigaram as possibilidades que os conselheiros identificavam para a concretização do direito à saúde. Conforme verificado, as respostas dos conselheiros faziam referência expressivamente a aspectos como a qualidade da gestão dos recursos públicos, compromisso dos governantes com a sociedade, aumento do financiamento para o SUS e a participação da comunidade na gestão dos serviços locais de saúde. Todas essas possibilidades apontadas, entretanto, dependem dos gestores e do sistema. Logo, nenhuma delas acolhe estratégias que levem em conta as táticas de luta popular, como a mobilização social, a pressão dos movimentos sociais e a participação efetiva da comunidade.

Conforme, então, se deduz, os conselheiros não se sentem com poder suficiente para efetivar grandes mudanças no sistema de serviços de saúde.

Assim, as autoras apontam para a “necessidade de resgatar elementos da luta popular, como as pressões provocadas pelas mobilizações sociais, estabelecer uma relação entre representantes e representados e, sobretudo, reconstruir o papel ativo dos movimentos sociais” (SILVA; OLIVEIRA; ÁVILA, 2015, p. 117).

Em corroboração a Almeida e Tatagiba (2012), reconhecemos não ser suficiente analisarmos os conselhos endogenamente (olhando apenas para suas dinâmicas internas). Essas pesquisas ocorreram em face da necessidade de compreender os seus processos de constituição, expansão e fortalecimento. Como os conselhos já assumiram certa maturidade e fazem parte integrante do arcabouço institucional brasileiro, todavia, urge recuperar o ambiente mais amplo no qual eles se situam e sobre o qual buscam incidir. Além disso, torna-se imprescindível a articulação da luta institucional com a mobilização societária, pois os conselhos não apenas estão associados à participação, mas dela dependem suas bases de legitimidade (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012).

Buscamos no próximo tópico identificar algumas experiências de participação da sociedade civil em defesa do direito à saúde – nacionais e locais – reconhecendo a relevância dessas iniciativas e a potencialidade que elas podem representar, uma vez que se articulem mais sistematicamente com os conselhos de saúde.

Iniciativas da Sociedade Civil em defesa do direito à saúde

No período dos governos Fernando Henrique Cardoso, a influência do projeto neoliberal e as políticas de ajuste macroeconômico tiveram impactos negativos sobre as políticas públicas (PAIM, 2008; BRAVO, 2009). Assim, apesar de avanços como a aprovação da Emenda Constitucional 29¹, da derrota do governo no tocante a alterar o Texto Constitucional em relação ao direito universal da saúde², o SUS ainda foi alvo de vários retrocessos.

Mesmo com as expectativas criadas pela vitória do Partido dos Trabalhadores nas eleições presidenciais em 2003, antigo aliado do movimento da RSB, parte deste movimento manteve-se com reservas (PAIM, 2008). Isto porque a manutenção da política macroeconômica da era FHC pelo governo do PT não sinalizava mudanças.

Na medida em que a política de saúde vai sendo redesenhada no novo governo, no entanto, se começa a constatar uma tendência: avanços no campo institucional de organização e funcionamento com novas políticas, embora

1 A Emenda Constitucional 29/2000 buscou assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, cuja regulamentação ocorreu com a Lei 141/2012.

2 Sobre as propostas legislativas que tentaram restringir o direito à saúde, mencionam-se as PEC n° 32 e n° 33 de 1995.

questões centrais não apresentem perspectivas de mudança, tais como: o financiamento, os recursos humanos e o processo em curso da privatização.

Mediante o reconhecimento dos avanços e retrocessos do SUS e a ausência de discussão sobre a RSB, os sujeitos coletivos, inicialmente implicados com sua construção e implementação, decidem retomar esse debate e colocarem-se na arena política, defendendo suas principais bandeiras.

Um exemplo é o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Depois da sua refundação em 2005, o CEBES articula, juntamente com a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (FRSB), e atrai outras entidades para reacender essa chama. Retoma uma estratégia histórica de elaborar e divulgar manifestos³ em defesa do projeto da RSB, além de promover seminários nos quais se debatem temas cruciais para o sistema. Todavia, o movimento não ganha as ruas, nem a visibilidade e a força política necessária para um enfrentamento de tão marcante envergadura.

Com os sucessivos avanços da privatização, com as organizações sociais (OS), fundações estatais de direito privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), surge uma articulação nacional para lutar contra esse processo. Em 2010, foi criada a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, para retomar uma pauta histórica da RSB: o SUS público, 100% estatal (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

Ainda de acordo com a mesma fonte, esse sujeito político coletivo é composto por distintas entidades, fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários. Busca fortalecer as lutas contra a privatização nos estados e municípios, articulando-as nacionalmente. Hoje, existem fóruns de saúde nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Alagoas, Paraná, Londrina, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco, Sergipe, Paraíba, Ceará, Rio Grande do Norte, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Pará, Tocantins e Distrito Federal (BRAVO *et al.*, 2015).

A Frente Nacional conta com ações, como: produção de informativos e documentos e sua divulgação pelas redes sociais; mobilização social com atos públicos; produção de pesquisas que tratem sobre o contexto atual do SUS e o processo de privatização em curso (LIMA; BRAVO, 2015; CORREIA; SANTOS, 2015); seminários formativos e reuniões virtuais sistemáticas, entre outras (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016).

3 Algumas publicações e manifestos do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade (2006); Universalidade, igualdade e integralidade da Saúde: um projeto possível (2013), Propostas do Movimento da Reforma Sanitária para debate nacional: por um SUS de todos os brasileiros (2014).

Em Fortaleza, como realidade ativa dos processos em curso, também há um engajamento para retomar a luta pela RSB. Inicialmente, é feito um movimento tímido de refundação do Núcleo do CEBES, em 2009, mas que não consegue se enraizar nem conquistar sujeitos individuais e coletivos para protagonizar essa experiência. Em 2015, há um novo impulso de retomada das suas atividades com reuniões sistemáticas de estudos (CEBES, 2016). Estas continuam ativas até a atualidade.

Outra iniciativa foi a articulação da Frente Cearense em Defesa do SUS contra a privatização, em 2011. Estimulados pelas iniciativas de outros estados e da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, várias entidades⁴, depois de alguns meses de reuniões, lançam oficialmente a Frente Cearense, no auditório da Assembleia Legislativa do Ceará. Tal como a Frente Nacional, destacamos a estratégia de mobilização social do movimento (MOVA-SE, 2011).

Durante o ano de 2012, com o apoio das entidades parceiras e de estudantes e professores da Universidade Estadual do Ceará (UECE) vinculados ao Pet-Saúde, a Frente Cearense participa de várias mobilizações comunitárias nas áreas onde o Pet-Saúde atuava. Em abril é realizado um ato público com caminhada pela área central de Fortaleza, em defesa do SUS, por ocasião do dia Mundial da Saúde. A principal estratégia do movimento é a mobilização social, mas, muitas vezes, faltam sujeitos, forças e/ou tempo para manter esses processos políticos ativos por muito tempo.

Em 2013, novamente, a Frente Cearense se rearticula e tem um ano intenso de reuniões, eventos e mobilizações. Em 5 de abril, verifica-se o ato público “Contra a Privatização da Saúde e em Defesa do SUS” com a caminhada pelo centro de Fortaleza (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013). Em seguida, o movimento adota também uma estratégia mais de formação, a exemplo da Frente Nacional, e promove um seminário para discutir a privatização e um debate no dia da luta antimanicomial. Em todas essas estratégias, há a tentativa de articulação com os conselheiros de saúde; entretanto, é limitada participação por parte destes.

Em de maio de 2014, em face das dificuldades de mobilização, a Frente Cearense passa a integrar o Fórum em Defesa do SUS e pelo Concurso Público Já. Este movimento nasceu da iniciativa de vários profissionais da saúde e entidades de representação das categorias para debater as influências do modelo municipal da gestão da saúde, baseado na privatização do SUS, precarização das relações e condições de trabalho. Além de tornar pública essa problemática para o conjunto da sociedade, o Fórum procurou dialogar com os conselhos de saúde e contribuir para o fortalecimento do

4 O lançamento dessa frente de lutas contou com o apoio de algumas entidades, como: SINDSAÚDE, SINTSEF, SINPRECE, Centro Acadêmico XII de Maio da UFC, SINFARCE, CTB, MOVA-SE, SINDODONTO, INTER-SINDICAL, SASEC, Central de Movimentos Populares, SIMEC, Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, Conselho Estadual de Saúde-CESAU (MOVA-SE, 2011).

controle social, com a realização, em setembro de 2014, do I Encontro de Conselheiros Locais de Saúde. Os conselheiros, contudo, não conseguem se inserir sistematicamente na agenda de lutas do movimento. Na nossa percepção, eles estão de tal modo institucionalizados que a maioria fica refém do espaço institucional.

E a “classe ausente” (AROUCA, *apud* PAIM, 2008, p.310), como está diante do desmonte do SUS e do agravamento das suas condições de vida? Por que a pauta específica da saúde quase não aparece nos planos de luta do movimento popular e quando entra não consegue ter sustentação? Qual o valor da saúde para a classe trabalhadora? O direito à saúde é um bem individual ou coletivo? Estas questões estão sendo investigadas por uma das autoras deste artigo em seu projeto de dissertação.

No século XXI, os movimentos populares utilizam novas formas de mobilização e de atuação em rede (GOHN, 2014), elaborando suas estratégias e táticas com momentos de mobilizações intensas e refluxos.

No contexto de Fortaleza, merecem destaque duas redes de entidades das organizações da sociedade civil: Rede de Desenvolvimento Sustentável do Grande Bom Jardim (Rede DLIS) e Rede de Articulação do Jangurussu e Ancuri (Rede REAJAN), situadas na área de abrangência das Secretarias Regionais V e VI, respectivamente, regiões que concentram os menores indicadores socioeconômicos da Capital cearense.

A Rede DLIS teve início em 2003 e conta com a articulação de um conjunto de entidades e movimentos para atuar no processo de diagnóstico, planejamento e monitoramento de políticas públicas de efetivação de direitos humanos. Conforme expresso na Plataforma de Lutas Prioritárias⁵ de 2012, concentra suas prioridades no monitoramento do Projeto Rio Maranguapinho; Implementação imediata da Zona Especial de Interesse Social (ZEIS) Bom Jardim; Enfrentamento ao extermínio da Juventude e por uma Política de Segurança Pública com Direitos Humanos; e Valorização da Memória e História do Grande Bom Jardim (REDE DLIS; REAJAN, 2012).

A Rede de Articulação do Jangurussu e Ancuri, constituída em 2007, reúne entidades comunitárias, ONGs, pessoas, movimentos e igrejas para fortalecer as lutas comunitárias da região, com vistas ao desenvolvimento local sustentável. Como explicitado na referida Plataforma de Lutas Prioritárias, a REAJAN se organiza por células, com as seguintes temáticas: Juventude, Habitabilidade, Economia Solidária e Educação (REDE DLIS; REAJAN, 2012).

5 Documento institucional elaborado coletivamente pelas duas redes de entidades para subsidiar o Encontro de Compromissos entre os candidatos a prefeito de Fortaleza nas eleições de 2012.

Apesar de constar a pauta da habitabilidade nas propostas da REAJAN (REDE DLIS; REAJAN, 2012, p.9), “orientada pela compreensão da necessidade de um redesenho institucional para superar déficits sociais, culturais, ambientais e políticos”, a saúde não integra a organização cotidiana do movimento. Os profissionais de saúde também estão ausentes desse espaço (PEREIRA, 2014).

Na experiência da Rede DLIS, já é possível identificar a integração entre movimento social, moradores, profissionais e conselheiros locais de saúde, principalmente desde 2013. Nesse ano, em assembleia anual da Rede, foi deliberada uma intervenção imediata na temática do direito à saúde, em decorrência de denúncias graves em relação ao funcionamento das unidades básicas de saúde na região do Grande Bom Jardim. Desde então, foram realizadas visitas de monitoramento nessas unidades, elaborado material informativo, constituída uma mesa para diálogo com o Poder Público, além de participação em audiências públicas (REDE DLIS; CDVHS, 2015).

Embora esse movimento tenha tensionado para instaurar novos processos da gestão em saúde, os encontros da chamada “Mesa de Diálogo pela Saúde do Grande Bom Jardim” se tornaram assistemáticos e pouco resolutivos. O debate sobre a questão da saúde é retomado em 2015, mediante denúncia coletiva no tocante à situação dos serviços de cuidados primários em saúde e o funcionamento irregular dos conselhos locais. Promoveu-se também uma conferência temática⁶ intitulada “Monitoramento popular para uma saúde de qualidade”, como etapa preparatória para a IV Conferência de Desenvolvimento Sustentável do Grande Bom Jardim.

Apesar da visibilidade da problemática de saúde e iniciativas de intervenção da Rede DLIS, é sensível a dificuldade de instaurar uma comissão permanente de acompanhamento da política de saúde, com agenda sistemática. Urge empreender análises das concepções relacionadas ao direito à saúde e das estratégias de participação envolvidas nesse processo. A abordagem desses aspectos no âmbito da luta popular em defesa da saúde poderá apontar que perspectiva de saúde é fortalecida, assim como revelar aprendizagens ou transformações dos sujeitos coletivos mediante participação social, bem como as contradições envolvidas nesse exercício democrático, e assim ampliar o escopo de intervenções.

Considerações Finais

Transcorridas três décadas desde a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual foram lançadas as bases para as principais

6 O intuito da referida conferência foi atualizar a política de desenvolvimento local, que trata de proposições para o território, sugeridas pelo Diagnóstico Socioparticipativo da Região, elaborado em 2003 (REDE DLIS; CDVHS, 2015).

propostas referentes a uma participação da população nas várias esferas do governo, verifica-se que essas propostas eram realmente visionárias e corajosas para a época. Tal como vinham buscando os movimentos populares com a participação, o objetivo era romper o modo encapsulado, unilateral e tecnocrático do processo decisório e suprir a deficiente mediação dos partidos políticos (LABRA, 2009). As expectativas em relação aos conselhos, no entanto, se fazem mais realistas.

Assim sendo, há de se considerar os conselhos de saúde, na condição de espaços institucionalizados de participação, como uma conquista e aprendizagem da democracia e cidadania. Ora pode se expressar como um espaço de tensões, de correlações de forças e de permanente disputa de projetos com interesses diferentes para a política de saúde; ora como espaço de conciliação e formulação de consensos; ou ainda de manipulação, cooptação e de legitimação das políticas governamentais.

Portanto, não concordamos com uma análise de desqualificação dos conselhos de saúde, pois estes representam um dos diversos mecanismos que o movimento sanitário deve utilizar na busca por uma saúde pública de qualidade, digna e universal. Torna-se, então, necessário e urgente o fortalecimento dos diversos outros espaços de participação que defendem o projeto de RSB, até mesmo como uma estratégia de fortalecer e subsidiar os interesses das classes subalternas nos espaços institucionalizados de participação.

Nesse sentido, tentamos dar visibilidade a algumas iniciativas da sociedade civil que procuram influenciar o debate e a tomada de decisões no âmbito da política de saúde. Na esfera nacional, encontramos iniciativas como o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e em Defesa do SUS, que vão reverberar em articulações nos estados brasileiros, como no caso do Ceará, onde se expressa atualmente por meio do núcleo CEBES Ceará e do Fórum em Defesa do SUS e pelo Concurso Público Já. Além disso, existem movimentos de grande relevância em curso no Município de Fortaleza, a exemplo da Rede DLIS e da REAJAN, os quais atuam na defesa de direitos humanos e sociais e possuem potencialidades para incorporar de modo mais permanente a luta em defesa da saúde como um direito. Verifica-se, entretanto, pouca articulação entre essas diversas iniciativas da sociedade civil, além da falta de integração dos conselhos de saúde nos referidos espaços. No tocante às iniciativas locais, falta mais sistematização das discussões sobre o direito à saúde, que muitas vezes surge somente em situações mais emergenciais, com dificuldades de enraizamento da luta pelo direito à saúde.

Artigo

Recebido: 06/03/2016

Aprovado: 30/03/2016

Keywords:

**Right to health;
Participation;
Health movement.**

ABSTRACT: The participation was thought by the Brazilian sanitary movement as a strategy to continue the fight for the right to health, but the participative ideal of the movement loses strength as the institutional participation practices are embodied by the system and the social mobilization work towards the development of sanitation awareness is abandoned. This text presents an article review about the participation at the Fortaleza city health council and systematizes some experiences of civil participation at the mentioned city. The traditional politics logic is marked by cooptation and domestic manipulation and/or break down of individual and groups strengths once they play influent roles in the institutional power. When entering the institutionalized arenas, the counselors perform bureaucratic tasks and the political action becomes restricted. Reflections from the mentioned studies and from our experience in the civil movements indicate the need of adopting new analysis perspectives to the research of institutional practices and to resume the articulation and social mobilization in order to strength the civil movements in defense of the right to health.

Referências

ALMEIDA, C.; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n.109, p. 68-92, jan./mar. 2012.

BRASIL, C. C.; OLIVEIRA, L. C. Poderes e Resistências no Conselho Municipal de Saúde de uma capital do Nordeste do Brasil. *Cadernos ESP*, Ceará, v.7, n.1, p. 11-26, jan./jun. 2013.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E, et al., (Orgs). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S. et al. O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a luta contra a mercantilização da vida. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

CASTRO, I. M. N. de. Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza: saberes em confronto público: desvendando uma dimensão educativa. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

CEBES. Rearticulação do núcleo Cebes Fortaleza. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2016/01/rearticulacao-do-nucleo-cebes-fortaleza>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

CHAUÍ, M. Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, M. I. B. et al. (Orgs.). A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. III, n. 1, 1998.

COUTINHO, C. N. Democracia como valor universal: notas sobre a questão democrática no Brasil. São Paulo: Ciências Humanas, 1980.

DANTAS, A. Movimento Sanitário hoje: um debate estratégico. In: BRAVO, M. I. B. et al. (Orgs.). A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

FALEIROS et al. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2016.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. Propostas do Movimento da Reforma Sanitária para debate nacional: Por um SUS de todos os brasileiros. Vitória: Abrasco; Abres; Ampasa; APSP; Cebes; Idisa, Rede Unida; SBB, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/Por-um-SUS-de-todos-os-brasileiros2.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

_____. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro: Abrasco; Cebes; Abres; Rede Unida; Ampasa, 2006. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/o-sus-pra-valer-reduzido.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

_____. Universalidade, igualdade e integralidade da Saúde: um projeto possível. Belo Horizonte: Abrasco; Abres; Ampasa; APSP; Cebes; Idisa, 2013. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/01/Universalidade-igualdade-e-integralidade-da-Sa%C3%BAde-um-projeto-poss%C3%ADvel.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Em defesa do SUS: público, estatal, universal e de qualidade. Nov. 2011. Disponível

em: <<https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTnBjTXpPd2ZROWl6bUctbE14cHFQZw/view>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

_____. Materiais. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

_____. Ato público do Dia Mundial da Saúde em Fortaleza. 05 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/04/0494.html>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

GALLEGOS, F. R. Sociedad civil, participación y democracia en el nuevo contexto político latino americano. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

GERSCHMAN, S. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GOHN, M. da G. História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros. 2. Ed. São Paulo: Loyola, 2001.

_____. Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo. 11. Ed. São Paulo: Editora Loyola, 2014.

GRAMSCI, A. Maquiavel, a Política e o Estado Moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

LIMA, J. B.; BRAVO, M. I. S. O percurso do financiamento das organizações sociais no município do Rio de Janeiro. In: BRAVO, M. I. B. et al. (Orgs.). A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

MENEZES, J. S. B. et al. O controle social na saúde no município do Rio de Janeiro: a resistência às Organizações Sociais (OS). In: BRAVO, M. I. B. et al. (Orgs.). A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; UERJ, Rede Sirius, 2015.

MOVA-SE. Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Estadual do Ceará. Frente cearense em defesa do SUS e contra a privatização da saúde.

24 jun.2011. Disponível em: <<http://www.mova-se.com.br/?action=textoNoticia&ID=1507&menu=1>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

OLIVEIRA, F. Crítica à razão dualista: o ornitorrinco. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

OLIVEIRA, L. C. As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no Nordeste brasileiro. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA L. C., PINHEIRO R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciência & Saúde Coletiva*. (Rio de Janeiro). 15(5): 2455-2464. 2010.

OMS. Declaração de Alma-Ata. 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2011.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, S. R. P. Articulação comunitária no trabalho do profissional de saúde: um relato de experiência no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Fortaleza. Monografia (especialização). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Fortaleza, 2014.

REDE DLIS; CDVHS. REDE DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO GRANDE BOM JARDIM. CENTRO DE DEFESA DA VIDA HERBERT DE SOUZA. Projeto da IV Conferência de Desenvolvimento Sustentável do Grande Bom Jardim: pela integralidade dos Direitos Humanos na concretização do direito à cidade e afirmação do direito à vida de crianças, adolescentes e jovens. Fortaleza, maio. 2015.

REDE DLIS; REAJAN. REDE DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO GRANDE BOM JARDIM. REDE DE ARTICULAÇÃO DO JANGURUSSU E ANCURI. Plataforma de lutas prioritárias do Grande Bom Jardim, Jangurussu e Ancuri. Fortaleza, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/extra/documentodebate.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

SILVA, L. M. S. et al. Análise da organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão Participativa em Fortaleza, CE. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 117-125, 2012.

SILVA, B. T.; OLIVEIRA, L. C.; ÁVILA, M. M.M. As estratégias de participação do conselho de saúde de Crato – CE. In: ALVES, D. T.; ÁVILA, M. M. M.; SANCA, V. C. V. Políticas, controle social e estratégias na construção de práticas em saúde coletiva. Fortaleza: EdUece, 2015.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

UCHOA, F. S. V.; OLIVEIRA, L. C.; ÁVILA, M. M. M. De espectadores a atores sociais: o caminhar dos conselheiros de saúde do segmento de usuários de uma capital brasileira. In: ALVES, D. T.; ÁVILA, M. M. M.; SANCA, V. C. V. Políticas, controle social e estratégias na construção de práticas em saúde coletiva. Fortaleza: EdUece, 2015.

VIANNA, L.W. Caminhos e descaminhos da revolução passiva brasileira. In: AGGIO, A. (Org.). Gramsci, a vitalidade de um pensamento. São Paulo: Fundação Editora UNESP, 1998.