



# ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SAÚDE DE SOBRAL-CE

ANALYSIS OF THE PROCESS OF IMPLEMENTATION OF LOCAL COUNCILS OF SOCIAL AND HEALTH DEVELOPMENT IN SOBRAL, CE, BRAZIL

Geilson Mendes de Paiva <sup>1</sup>  
Maristela Inês Osawa Chagas <sup>2</sup>

## RESUMO

A lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, através da formação das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. No Município de Sobral, foram instituídos Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde. Este trabalho objetiva discutir o processo de implantação dos referidos Conselhos em Sobral. Para tal, realizamos um estudo qualitativo-exploratório, no período de junho a setembro de 2008, abordando aspectos Legislativos, Constituição e Planejamento das ações dos referidos Conselhos. Observamos que os Conselhos de Desenvolvimento Social e Saúde devem ser balizados na necessidade da demanda local. A composição paritária restringe a participação ativa da comunidade. Os Seminários de Desenvolvimento Social e Saúde são importantes instrumentos para a formação dos Conselhos supracitados, no entanto, as metodologias adotadas para formação, planejamento e execuções das ações, constituem-se de forma incipiente para permanência e empoderamento deste instrumento pela comunidade.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde; Participação comunitária; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

The law 8.142/90 provides the participation of the community in the management of the Single Health System through Health Conferences and Health Councils. Local Councils of Social and Health Development were created in Sobral, CE, Brazil and this study discusses the process of implementation of such Councils. A qualitative-exploratory study was carried out between June to September 2008 addressing Legal aspects, Constitution and planning of actions of these councils. We observe that the Councils of Social and Health Development should base their actions on local demand. The equally represented composition restricts the active participation of the community. Seminars on the Social and Health Development are important instruments to form the councils however, the adopted methodologies to develop, plan and implement actions are still incipient and do not effectively empower the community.

**Key words:** Health management; Consumer participation; Single Health System.

1 - Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Bolsista de Iniciação Científica - Funcap. Membro do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva - LabSus. Conselheiro Estadual e Municipal de Sobral-CE de saúde.

2 - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Diretora de Ensino e Pesquisa da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS.

## 1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre a inserção de novos atores na tomada de decisões em saúde vem crescendo após a promulgação da Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), através da implementação e formação dos Conselhos de Saúde, cuja principal finalidade é a efetivação do Controle Social sobre as políticas de saúde (BRASIL, 1990).

No entanto, estes conselhos co-gestores não são instâncias que surgiram em tempos atuais, pois, têm suas origens na Europa do século XIX, onde eram chamados de comunas. Aí surgiram como estratégia para a participação direta dos trabalhadores na produção política e na vida em geral, lutando pelos direitos dos trabalhadores, vivendo uma lógica socialista nos locais de trabalho e de moradia, sendo, portanto, educador das organizações sociais na perspectiva de uma nova sociedade.

Já no Brasil, em 1920, os conselhos passaram a ser adotados com uma lógica diferente; partiram de várias origens e de vários significados políticos, além de emergirem de casos isolados em forma setorializada. Na década de 70 e início da década de 80, surgiram nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo o que viriam a ser chamados de Conselhos Comunitários ou Conselhos Populares, compostos por diferentes grupos sociais com o intuito de negociar com o governo as intensas reivindicações das diferentes classes sociais de acordo com as reais necessidades da comunidade.

Nesta mesma época, surgiram duas correntes de pensamento no campo da operacionalização do sistema de saúde, uma conservadora, que defendia um modelo pautado num sistema que priorizava um serviço de saúde, cujo eixo tecnológico principal era a assistência

médica privada; outra reformadora, que defendia um modelo pautado nas reais necessidades da sociedade, onde esta também seria co-responsável pelo processo de formulação de estratégias do modelo assistencial orientado por um sistema universal e integral de saúde, o qual era defendido por sanitaristas, principais atores da Reforma Sanitária.

A Constituição Federal de 1988 também vem fortalecer a participação popular na gestão pública em saúde no seu art. 198. Este dispõe sobre a implantação de um Sistema Único cujas diretrizes seriam a descentralização da saúde, o atendimento integral e a participação popular em saúde (BRASIL, 1988). Este modelo de gestão só viria a se efetivar com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que veio para regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto às suas ações e serviços, princípios e diretrizes, competências, financiamento, funcionamento e atribuições (BRASIL, 1990).

Somente em 28 de dezembro de 1990, é que a Lei Complementar nº 8.142 vem a inserir a participação popular no SUS através de Conselhos de Saúde, de forma normativa, definindo-os como instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, cuja função seria atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990). Essa participação se efetiva por meio de conferências, que ocorrem de quatro em quatro anos com o intuito de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, através de plenárias contando com a presença de várias representações sociais.

Em 04 de novembro de 2003, a Resolução nº 333, do Conselho Nacional de Saúde, resolve aprovar as diretrizes de criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, com o intuito de orientá-los e fortalecê-los em cada esfera de governo, além de estabelecer o princípio da paridade para a garantia de 50% de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2003).

O fato é que, com a inserção de normas de implantação dos Conselhos de Saúde, estas instâncias passaram a ter um caráter mais estatal do que social, uma vez que passaram a ser formadas por um colegiado que assume uma conformação burocratizada e como “pré-requisitos” da municipalização do sistema de saúde.

Não raramente, os Conselhos de Saúde são considerados

*A discussão sobre a inserção de novos atores na tomada de decisões em saúde vem crescendo após a promulgação da Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).*

simplesmente como instrumentos consultivos, e não como instrumentos potencializadores da democracia e cidadania, que se constituem em mecanismo legítimo da participação popular organizada com uma importância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização do SUS.

Para Correia (2000), o Controle Social é a expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-Sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância sobre aquele. No entanto, esta definição assume um pensamento limitado quanto à função dos Conselhos de Saúde, visto que estes atuam na formulação de estratégias e execução das políticas de saúde e, acima de tudo, como defensor da implementação plena do SUS, portanto, assumindo um papel de co-gestor dos serviços de saúde, e não meramente de vigilante, “policizador”. Para isso, os Conselhos de Saúde devem portar-se de um colegiado ativo com um papel efetivo, cujos integrantes apresentem um perfil científico, crítico e reflexivo.

No município de Sobral-CE, destaca-se a experiência da formação de Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde (CLDSS), instituídos em 25 de janeiro de 2001, como órgão deliberativo e fiscalizador das ações de saúde no âmbito das áreas descentralizadas de saúde, cabendo-lhes definir, acompanhar e avaliar a política local desta natureza, respeitando a política e determinações do Conselho Municipal de Saúde.

Diante deste cenário, surge a necessidade de uma reflexão sobre a implantação destas instâncias participativas em âmbito local, bem com o empoderamento da comunidade local a partir destas instâncias descentralizadas de Controle Social.

Assim, este artigo tem por objetivo proporcionar uma discussão sobre o processo de implantação dos CLDSS do município de Sobral-CE, através de uma análise deste processo em três territórios do município.

## 2 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de caráter qualitativo, do tipo exploratório, sobre o processo de Implantação dos CLDSS em Sobral, no ano de 2008, entre os meses de junho e setembro, envolvendo os aspectos legislativos, constituição e planejamento das ações. Como referencial teórico dialogamos com Gramsci, que entende que a formação dos indivíduos deve objetivar a constituição de sujeitos capazes de elaborar e defender a implementação dos projetos de sua própria classe – os intelectuais orgânicos (GRAMSCI, 1982) e defende uma indissociável

vinculação entre conhecimento histórico, *práxis* política, luta cultural e formação humana (VIEIRA, 1999).

A análise dos dados condiz com o método de análise de conteúdo de Bardin (1979). Deu-se a partir de um roteiro de observação participante nos Seminário de Desenvolvimento Social em Saúde, bem como de um roteiro de pesquisa documental com foco na Lei de implantação dos CLDSS, no Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde (CMSS) e no relatório do Programa de Revitalização dos CLDSS.

Para a análise das leis de implantação dos CLDSS e do Regimento Interno do CMSS, observamos os critérios de composição e normatização das leis que regem a implantação dos Conselhos de Saúde em território Nacional. Quanto à composição, foi observado o processo de re/estruturação dos CLDSS nos Seminários de Desenvolvimento Social e Saúde em relação ao critério do número de Conselheiros que compõem a plenária dos CLDSS e quanto à escolha dos mesmos. Em relação ao planejamento das ações foi observada a forma em que se dava o processo e se condizia às reais necessidades locais.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), e consiste em uma pesquisa que favorece o alcance do objetivo principal de uma pesquisa mais ampla intitulada: “Controle Social: como se articulam os Conselhos Locais de Saúde e a Estratégia Saúde da Família no município de Sobral, CE”.

Em consonância com a Resolução nº 196/96, que determina nas investigações envolvendo seres humanos sejam assegurados os direitos destes, a presente pesquisa adotou, na condução do estudo, os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, os sujeitos da pesquisa terão livre arbítrio para participação deste ensaio; beneficência, os resultados da pesquisa poderão subsidiar métodos de prevenção, proteção e promoção

*O Controle Social é a expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-Sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância sobre aquele.*

da saúde; não maleficência, não haverá qualquer forma de constrangimento ou risco de vida ou danos aos participantes da pesquisa; e justiça, já que sem qualquer forma de discriminação, todos os sujeitos terão acesso aos resultados e aos benefícios gerados pela pesquisa.

### **3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

#### **3.1 Como está Estruturada a Rede de Controle Social em Sobral**

##### **3.1.1 O Conselho Municipal de Saúde de Sobral - CMSS**

O Conselho Municipal de Saúde de Sobral-CE, instituído pela Lei nº 039/94, de 27 de dezembro de 1994, e emendado pelas Leis Nº 052/93, de 30 de dezembro de 1993, e pela Lei Nº 326, de 01 de outubro de 2001, é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, normativo e controlador das políticas, estratégias e execução das ações e serviços do SUS e integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRAL, 2001).

A composição do referido Conselho é estabelecida conforme a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Compõem-no representantes de instituições governamentais, prestadores de serviço de saúde, representantes de profissionais de saúde e os representantes dos usuários, respeitando o princípio de paridade estabelecida pela Resolução nº 33/92 do CNS. Consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferência Nacional de Saúde, as vagas deverão ser

*Internamente, funcionam no CMSS três Câmaras Técnicas, criadas através da Resolução nº 005/2007. Essas Câmaras Técnicas servem de suporte técnico para as reuniões do Plenário no debate de todas as matérias, denúncias e pareceres apreciados por seus membros.*

distribuídas da seguinte forma: a) 50% de usuários; b) 25% de trabalhadores de saúde; c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2003).

Atualmente, o CMSS é composto por 48 membros, dos quais 24 são titulares e 24 são suplentes divididos nas seguintes representatividades: 12 representantes do Governo e de Prestadores de Serviços, 12 representantes de Profissionais de Saúde e 24 representantes de usuários.

Internamente, funcionam no CMSS três Câmaras Técnicas, criadas através da Resolução nº 005/2007. Essas Câmaras Técnicas servem de suporte técnico para as reuniões do Plenário no debate de todas as matérias, denúncias e pareceres apreciados por seus membros. As Câmaras contam com a assessoria de um Técnico da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social, que acompanha a entrada e distribuição dos processos aos membros de cada comissão. Cada Câmara Técnica é composta por membros titulares e suplentes do CMSS.

As Câmaras Técnicas que funcionam no CMSS são: Câmara Técnica de Gestão Participativa e Políticas Públicas; Câmara Técnica de Ouvidoria e Comunicação em Saúde e Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e Orçamento e Finanças.

##### **3.1.2 Os Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde - CLDSS**

Os CLDSS foram instituídos no município de Sobral em 25 de janeiro de 2001, através de um projeto de lei que determina suas competências, composição, funcionamento e que define os CLDSS como órgão deliberativo e fiscalizador das ações de saúde no âmbito das áreas descentralizadas de saúde, cabendo-lhes definir, acompanhar e avaliar a política local de saúde, respeitando a política e determinações do Conselho Municipal de Saúde.

De acordo com a Lei compete aos CLDSS, em âmbito local: atuar na formação e controle da execução política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa; estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS; traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos da saúde; fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações de serviços de saúde; estimular, apoiar, e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde; propor adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade dos serviços de saúde.

Quanto ao funcionamento do CLDSS, cada conselheiro

*De acordo com a Lei compete aos CLDSS, em âmbito local: atuar na formação e controle da execução política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa; estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS.*

terá um mandato de 02 (dois) anos, permitida a recondução por igual período. Cada Conselho terá uma secretaria executiva constituída por uma pessoa indicada pelo CLDSS, que ficará responsável pela lavratura da ata, pelo arquivamento dos documentos do Conselho, para cuidar das correspondências e zelar pelo bom funcionamento das suas atividades.

A composição de tais conselhos é paritária, obedecendo ao critério de 50% de usuários; 25% de trabalhadores de saúde; 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos e o número de membros será estabelecida pela realidade de cada área e determinada pelo estatuto do CLDSS.

No entanto, nas observações ao processo de formação dos CLDSS nos Seminários de Desenvolvimento Social e Saúde, pudemos perceber que a constituição dos CLDSS condizia com o estabelecimento da paridade e que o número de membros era restrito a 24 membros (8 representantes de governo, 8 dos trabalhadores de saúde e 12 usuários). Portanto, restringia a participação popular não condizendo com a necessidade da área.

### **3.2 Seminários de Desenvolvimento Social e Saúde**

O processo de implantação dos CLDSS era realizado através dos Seminários de Desenvolvimento Social e Saúde, que consistiam em momentos de reestruturação de CLDSS em locais que já existiam ou que estavam desativados, ou implantação em locais que nunca existiram. Consistia também no planejamento de ações através de um diagnóstico local.

Participavam destes momentos a comunidade local, o

articulador social da Secretaria de Saúde e Ação Social, três Conselheiros Municipais de Saúde e o Conselheiro Municipal de Saúde, representante da correspondente Macrorregião.

Os Seminários de Desenvolvimento Social e Saúde eram estruturados em três momentos: uma dinâmica de apresentação, a formação do CLDSS e um diagnóstico da situação local para orientar o Plano de Ação do CLDSS.

Foram observados três Seminários de Desenvolvimento Social e Saúde em três CLDSS do município de Sobral, de acordo com a acessibilidade e a demanda local, e percebemos uma padronização na metodologia adotada.

O primeiro momento do Seminário consistia numa dinâmica em grupo. Acreditamos que estes momentos contribuíram para a inserção dos conselheiros ou membros da comunidade ao grupo de trabalho, além de fortalecer vínculos de relações interpessoais entre os CLDSS, a comunidade e o CMSS, visto que, os conselheiros municipais de saúde, além de articuladores sociais, eram os facilitadores destes encontros. A segunda etapa consistia na formação/reestruturação dos CLDSS através de indicação de membros da comunidade a representatividades na constituição dos CLDSS.

O processo de escolha obedecia ao critério de paridade, de acordo com a seguinte conformação: 25% representantes de governo (6), 25% representantes de trabalhadores (6) e 50% usuários (12); obedecendo a lotação de 24 membros.

O terceiro momento consistia no diagnóstico local da comunidade e na elaboração de um plano de ação baseado no levantamento obtido. Neste momento, era utilizada uma folha de papel madeira onde eram escritas as seguintes perguntas: Quais os problemas? O que fazer? Como fazer? Quando fazer?, conforme podemos observar no quadro a seguir:

*Acreditamos que a inserção de normas que ditem a constituição de Conselhos de Saúde limita as formas de participação popular e engessam as possibilidades de efetividade de Controle Social.*

**Quadro 01:** Exemplo de quadro utilizado na elaboração do plano de ação em Conselhos Locais de Desenvolvimento Local e Saúde no Município de Sobral, CE. 2008.

PROBLEMA	O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUANDO FAZER?
CONSTRUÇÃO DO PSF	Ver o Terreno onde será construído.	Abaixo assinado para ser encaminhado ofício através do Conselho para a secretaria e requerimento ao poder público.	Até o final de agosto.
ACESSO ÀS LOCALIDADES	Fazer o mapeamento destas localidades.	Convidar o Secretário responsável a comparecer em uma reunião do CLDSS.	1ª Reunião Ordinária do CLDSS no dia 31.07.2008.
FALTA DE OPORTUNIDADES PARA A JUVENTUDE PROFISSIONAL E LAZER	Escolha de uma Comissão		Reunião Extraordinária no dia 03.07.2008.

### 3.3 Processo de Implantação dos Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde

Acreditamos que a inserção de normas que ditam a constituição de Conselhos de Saúde limita as formas de participação popular e engessam as possibilidades de efetividade de Controle Social. Isso ocorre porque acabam burocratizando os Conselhos de Saúde e impedindo o empoderamento da comunidade através deste equipamento social, não sendo mais enxergado como da comunidade, mas como um equipamento estatal, uma vez que limita a participação de sujeitos ativos nas tomadas de decisões em âmbito local.

Considerando que as relações sociais partem de um contexto histórico, para compreendermos as relações sociais nos CLDSS, devemos partir da forma com que se concretizam estas relações, pois seria uma abstração falarmos de Controle Social no interior dos CLDSS se deixarmos de lado os grupos sociais que os compõem. Devemos, portanto, partir não do conjunto, mas do âmago das relações sociais.

Se tentarmos entender o processo de implantação dos CLDSS simplesmente pelo fato de criarmos Conselhos de Saúde, por meio de normas e burocracias, para atender uma necessidade de gestão através de instrumentos ideológicos, teríamos uma visão caótica do conjunto. Marx (s.d.) afirma que:

Por uma análise cada vez mais precisa chegaríamos a representações cada vez mais simples; do concreto inicialmente representado passaríamos a abstrações progressivamente mais sutis até alcançarmos as determinações mais simples. Aqui chegados, teríamos que empreender a viagem de regresso até encontrarmos de novo o conjunto - desta vez não teríamos uma idéia caótica de

todo, mas uma rica totalidade com múltiplas determinações e relações.

Desta forma, considerando que os CLDSS constituem-se como um colegiado, composto por representantes de diferentes grupos sociais e que, segundo Gramsci (1982), todo grupo social, ao nascer do terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria também, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que conferem homogeneidade e consciência da própria função não apenas no campo econômico, como também no social e político, que é fruto de uma herança histórica constituída em um dado território, e, ainda que, este território é constituído de uma dinâmica oriunda da aquisição de novas concepções de mundo, baseada em novas aquisições de conhecimentos dos sujeitos que o habitam, então, devemos presumir que a formação dos CLDSS deve partir das dinâmicas do território que são concretizadas a partir de ações dos sujeitos ativos, baseadas em um conhecimento adquirido a partir da intimidade da relação com outros sujeitos em um dado grupo social, e que estes grupos sociais constituem uma comunidade herdada historicamente a partir de um contexto político, econômico, cultural e social.

O que podemos observar na formação dos CLDSS é que o ponto de partida de sua constituição resume-se à indicação de membros da comunidade a compor representatividades dentro dos CLDSS, cumprindo um papel burocrático e normatizado, portanto, estatal e não social. Desta forma o processo de implantação dos CLDSS não se baseia nas dinâmicas dos territórios como ponto de partida para a construção de um conjunto, bem como, em seu processo histórico de formação, não existem instrumentos que proporcionem um efetivo empoderamento dos membros da comunidade ao equipamento, pois que existem instrumentos ideológicos que culminam em uma restrição de participação popular ativa.

No planejamento das ações dos CLDSS pudemos observar que a comunidade identificava como problema de saúde não apenas aqueles do seu campo biológico, mas também relacionados à educação, lazer, infraestrutura, segurança, transporte, saneamento básico, dentre outros, o que reforça a idéia de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, conforme está disposto no Artigo 3º da Lei Orgânica 8.080/90 (BRASIL, 1990).

Gramsci (1982) destaca que a ação de um intelectual não é a atividade intrínseca do intelectual, mas o conjunto de sistemas de relações no qual estas atividades se encontram, no conjunto geral das relações sociais. Afirma ainda que, todo homem, fora de sua profissão, desenvolve uma atividade intelectual qualquer, ou seja, é um filósofo, um artista, um homem de gosto, que participa de uma concepção do mundo, possui uma linha consciente de conduta moral contribui assim para manter ou para modificar uma concepção de mundo, isto é, para promover novas maneiras de pensar.

A proposta de um plano de ação dos CLDSS nos desperta a reflexão sobre a forma em que irão ser concretizadas estas ações, conforme o autor; pudemos perceber a necessidade de sujeitos que tenham diferentes maneiras de concepção de mundo e que suas ações sejam voltadas a um conjunto de relações sociais.

Partindo da utopia de um CLDSS formado apenas por intelectuais nascidos na intimidade de grupos sociais originários de uma função essencial no mundo da produção, cabe agora analisar a forma de atuação destes intelectuais para proporcionar mudanças no contexto local.

A ação efetiva dos intelectuais não pode partir de um modo de ser consistido na eloquência, motor exterior e momentâneo dos afetos e das paixões, mas de um imiscuir-se ativamente na vida prática, como construtor, organizador e persuasor permanente (GRAMSCI, 1982).

Para a concretização efetiva do Plano de Ação proposto, é necessária uma reflexão, para uma reflexão é necessário uma filosofia e para uma filosofia é necessário um conhecimento, e este conhecimento deve ser adquirido de uma forma dialética, através de ações advindas do cotidiano do sujeito. Desta forma constitui-se uma filosofia de ação, ou mais além, uma filosofia da práxis.

Semenaro (2001), em diálogo com Gramsci, afirma que para a formação de uma filosofia da *práxis* não pode

*Para a concretização efetiva do Plano de Ação proposto, é necessária uma reflexão, para uma reflexão é necessário uma filosofia e para uma filosofia é necessário um conhecimento, e este conhecimento deve ser adquirido de uma forma dialética.*

ser enxergado, de modo algum, uma indissociabilidade entre a história, a política e o conhecimento. Desta forma, o planejamento das ações dos CLDSS deve estar baseado nestes “três pilares da filosofia da *práxis*”. Ou seja, deve ser feito o levantamento das necessidades de saúde local baseado em indicadores que propiciem um aprofundamento dos estudos epidemiológicos para subsidiar o planejamento. Desta forma, estes estudos devem caracterizar objetivos que deem forma a determinado programa de ação e condicionante de execução. E esta ação/execução deve ser pautada em um conhecimento.

Desta forma, entendemos a Filosofia da *Práxis* como uma forma dialética de aquisição de conhecimento, de modo que, este seja estabelecido nas reflexões acerca das práticas observadas no cotidiano e fundamentadas no processo histórico, político, cultural, econômico e social em que o indivíduo está inserido para que estas reflexões subsidiem novas ações, e estas novas ações sejam recursos para novas reflexões.

## 4 CONCLUSÕES

A análise dos resultados evidenciou que os CLDSS devem ser formados baseando-se na necessidade da demanda local, uma vez que funcionam na formação e controle das execuções das políticas de saúde em âmbito local. Portanto, como orientadores do modelo de assistência em saúde, necessitam de um amplo colegiado.

O instrumento de paridade impede a participação ativa da comunidade, uma vez que restringe o número de membros no colegiado do CLDSS, o que proporciona uma menor efetividade nas tomadas de decisões em nível local, visto que o número de atores sociais é restrito. No entanto, defendemos que seja garantida a participação

*Portanto, defendemos que os CLDSS tenham um caráter popular e aberto à participação da comunidade, bem como, sua composição e funcionamento sejam baseados nas demandas advindas das necessidades do seu território.*

de representantes da gestão, profissionais de saúde e usuário do respectivo território, mas não de forma burocrática e normativa.

Acreditamos que em cada território existem grupos sociais que mantêm relações com a comunidade, e que em cada um destes grupos existem sujeitos ativos que proporcionam permanência e empoderamento destes grupos enquanto equipamentos sociais. Estes sujeitos são pessoas que adquirem um conhecimento através das relações sociais cuja base é a educação popular e, desta forma, elaboram concepções intelectuais e uma nova visão de mundo na intimidade das relações com a comunidade.

A identificação destes grupos sociais, e consequentemente de sujeitos ativos que lutam pelos interesses deste grupo, constitui um instrumento para a efetividade da participação popular em Conselhos de Saúde, uma vez que estes sujeitos, comprometidos com a comunidade que lhes proporcionou a aquisição de um conhecimento baseado em relações sociais, possuem capacidades intelectuais orgânicas para proporcionar mudanças.

Portanto, defendemos que os CLDSS tenham um caráter popular e aberto à participação da comunidade, bem como, sua composição e funcionamento sejam baseados nas demandas advindas das necessidades do seu território.

Portanto, os Seminários de Desenvolvimento Social e Saúde constituem-se como importantes instrumentos para a formação de CLDSS, inserindo novos sujeitos na discussão das políticas locais. No entanto, considerando-se que as metodologias adotadas para a formação/reestruturação de CLDSS e o planejamento/execuções das ações constituem-se incipientes para estimular e promover a permanência e o empoderamento deste equipamento pela comunidade, propomos novas ações para a adoção de metodologias mais efetivas pautadas nas dinâmicas do território.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333. Brasília, 2003.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRAL-CMSS. **Regimento Interno**. Sobral-CE, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº8080, de 19/09/90. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências inter-relacionamentos de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 29 de dezembro de 1990. Disponível em: <<http://conselheiro-paulinense/legislação/indexam>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MARX, K. **Para uma crítica da economia política**. Disponível em: <<File:///C:/site/LivrosGrátis/paraumacritica.htm>>. Acesso em: 21 Jul. 2009.

SEMENARO, G. Anotações para uma teoria do conhecimento em Gramsci. **Revista Brasileira de Educação** v.16, n. 1. p. 95-104, abr. 2001. Disponível em: <[http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE16/RBDE16\\_11\\_GIOVANNI\\_SEMERARO.pdf](http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE16/RBDE16_11_GIOVANNI_SEMERARO.pdf)>. Acesso em: 21 Jul. 2009.

VIEIRA, C. E. Cultura e formação humana no pensamento de Antonio Gramsci. **Educação e Pesquisa**, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97021999000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97021999000100005)>. Acesso em: 21 Jul. 2009.