

1. APRESENTAÇÃO

Neste estudo, a participação nos conselhos municipais de saúde da RIDE-DF, é analisada segundo a idéia de controle social como campo político cidadão, de alta intensidade democrática. O controle social presente no processo de democratização do Estado e da Sociedade, no contexto da América Latina e no Brasil, onde se desenvolvem há pelo menos duas décadas, experiências importantes no campo democrático, com estímulo à criação de novos modelos de participação e de poder popular.

Resultados da luta democrática, os novos arranjos participativos e democráticos, estão a mobilizar a força e o pensamento de militantes, pesquisadores, donas de casa, trabalhadores, jovens e tantos outros que participam da formulação de políticas públicas com bases redistributivas e universalizantes, com ampliação de direitos. São experiências que têm buscado superar antigas formas de cidadania tutelada e clientelistas com relação aos direitos sociais e assistencialistas no direito à saúde, em particular. Estão a se constituir como um campo em construção, essencialmente participativo, democrático e cidadão, o que chamaremos de *Controle Social Cidadão*.

Para discutir a participação democrática e o controle social nos conselhos de saúde, ancoramos a análise deste estudo, nas 20 (vinte) Teses de Política propostas por Enrique Dussel, na perspectiva teórica de um pensamento do Sul, a Filosofia da Libertação, bem como, nas teses sobre a democracia participativa desenvolvidas por Boaventura Sousa Santos, que serviram como perspectiva crítica de Reinvenção da Emancipação Social. Segundo estes autores são necessários projetos alternativos de transformação social, considerando os momentos políticos importantes que vivemos atualmente, com profundas mudanças no cenário mundial.

Projetos de poder alternativo à globalização neoliberal, de reformas econômicas, sociais e políticas que, no cenário de redemocratização disputam com outros modelos e ideologias de mercado. Um cenário, com forte expressão da cidadania popular e provocador de mudanças nos processos de representação e participação. Um campo de conhecimentos e práticas, que está a exigir uma reflexão teórica e epistemológica sobre as noções polissêmicas que a expressão do controle social apresenta no campo das ciências sociais com repercussão na abordagem da ação política.

O controle social é apresentado na primeira parte, como um campo político e de conhecimentos, que resulta de novas formas (participativas) de exercício do poder e outras maneiras substancialmente distintas de construir a democracia. O controle social em processo, que está a conformar espaço próprio para ações, instituições e princípios do que denominamos como sendo o *campo político* (DUSSEL, 2006). Uma discussão do controle social como teoria do poder e suas formas de organização e produção social, desde uma perspectiva negativa, elitista de democracia até formas positivas, diretas e participativas de tomada de decisão.

Experiências de participação em desenvolvimento, em um país como o Brasil, ainda insuficientemente irrigado pela legitimidade democrática, que é marcado pelas desigualdades sociais, em que o avanço democrático está associado às condições concretas do exercício cotidiano da democracia. Nessa perspectiva, a eficácia da democracia participativa requer novas formas de distribuição de recursos, as quais devem considerar as necessidades sociais prioritárias. É, pois, necessário adotar de partida os mecanismos de inclusão social dos que estão fora do acesso aos direitos fundamentais, tais como aos serviços de saúde, para alcançar os segmentos

diferenciados que sejam representativos tanto das carências socioeconômicas quanto das demandas sociais (GOHN, 2004).

Como uma alternativa política de controle social cidadão em saúde, na segunda parte discutiremos o projeto democrático da Reforma Sanitária Brasileira. Após os vinte anos de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a discussão do controle social cidadão em saúde como uma alternativa política crítica aos modelos burocráticos, privatizantes e neoliberais de baixa intensidade democrática presentes na saúde. A repolitização do SUS à luz do pensamento de transformação e libertação, para ancorar e substanciar a realização da saúde como um direito que se realiza na luta do povo contra os limites impostos na produção e reprodução da vida humana, portanto como uma ação de cidadania.

Neste contexto, a participação democrática nos conselhos são experiências de controle social, que têm sido avaliadas como uma inovação no campo da saúde, sobretudo porque é acentuada a importância da participação política no processo de gestão, ou seja, não apenas na fiscalização, mas também na formulação das políticas públicas de saúde. Do sentido formal ao teórico, do técnico burocrático ao político e do representativo ao participativo inaugurou-se um novo constitucionalismo democrático onde a democracia participativa surgiu como expectativa para uma nova diversidade cultural e social de participação cidadã e política (SANTOS, 2002).

Os conselhos setoriais de gestão, no Brasil, instituídos nas esferas de governo municipal, estadual e federal, constituem uma espécie de sistema nacional de participação, o que sugere a necessidade de estudos mais globais de avaliação do seu impacto sobre os governos municipais. No caso da saúde, a instituição e expansão dos conselhos municipais a partir dos ideais da reforma têm como orientação central o aumento da participação direta da sociedade na gestão, da

eficiência das políticas públicas, assim como, na instalação de uma nova arena política administrativa, onde são reconfigurados os processos decisórios e a capacidade da sociedade de controlar a utilização dos recursos públicos, e ainda, a tomada de decisões mais democráticas de distribuição do bem-estar social (SANTOS JÚNIOR et al, 2004).

Os Conselhos de Saúde, como instâncias de participação democrática, se constituíram desde os anos de 1990 em novos centros de poder, decorrentes principalmente da descentralização do sistema, e contribuem para trazer para o espaço público o debate de demandas da sociedade antes só discutidas pelos responsáveis pela gestão do sistema de saúde (ACIOLI, 2005, ACIOLE, 2007, GERSCHMAN, 2004). Com a proposta de participação paritária na sua composição entre sociedade civil e representante do governo e prestadores de serviços de saúde, os conselhos estão presentes hoje na área da saúde em mais de 5.537 conselhos municipais, implicando na existência de 86.414 conselheiros municipais, que, supostamente devem atuar na elaboração, deliberação e fiscalização das ações e serviços de saúde (CORREIA, 2005).

No entanto, na prática, existem diversas dificuldades com o Poder Executivo, principalmente, pela falta de autonomia dos Conselhos em relação aos gestores. Isto tem contribuído para a ocorrência de práticas clientelistas, ausência da cultura de participação e a emergência de conselhos cartoriais (GUIZARDI; PINHEIRO; MATTOS; SANTANA; MATTA; GOMES, 2004). Segundo Gohn (2000), é necessário um repensar crítico e criativo sobre esses canais de participação democrática, para que efetivamente cumpram suas funções.

Nos municípios os Conselhos de Saúde têm apresentado diversas dificuldades, atribuídas, em boa medida, à falta de tradição de participação e de

cultura cívica no país. Cabe lembrar que o movimento popular em saúde e os movimentos sociais em geral perderam visibilidade na sociedade e na política brasileira (GERSHMAN, 2004), mas, nos últimos tempos, a deterioração das condições de vida tem impulsionado alguns grupos sociais a se organizarem para reivindicarem por melhoria da qualidade de vida, tornando-os sujeitos potenciais para a construção da democracia participativa (SANTOS, 2006).

Estratégias para superação das dificuldades têm levado a estudos e diagnósticos de experiências locais, regionais e nacionais (MACEDO, 2005), bem como a formulação de propostas que indicam a necessidade de ampliação e qualificação dos conselhos gestores como espaços de controle social cidadão. Partimos então na terceira parte a analisar a experiência dos conselhos municipais de saúde da RIDE-DF e propor estratégias de transformação das práticas de participação em saúde. Interessava-nos saber, num primeiro momento, se as experiências de organização e funcionamento dos conselhos municipais de saúde indicavam uma participação democrática de alta intensidade no planejamento e deliberação da política pública de saúde? E como os sujeitos envolvidos nos processos participativos, no caso os conselheiros municipais, construía sua representação social acerca do seu papel no controle social? E num segundo momento intervir, ampliando o potencial estratégico da participação nos conselhos como forma de qualificar o controle social cidadão.

Neste estudo foram utilizados os pressupostos da pesquisa-ação, para analisar o contexto participativo nos conselhos e construir estratégias para o controle social. Como estratégia de qualificação foi construída uma ação-reflexão-ação com base nas representações sociais dos atores diretamente envolvidos nos processos participativos, no caso os conselheiros municipais de saúde da RIDE-DF e

desenvolvido por meio de técnicas como grupos focais e entrevistas semiestruturadas e métodos que valorizaram a experiência de participação e o conhecimento acumulado pelos sujeitos envolvidos.

Os dados obtidos, no primeiro momento da análise, sobre o perfil de organização e funcionamento dos conselhos, bem como do perfil dos conselheiros e das suas representações sociais acerca do controle social confirmaram o pressuposto da limitada capacidade deliberativa ou da baixa intensidade democrática de atuação dos conselhos nos municípios da RIDE-DF. Assim como, constituiu-se em base de conhecimento para o desenvolvimento da ação de qualificação dos conselheiros municipais.

Com referência nos dados analisados na primeira etapa da pesquisa e complementada por levantamentos realizados durante o processo, foi desenvolvida a proposta de formação de facilitadores de educação permanente para o controle social, com uma ação educativa problematizadora do papel dos conselheiros e da organização e funcionamento dos conselhos. Como estratégia educativa e metodológica foram desenvolvidas Oficinas de Educação Permanente para o Controle Social, por meio de encontros presenciais realizados no período de março a dezembro de 2007.

A estratégia de educação permanente dos conselheiros permitiu um aprofundamento e uma compreensão maior do coletivo de facilitadores e pesquisadores, acerca dos limites e das potencialidades de participação política e social em saúde na região da RIDE-DF. Questões fundamentais para a determinação social da saúde e do papel do controle social na construção de alternativas foram discutidas, considerando o contexto histórico, à formação social e

econômica dos municípios inseridos na região, à implantação de Brasília e o impacto gerado pelo crescimento do entorno e da região metropolitana.

O processo de ação-reflexão-ação e a metodologia das oficinas de educação permanente, intercaladas por trabalhos de campo, permitiram um espaço dialógico e construtivo entre os sujeitos participantes, onde as vivências e saberes foram valorizados, gerando um conhecimento contextualizado, crítico e necessário para a transformação da participação em saúde nos municípios. Esta experiência de pesquisa-ação corrobora com o movimento de construção de epistemologias e saberes engajados na transformação da realidade, na pluralidade e no interconhecimento, como uma Ecologia de Saberes (SANTOS, 2009).

2. MARCO TEÓRICO

A noção de controle social é controversa, com uso heterogêneo no pensamento social, com opções teóricas e metodológicas de distintos significados no campo da política e da discussão democrática. No âmbito da sociologia a expressão controle social de forma tradicional é caracterizada como voltada para o estudo do conjunto dos recursos materiais e simbólicos de que uma sociedade dispõe para assegurar a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados (ALVAREZ, 2004).

São concepções com raízes nas formulações clássicas sobre o problema da ordem e da integração social de Émile Durkheim. São dimensões que buscam as noções de poder e de autoridade ligadas à manutenção da ordem social, como em estabelecer um grau necessário de organização e regulação da sociedade de acordo com determinados princípios morais, mas sem o emprego excessivo de coerção (COHEN; SCULL, 1985).

Segundo Alvarez (2004), como conceito, a expressão propriamente dita de controle social foi cunhada pela primeira vez na sociologia norte-americana no século XX por autores como George Herbert Mead (1863 – 1931) e Edward Alsworth Ross (1866-1951). Estes autores estavam mais interessados na compreensão dos mecanismos presentes na sociedade norte-americana de coesão e cooperação social e seu significado na manutenção da ordem e integração social, para além da regulação do Estado.

O significado nas ciências sociais foi, no entanto, sofrendo modificações com o passar do tempo e, particularmente após a Segunda Guerra Mundial, a expressão aponta para o estudo de mecanismos de controle social organizados pelo Estado ou

pelas classes dominantes. Assim adquire uma versão crítica do poder, como uma relação social de troca desigual em condições desiguais realizada como ação geradora de formas de dominação, controle e desvios no seu exercício.

O poder como forma de dominação está presente nos estudos de Max Weber, onde o autor revela predileção pelo conceito de dominação, com foco na obediência de ordens e normas nos diversos grupos. Nesta perspectiva o poder e a dominação estariam numa relação de complementaridade, perpassando as relações humanas em geral e não se limitando à esfera política. Weber procurava esclarecer os motivos pelos quais os indivíduos obedecem, já que toda relação de dominação se legitima na anuência do grupo. Procurava compreender como a dominação se justifica e como se sustenta externamente.

Ainda, segundo Weber, há três tipos puros de dominação legítima, ou seja, justificável: tradicional, que está baseada na devoção aos hábitos costumeiros, em que se segue à tradição; carismática, em que se segue o líder carismaticamente qualificado como tal e a racional/legal, onde a crença está na validade dos estatutos (ANDRADE, 2009).

Para Weber o exemplo mais autêntico de dominação legal é o exercido pelo quadro burocrático administrativo. É o exercício do poder no interior das organizações formais, onde os indivíduos se sujeitam à ordem objetiva e impessoal, legalmente constituída pela legalidade formal de suas disposições e na vigência destas. Assim, a burocracia ganha o estatuto de forma de dominação moderna e racionalizada, exercida no quadro administrativo e tida como elo entre dominadores e dominados. Neste sentido qualquer forma associativa assume um caráter de dominação em virtude de um quadro administrativo presente e da forma como exercem o poder.

Para Cohen (1989) a idéia de controle social como dominação acabou por incuti-lo como uma força nefasta, organizada pelo Estado e voltada para manutenção da ordem social na modernidade. Michel Foucault foi o autor que aprofundou de forma mais complexa e menos funcionalista e instrumentalista, a noção de poder como prática de dominação.

Foucault abriu espaço para interpretações multidimensionais acerca das transformações da punição na sociedade moderna (ALVAREZ, 2004). Segundo Santos (2002: 246):

Os notáveis méritos da análise foucaultiana do poder apresenta duas vertentes, onde em primeiro lugar o autor desloca o poder do seu nicho liberal: o Estado. O que Foucault designa como poder disciplinar da ciência moderna, distinguindo-se do poder jurídico do Estado moderno. Em segundo lugar, o poder disciplinar de Foucault não é um poder de soma zero, não é exercido do topo para a base nem do centro para a periferia, não baseia na negação, proibição ou na coerção. É uma forma de poder sem centro, exercida horizontalmente através dos seus próprios sujeitos (a começar pelo próprio corpo”.

Uma visão com forte influência no pensamento social contemporâneo desde os anos sessenta do século passado e que vai culminar num conjunto de estudos e pesquisas sobre as práticas e instituições sociais que, sob a modernidade, configuraram espaços de exclusão e normalização da vida social, de comportamentos e de subjetividades. O poder disciplinar será um poder voltado para o adestramento dos indivíduos, como nas formas de Biopoder e Biossociabilidade: *”E, para isso, esse poder utilizará alguns mecanismos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame... O indivíduo adestrado deve se sentir permanentemente vigiado”* (ALVAREZ, 2004:4). São formas de controle social da modernidade que Foucault chama de *Tecnologias do Poder* e que se aplicam desde

instituições especializadas como penitenciárias, escolas, hospitais até instituições de socialização como a família.

A ampliação das noções e dimensões de poder disciplinar fora do Estado, no pensamento de Foucault é importante, mas, uma questão no debate sobre a transformação social persiste com a dispersão e o acentrismo do poder, que esta visão pode conter. *“Se o poder está em todo lado, não está em lugar nenhum. Se não houver um princípio de estruturação e hierarquização, não há um enquadramento estratégico para a emancipação”* (SANTOS, 2002:246). Tendo como referência esta posição, no debate sobre as formas de produção do poder, Boaventura de Sousa Santos propõe uma topografia alargada da estrutura-ação do poder nas sociedades capitalistas. Sugere uma pluralidade dos modos de produção do poder, do direito e do senso comum, em uma pluralidade de formas de direito, poder e conhecimentos.

Esta pluralidade é vista de forma relacional (dialogada, hermenêutica) e estruturada, onde a centralidade do direito estatal, do poder estatal e do conhecimento científico se articula em novas e vastas constelações de ordens jurídicas, de poderes e de conhecimentos. Segundo Santos (2002:247) *“... longe de colidir com a idéia da centralidade do direito estatal, do poder estatal e do conhecimento científico nas sociedades contemporâneas, confirma-a e, ao mesmo tempo, relativiza-a, ao integrar essas formas hegemônicas em novas e mais vastas constelações de ordens jurídicas, de poderes e de conhecimentos”*.

Segundo Dussel (1995:18) devemos começar a criar uma nova teoria, uma interpretação do poder coerente com a profunda transformação que nossos povos estão vivendo:

“Porque a experiência inicial da Filosofia da Libertação consiste em descobrir o “fato” opressivo da dominação, em que sujeitos se constituem “senhores” de outros sujeitos, no plano

mundial /.../ Centro-Periferia; no plano nacional (elites-massas, burguesia nacional – classe operária e povo); no plano erótico (homem-mulher); no plano pedagógico (cultura imperial, elitista, versus cultura periférica, popular etc...)”.

Tendo como referência as idéias desenvolvidas por Santos (2002) e Dussel (2007), propomos avançar na discussão do controle social como uma dimensão estratégica de poder que tem como base o pensamento de libertação contra as formas de dominação. Um conceito de controle social que não destitui ou domina os sujeitos e sua vontade de viver, mas a transforma em um poder, uma práxis (conhecimento e ação), para criticar e superar as limitações que lhes são impostas seja do mundo físico, seja da sociedade em que se vive: *A vontade de viver é a essência positiva, o conteúdo como força, como potência que pode mover e arrastar, impulsionar. Em seu fundamento a vontade nos empurra a evitar a morte, a permanecer na vida humana (DUSSEL, 2007: 26).*

A libertação como um processo onde a política e o poder são definidos positivamente como o conteúdo material da vida, como *potentia*, uma dimensão central da vontade de viver, que conforma os seres humanos em suas diversas maneiras de construir, produzir e reproduzir a vida material, social e cultural. A potência das vontades está na união de forças e de objetivos comuns presentes na comunidade política, uma vontade de viver comum. Uma possibilidade que se realiza na satisfação das necessidades, como a falta de alimento (a fome), de água (a sede), de calor (o frio), a falta de saber cultural (a ignorância) e tantas outras que devem ser negadas por condições que satisfaçam à vida humana.

Como uma *“corporalidade vivente”*, sugerido por DUSSEL (2007:25), que no enfrentamento de seus limites e vulnerabilidades, portanto na sua negatividade, nas suas necessidades, vai agregando e forjando instrumentos, conhecimentos,

serviços, instituições, sistemas que possam ampliar a própria vida e a vontade de viver. Para o autor:

*“O ser humano é um ser **vivente**. Todos os seres viventes animais são gregários; o ser humano é originalmente comunitário. É assim que comunidades sempre acossadas em sua vulnerabilidade pela morte, pela extinção, devem continuamente ter como uma tendência o instinto ancestral de querer permanecer na vida. Este querer viver dos seres humanos em comunidade denomina-se **vontade**. A **vontade-de-vida** é a tendência de todos os seres humanos”.*

Segundo Arendt (2007: 186), a vontade é uma faculdade humana que se insere na dicotomia entre o desejo e a razão ou entre as paixões e a razão. Diz a autora:

“A vontade é o arbitro entre a razão e o desejo e, como tal, só a vontade é livre. Além disso, enquanto a razão revela o que é comum a todos os homens, e o desejo, o que é comum a todos os organismos vivos, só à vontade me é inteiramente própria”.

Nesta perspectiva, a noção de controle social se amplia como um campo político (BOURDIEU, 1989), onde na sua formação, é atravessado por forças, por sujeitos singulares com vontade e certo poder, num espaço onde operam diversos níveis de ações e instituições políticas, nas quais o sujeito participa como ator em funções e onde se encontram diversos sistemas e subsistemas estruturados, com determinações políticas, simbólicas, científicas e que se constitui numa relação de produção de novas formas de poder, saber e direitos.

O controle social, como um campo político cidadão, como uma dimensão teórica do poder ampliada pela participação democrática de alta intensidade, crítica e transformadora. Não há campos nem sistemas sem sujeitos (DUSSEL, 2007). O campo longe de ser uma estrutura passiva se constitui em espaço político de trocas, cooperações, conflitos e de interações complexas, dinâmicas, bifurcadas e muitas

vezes contraditórias. Apresenta os diversos grupos de interesses, de hierarquização, de manobras em que os sujeitos expressam suas relações de poder estruturadas em consensos, alianças ou inimizades.

O controle social numa concepção positiva do poder e como um desafio teórico crítico, tomando como referência o pensamento de liberdade, como uma dimensão central da vida e da humanidade. Uma construção teórica do campo político do controle social no seu campo positivo de poder cidadão. Um conceito que nos auxilia na compreensão dos projetos políticos em curso das experiências do sul, de reconstrução democrática do Estado, com participação social e política dos povos tradicionalmente dominados e excluídos do poder.

Um pensamento ético/político do poder que se traduz no fundamental, na vontade de viver e de realizá-la coletivamente, como uma política da vida e para a vida. O poder como a realização integral das necessidades individuais e biológicas na constituição do espaço da vida em comunidade e na sua dimensão coletiva e democrática. Uma noção de poder e de cidadania, que coloca em questão a crise no pensamento da modernidade como projeto de desenvolvimento capitalista, com suas versões pós-modernas e neoliberais.

2.1. A Crise, o Desassossego e o Pensamento.

*“O que gozei destes campos vastos
gozei-o porquê aqui não vivo. Não sente a
liberdade quem nunca viveu constrangido” (O
Livro do Desassossego, FERNADO PESSOA).*

A condição contemporânea traduz o significado da palavra *Desassossego*¹, como sendo uma inquietação, perturbação e agitação, como viver em desassossego, como algo que traduz cuidados e preocupações: **uma crise**. Uma agitação tumultuosa, com uma carga de sentidos e significados, que expressa à desunião e desinteligência, a falta de ordem, uma anomalia funcional do sistema. Uma condição do pensamento em crise diante das mudanças e transformações profundas de natureza econômica, política, social e cultural que vivemos, onde há falta de confiança no que está posto como verdade.

Segundo Santos (2002), o desassossego resulta da vivência simultânea de excessos de determinismo e de excessos de indeterminismos. Afinal o que está em crise é a modernidade? Ou o pensamento da modernidade? Para o autor o desassossego vem de uma dupla crise, onde há falta de alternativas ao projeto da modernidade e de um pensamento alternativo de alternativas.

Esta situação confere o que o autor chama de tempo caótico ou um perfil especial do nosso tempo, onde ordem e desordem se misturam numa desorientação

¹ O desassossego no dicionário, o que quer dizer: *“Falta de sossego, inquietação, perturbação, agitação: viver em desassossego. Objeto de cuidados, preocupações: o filho é seu constante desassossego. Agitação tumultuosa. Desinteligência, desunião. Inquietude, agitação produzida por emoção. Anomalia funcional de um órgão ou de um sistema. Sublevação popular; rebelião. Atividade desordenada. Movimento prolongado: a agitação do mar. Movimento da rua, de uma multidão. Subversão, insurreição, perturbações: agitação popular, estudantil, operária. Inquietude, tormento: agitação do espírito”* (<http://www.dicio.com.br/desassossego/>).

dos mapas cognitivos e sociais. Vivemos em tempos paradigmáticos. Segundo ainda Santos (2002:39) *“há um desassossego no ar. Temos a sensação de estar na orla do tempo, entre um presente quase a terminar e um futuro que ainda não nasceu. Um tempo, onde as respostas são cada vez mais fracas e as perguntas cada vez mais fortes”*.

O pensamento filosófico moderno em crise, como um desassossego, como uma condição política e ideológica que busca nas contradições da modernidade a sua superação enquanto projeto civilizatório. O pensamento em crise vem do fato de que todas as promessas do projeto civilizatório capitalista da modernidade não terem conseguido dar respostas sociais às expectativas de liberdade, igualdade e fraternidade. Vivemos o dilema, onde enfrentamos problemas modernos para os quais não há solução moderna.

O processo de modernização conservadora do capital tem potencializado os sentidos de crise, com mudança nas relações sociais e com a natureza gerando mais desconforto e desassossego. As soluções modernas em curso levadas a cabo pelo neoliberalismo têm gerado mais experiências de desamparo, doenças, discriminação, exclusão de toda natureza, econômica, social, sexual, de gênero.

A realidade parece fora de sentido, em desassossego, como o pensamento em crise. O desassossego numa perspectiva dialética do pensamento em movimento, como movimento real, concretizado, sentido e realizado na ação, com conseqüências e resultados, como condição social, política e ideológica. Segundo Arendt (2005:242) *“o meu pressuposto é que o próprio pensamento emerge de incidentes da experiência viva e a eles deve permanecer ligado, já que são os únicos marcos por onde pode obter orientação. Uma vez que se movem entre o passado e o futuro, contém crítica”*.

A necessidade crítica de substituição da teoria e da prática moderna tem buscado uma compreensão maior do próprio fenômeno da modernidade, compreendida como perspectiva histórica e de realização material da humanidade. Segundo Santos (2006:41): *“Em minha opinião, temos que partir daqui, da verificação que a teoria da história da modernidade é insustentável e que é, por isso, necessário substituí-la por outra que nos ajude a viver com dignidade este momento de perigo e a sobreviver-lhe pelo aprofundamento das energias emancipatórias”*.

A modernidade vista como um fenômeno histórico distinto, dinâmico e contraditório, pois é resultado de críticas à tradição e se propõe ser na atualidade a única tradição, ou a idéia universal de desenvolvimento capitalista como a mais legítima para a sociedade no seu desenvolvimento. Talvez daí venha à força do momento, da contradição de um projeto societal, que se coloca universal e ao mesmo tempo crítico das suas próprias alternativas, buscando a modernização de suas forças como elemento de produção de sentidos e significados, que vai legitimando sua ação econômica, política, social e ideológica. O projeto da modernidade como detentor da alternativa possível e legitimado pelo Estado moderno, a Ciência e o Direito.

Portanto, algo que contém em si toda a dinâmica de organização das formações sociais que originaram este período histórico e dos processos de produção e reprodução social aí gerado. Neste sentido, a busca de um *pensamento alternativo de alternativas* (SANTOS, 2008:3), se desenvolve no movimento crítico de confrontação aos pressupostos da modernidade capitalista, nas suas conseqüências sociais e políticas, num confronto de idéias e de ação, na busca de liberdade, com igualdade e solidariedade, entre as vítimas deste confronto.

A crise como condição política do pensamento, num sentido de inspiração que vem do movimento, da contradição, da rebeldia, da busca pela liberdade que vem da rua, do povo, dos jovens, dos operários e vem também da natureza e do mar. A busca de uma atitude crítica ao que está posto, construída na racionalidade do conhecimento da vida que é vivida em todas suas potencialidades e negatividades, daí vem à força das idéias e da ação. A práxis da transformação, de acordo com Arendt (2006).

O desafio de um pensamento crítico e autocrítico, que diante da realidade crítica elabore alternativas de superação, como um pensamento de liberdade para a humanidade, uma maneira de pensar no plural, que consiste em ser capaz de pensar no lugar e na posição dos outros em vez de estar de acordo consigo mesmo, não um pensamento puro. Segundo Santos (2007):

“A análise crítica do que existe assenta no pressuposto de que a existência não esgota as possibilidades da existência e que, portanto, há alternativas susceptíveis de superar o que é criticável no que existe. O desconforto, o inconformismo ou a indignação perante o que existe suscita impulso para teorizar a sua superação”.

O desassossego como uma racionalidade sentida, que ao dizer, descrever e analisar e compreender as coisas retira-lhes o terror do desconhecido, dando lhes vida ou construindo uma subjetividade desestabilizadora, um pensamento crítico, criativo e contextualizado. Poderíamos falar de uma epistemologia literária ou de uma *Ecologia de Saberes* (SANTOS, 2007) ou um pensamento alternativo de alternativas formulado nas experiências emergentes no sul global, que nos auxilie a compreender e superar a modernidade capitalista e seu aparato teórico, jurídico e de poder.

2.2. As Epistemologias do Sul e o Controle Social

Na busca de um pensamento alternativo de alternativas, a discussão do controle social como um campo epistemológico do Sul, como um movimento crítico e alternativo ao conhecimento moderno, que busca outras formas de soberania do conhecimento, como o social e o ontológico. Neste campo os estudos sociais da ciência têm contribuído para uma compreensão mais ampliada da questão epistemológica e uma consequência importante foi à demonstração de que a produção de conhecimento científico envolve um conjunto de atores, de saberes e de contextos distintos (NUNES, 2008).

Problematizando a questão, SANTOS (2008) propõe como perspectiva de análise uma *linha cartográfica abissal*, que demarca as relações coloniais contemporâneas entre o Norte e o Sul global ou entre as regiões metropolitanas e as coloniais. Segundo o autor existe uma injustiça cognitiva global, ou seja, a existência de linhas abissais delimitando o que é tido como existente e visível ou legal do lado de cá da linha, fundamentado no que é invisível ou inexistente do outro lado da linha. Nesta perspectiva teórico-analítica, o autor propõe uma **Epistemologia do Sul²**, um pensamento crítico da cultura e política modernas tidas como matrizes coloniais para um projeto de desenvolvimento com base no pensamento europeu, que iluminaria historicamente o resto do mundo.

O Sul compreendido como metáfora do sofrimento e do desassossego humano, causados pelo capitalismo. O Sul construído a partir das experiências das vítimas, dos excluídos e oprimidos, dos grupos e povos que sofrem e lutam contra a violência de imposição e dominação do projeto civilizatório da modernidade

² SOUSA SANTOS, 2006. A gramática do Tempo, por uma nova cultura política.

ocidental. O Sul compreendido como um projeto contra-hegemônico de sociedade, como os que defendem por um *“Outro Mundo é Possível”* (SANTOS, 2007), no espaço do Fórum Social Mundial.

O pensamento crítico do sul coloca o conhecimento moderno em questão na medida em que interessa *quem* o produz, *onde* o produz e *para quê* é produzido este saber e suas práticas. Discutir a capacidade de intervenção do conhecimento moderno na realidade, não significa destituí-la, mas discutir a sua qualidade política, formalmente construída e eticamente comprometida: *“Esta é a hipótese fundamental: para intervir e inovar, nada é mais efetivo do que o conhecimento moderno. Não quer dizer que seja coisa boa e ética. Ao contrário, a competência inovadora sem precedentes pode estar muito mais a serviço da exclusão, do que da cidadania”* (DEMO, 2001:10). Para o autor o neoliberalismo é o protótipo desta situação incômoda, onde a competitividade alimenta sua inigualável eficiência produtiva na produção e uso intensivos do conhecimento, que ao mesmo tempo, é a fonte contumaz da própria exclusão econômica, sobretudo pelos seus efeitos avassaladores no emprego e a degradação ambiental.

A distinção entre países pobres e ricos será sempre também uma distinção entre riqueza e sua redistribuição, mas cada vez mais, a capacidade de produzir e usar conhecimento próprio (DEMO, 2001:10). O conhecimento torna-se elemento decisivo em se tratando de vantagens comparativas. Uma perspectiva crítica do colonialismo como uma dimensão fundante das relações capitalistas modernas e contemporâneas na economia, na política, na cultura e que define espaços de inclusão e exclusão entre os povos e nações. Um sentido paradigmático do conhecimento, na sua dimensão política transformadora, já que se colocam de forma autocrítica e discutível.

Uma aprendizagem com o Sul não imperial como forma de oferecer uma reflexão alternativa, não só às ciências, mas também ao direito e à política moderna. Uma dimensão de valorização das experiências sociais, políticas e culturais do Sul global, como fundamentação teórica e filosófica crítica, de concepções não coloniais, para o projeto político de controle social como um campo de poder cidadão, democrático e participativo.

Uma referência para e nas experiências democráticas de participação desenvolvidas nas condições dos povos Latino-americanos, que servem de bases à análise dos conselhos de saúde no Brasil.

2.3. Controle Social e Democracia

A democracia como forma de poder, seus significados passados, atuais e futuros, pode ser compreendida como um processo inacabado e em construção. Neste sentido, sistemas de instituições foram criados empiricamente, em períodos históricos distintos, como forma de alcançar a aceitação de todos, com a finalidade de alcançar o consenso legítimo dos cidadãos. A partir destes sistemas, algumas regras mínimas são aceitas, atualmente, como fundamento do exercício democrático. São elas: assembleia representativa eleita pelos cidadãos e com capacidade normativa; não discriminação da condição de cidadania e igualdade de voto para os maiores de idade; liberdade de eleição entre candidatos e partidos que competem para formar a representação nacional; decisão tomada por maioria e com respeito e garantias para as minorias e princípio de responsabilidade de governo ante a vontade popular (SUBIRATS, 2007).

A existência destas regras, no entanto, não tem implicado em que se consigam os fins democráticos buscados em nossas sociedades, ou seja, a igualdade não somente jurídica entre os cidadãos, mas também, social e econômica. Esta tem sido a aspiração democrática dos movimentos que vem mudando os princípios e as formas do poder ao longo do tempo. A defesa da democracia como uma nova diversidade cultural, social, econômica e política, como forma das comunidades políticas ou do povo, de criação de instituições que possam mediar à realização legítima das ações como exercício delegado do poder. *Os diversos sistemas democráticos são sempre concretos, inimitáveis em bloco por outros Estados e sempre melhoráveis. A democracia é um sistema perpetuamente inacabado (DUSSEL, 2007:147).*

Historicamente, o século XX ficou caracterizado por dois debates centrais no tocante a democracia, esta em última instância considerada como forma mediadora entre estado e sociedade. Por um lado temos um pensamento da solução europeia com o abandono do papel da mobilização social e da ação coletiva na construção democrática, e na segunda forma, a valorização do papel dos mecanismos de representação sem a necessidade de combinarmos mecanismos societários de participação (SANTOS, 2002).

Na Europa Ocidental, com o final da segunda grande guerra, a partir de 1945, se consegue chegar a níveis nunca antes vistos de democratização política e de participação social nos benefícios do crescimento econômico em forma de políticas sociais. A democratização e redistribuição aparecem conectadas em um modelo que adquiriu dimensões quase canônicas e indiscutíveis. São características deste modelo a coincidência do âmbito territorial do estado nacional, com a população sujeita à sua soberania, um sistema de produção de massas e um mercado de

intercambio econômico e regras que fixavam relações de todo tipo, inclusive das formas de participação (SUBIRATS, 2007).

No entanto, com o avanço do sistema mundial de produção industrial capitalista, o debate no período foi em torno das condições estruturais para o funcionamento da democracia, com suas compatibilidades ou não com o capitalismo e as democracias de massa, reforçando o seu caráter elitista. Na evolução dos sistemas liberais representativos, setores sociais que não dispunham de capacidades e condições para exercer a cidadania, foram mantidos fora do sistema político. Uma exclusão normatizada pelas condições de renda e propriedade, onde a política se tornou coisa para alguns setores, com manipulação das formas eleitorais dos representantes; a exclusão dos jovens, das mulheres, dos sem trabalho, a proibição de funcionamento de partidos políticos (SUBIRATS, 2007).

Segundo Santos (2002) surgem destes modelos democráticos o que é conhecido como forma hegemônica de democracia, a representativa elitista, que propõe ao resto do mundo o modelo liberal representativo do hemisfério norte, totalmente desvinculado das outras experiências que ocorrem em sistemas políticos não alinhados. De acordo com o autor: *“A primeira metade do século XX trouxe o desejo da democracia. Assumindo-se a premissa que o debate pendeu a favor desse desejo, a partir de então se tornou hegemônica uma concepção restrita das formas de participação e soberania em favor de um consenso em torno meramente eleitoral e representativo”*.

Nos últimos anos do século XX, no entanto, houve mudanças importantes no cenário mundial, provocando um esvaziamento crescente da capacidade dos cidadãos de influírem na ação dos governos, sem a modificação dos elementos formais que constituem as democracias liberais. Os ritos formais e institucionais são

mantidos, mas, é cada vez menor a capacidade dos cidadãos de interferirem nas decisões dos governos, perdendo boa parte da legitimidade democrática.

Neste cenário, a mundialização econômica do mercado aumentou as formas de exclusão social e política, a sensação de inutilidade do exercício democrático institucional e a consolidação de uma democracia cada vez mais de baixa intensidade (GURRUTXAGA, 2007). Através dos Estados mais desenvolvidos e das agências multilaterais, a globalização neoliberal impôs aos países periféricos formas de democracia de baixa ou baixíssima intensidade.

Segundo Santos (2007), diferentemente do paradigma que regulou a modernidade centrada numa relação entre Regulação/Emancipação, a tensão atual se dá entre outra dicotomia que ele denomina de Apropriação/Violência. O autor denomina este espaço tempo como sendo o retorno do colonial e do colonizador numa clara cartografia demarcada pelo avanço do mercado mundial sobre os espaços da cidadania e da comunidade. O espaço do mercado ganha autonomia e neste contexto a capacidade redistributiva das democracias é reduzida pela condição global de apropriação/violência. O espaço mundial do mercado concentra poder, alargando as margens de desigualdades nacionais, regionais e locais.

Um cenário onde os espaços de participação e controle social são subordinados e regulados pela lógica do mercado e da governabilidade e o direito territorial estatal perdem força para formas de direito sistêmico flexível e ganha força nas formas de poder estatais indiretas e de exceção. A prática social na lógica de apropriação/violência amplia formas de exclusão, xenofobias e preconceitos de toda natureza.

Diante da expansão global da lógica de apropriação/violência sobre a regulação/emancipação, torna-se necessário ampliar a intensidade democrática com efetividade participativa.

2.4. Controle Social e Intensidade Democrática

PRIMEIRA TESE: O controle social como uma democracia de alta intensidade. Quanto mais partilhada é a autoridade, mais participativa é a democracia. Quanto mais rica é a reciprocidade e mais rico o reconhecimento, mais direta é a democracia. As democracias devem ser hierarquizadas segundo a intensidade dos processos de autoridade partilhada e da reciprocidade do reconhecimento. Segundo estes critérios, devemos distinguir entre democracias de alta intensidade e democracias de baixa intensidade (SANTOS, 2008).

A intensidade democrática é dada pela capacidade de redistribuição e partilha do poder com base em uma agenda que articule e amplie as lutas locais, regionais e nacionais numa agenda antineoliberal. A democracia representativa tende a ser uma democracia de baixa intensidade. A baixa intensidade desta democracia resulta em que se as exigências do capitalismo forem tais que exijam a restrição do jogo democrático, esta forma de democracia tem poucas condições de resistir. A democracia representativa ao definir de modo restritivo o espaço público, deixa intactas muitas relações de poder que não transforma em autoridade partilhada; ao assentar em idéias de igualdade formal e não real, não garante a realização das condições que a tornam possível.

A rendição da democracia de baixa intensidade aparece de várias formas: a banalização das diferenças políticas e a personalização das lideranças; a privatização dos processos eleitorais pelo financiamento das campanhas; a midiaticização da política; a distância entre representantes e representados. Assim como o aumento do abstencionismo e da corrupção política (SANTOS, 2008).

A corrupção da política como uma forma de poder de intensidade democrática baixa, que, no seu exercício, torna-se dominação em favor de um indivíduo (o ditador), de uma classe (a burguesa), de um sexo (o machismo), de uma etnia (o racismo) ou do mercado (o consumismo). A corrupção do político ou do controle social, nos seus níveis e esferas, se dá quando sua função essencial fica distorcida, destruída na sua origem, em sua fonte. Um desvio que pode definir o rumo de toda ação ou instituição política.

Assim a corrupção pode se tornar dupla na medida em que o poder da comunidade vira servilismo e submissão, legitimando formas de poder parasitário e debilitador do poder do povo. São as sociedades onde as desigualdades sociais e a hierarquização das diferenças atinge níveis tão elevados que os grupos sociais dominantes (econômicos, étnicos, religiosos, etc.) se constituem em poderes fácticos que assumem direito de veto sobre as aspirações democráticas mínimas das maiorias ou das minorias (SANTOS, 2008).

Ocorre a absolutização da vontade do representante que deixa de responder, fundar e articular sua ação com a vontade geral da comunidade política que diz representar. O que DUSSEL (2005) chama de fetichismo na política, quando a ação do representante ou do governante, indevidamente é uma ação dominadora e não um exercício delegado de poder da comunidade. Torna-se um exercício despótico da autoridade e da representação que é desvirtuada e toda a política fica invertido,

como exercício de dominação. O fetiche como uma vontade de poder, como domínio sobre o povo, sobre os mais fracos, sobre os pobres.

O poder assume um tipo de fetiche em que o ator político (o representante, o funcionário, o cidadão, o mercado) acredita poder afirmar sua própria subjetividade para a ação ou instituição como a sede ou fonte do poder político. Numa postura auto-referente da autoridade o poder fica corrompido, como no caso do estado, onde pode haver uma soberania do poder por aqueles que o exercem distanciando de sua fonte originária, o povo.

Neste sentido, a política se descaracteriza como ação fundante da condição humana e da sua realização social primordial, a comunidade política. Quando há a corrupção e uma crise de representação, a democracia chega mesmo ser de baixíssima intensidade. A democracia é de baixíssima intensidade quando não promove nenhuma redistribuição social. Isto ocorre com o desmantelamento das políticas públicas, com a conversão das políticas sociais em medidas compensatórias, residuais e estigmatizantes e com o regresso da filantropia, enquanto forma de solidariedade não fundada em direitos.

2.5. Controle Social e Demodiversidade

A imposição de formas democráticas de baixa intensidade não ocorre sem resistências. O debate sobre o formalismo das democracias representativas com sua baixa intensidade de participação e mobilização tem influenciado o processo de redemocratização na América Latina, bem como, no Brasil. Após anos de regime ditatorial, os movimentos e partidos, estão a propor novas formas de relações entre o estado e a sociedade, denunciando as formas de exclusão e discriminação.

A questão democrática assumiu outra qualidade para a relação Estado e Sociedade, do formal ao teórico, do técnico burocrático ao político e do representativo ao participativo. Qualidade que está presente na discussão do controle social como poder participativo, cidadão e que ganha um sentido crítico, transformador das formas atuais de poder representativo e do marco regulatório democrático elitista, considerando as necessidades, a participação e a organização dos povos excluídos e oprimidos pela modernidade capitalista.

As classes populares, os grupos sociais oprimidos, fragilizados, marginalizados, estão hoje em muitas partes do mundo a promover formas de democracia participativa. Trata-se de formas de democracia de alta intensidade que assentam na participação ativa e constantemente renovada das populações, por meio das quais procuram resistir contra as desigualdades sociais, o colonialismo, o sexismo, o racismo, a destruição ambiental (SANTOS, 2009).

Assim, não há apenas uma forma de democracia, a democracia liberal representativa. Há outras: direta, participativa, deliberativa, intercultural, radical. Nessa perspectiva, compreende-se o controle social como uma diversidade de experiências e formas de democracia. Estas novas formas, como a experiência dos conselhos de saúde que analiso neste trabalho, têm sido até agora de âmbito local ou nacional. Alguns outros exemplos neste campo podem ser apresentados: a gestão municipal através do orçamento participativo em Porto Alegre e em muitas outras cidades do Brasil, da América Latina e da Europa (GURRUTXAGA & GÜELL, 2007, SANTOS, 2008).

São formas democráticas a nível local, seu potencial é enorme, mas não devemos deixar de reconhecer os seus limites. O limite mais evidente das democracias de alta intensidade locais é precisamente o fato de terem um âmbito

local e, portanto, não poderem, por si só, contribuir para confrontar o caráter antidemocrático do poder político, social e cultural exercido a nível nacional e a nível global. Estes limites não são inelutáveis e devem ser enfrentados.

Não se trata de aceitar acriticamente qualquer destas formas de democracia, mas antes de tornar possível a sua inclusão nos debates sobre o aprofundamento e radicalização da democracia. *A luta pela democracia deve ser uma luta pela demodiversidade. Isto significa que o âmbito da democracia é potencialmente muito mais vasto do que aquele que conhecemos. E que há graus diferentes de democraticidade. Em verdade, não há democracia, há democratização* (SANTOS, 2008).

3. A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA.

A democracia de baixa intensidade põe-nos uma dupla tarefa: denunciá-la como tal e propor alternativas que permitam aumentar a sua intensidade. Num contexto de democracia de baixa intensidade, a tarefa mais importante é democratizar a democracia (SANTOS, 2007). Segundo Martinez (2007:97), *“Não se trata de apenas uma ação complementar ao atual modelo de democracia e sim de uma alternativa a construir a partir dela”*.

Como vimos estão a emergir formas de democracia de alta intensidade como formas contra-hegemônicas de democracia, com ampliação dos espaços políticos com novos mecanismos e modelos de participação democrática e cidadã. Nestes novos espaços políticos a própria esfera do estado se transmuta, exigindo outra composição nos aspectos de representatividade, legitimidade, participação e mobilização. Formas que se dão para além dos mecanismos técnicos e burocráticos,

que refletem um novo pluralismo de representações, interesses da sociedade civil, até então fora do jogo democrático e do estado.

Participar é fazer parte sistemática e permanentemente em relações que se estabelecem entre atores e setores sociais que expressam idéias, valores ou interesses contrapostos. Como já expressado anteriormente o campo político longe de ser tranqüilo, mostra-se tenso e contraditório. A política é o conflito das desiguais relações entre os grupos sociais e políticos no exercício do poder. A democracia participativa, neste sentido, deve aprofundar-se através de uma complementaridade tensa e crítica com a democracia representativa. Esta complementaridade será sempre o resultado de um processo político cujas primeiras fases não são de complementaridade e sim de confrontação. *“A articulação entre formas de democracia participativa e democracia representativa deve ser aprofundada de modo a não se tornarem numa armadilha que legitima o Estado para continuar a conduzir os negócios do capitalismo, no interesse do capitalismo como se fosse ao interesse de todos”* (SANTOS, 2008:5).

Esta caracterização dos processos de democracia participativa se contrapõe com a visão restrita que busca estabelecer mecanismos participativos para melhorar a legitimidade administrativa e a efetividade das políticas públicas implementadas pelas instituições representativas. *“Nunca como hoje o Estado esteve sujeito a um massivo processo de privatização. Muita da retórica sobre o valor da sociedade civil é um discurso para justificar o desmantelamento do Estado. Por isso, as tarefas fundamentais são: a reforma democrática do Estado e o controle público do Estado através da criação de esferas públicas não-estatais”* (SANTOS, 2005:6).

Trata-se de procurar inverter a tendência elitizadora da política hoje hegemônica pelas elites políticas e pelo mercado, evitando assim a

mercantilização dos serviços públicos e reorientando-os para os interesses e necessidades da maioria do povo. Uma dimensão estratégica das formas democráticas, onde a participação faz parte do exercício do poder e na sua redistribuição, evitando a sua concentração e monopolização por parte de elites econômicas e políticas (MARTINEZ, 2007).

Há que se desenvolver critérios que permitam identificar diferentes formas de participação democrática e as permitam hierarquizar segundo a qualidade de vida coletiva e individual que a proporcionam.

3.1. Participação Democrática de Alta Intensidade

A participação democrática de alta intensidade vai mais além da repartição de informações, da simples consulta ou do assessoramento, ela busca identificar e transformar relações de poder assimétricas ou impositivas em relações de igual para igual (MARTINEZ, 2007). Deve criar oportunidades de acesso ao exercício do poder aos grupos ou setores sociais excluídos do processo decisório (mulheres, negros, indígenas, idosos, jovens, minorias, desempregados...), que historicamente ficam distantes das definições do poder e das políticas públicas em geral. A efetividade participativa é dada pela ampliação das lutas e resultados conquistados, onde a participação social e política ampliam os direitos e saberes, alargando o espectro democrático.

O controle social como participação democrática de alta intensidade está presente na institucionalização das vontades unidas ou na capacidade que tem a comunidade, como ação soberana, de autoridade e de governabilidade (participação

do povo), como *potestas*³. A *potestas* está ancorada na vontade geral do povo como sujeito coletivo, primeiro e último do poder (DUSSEL, 2007). Vontade geral como soberania popular num sentido mais radical de Rousseau (SCHAFER, 2008).

O controle social como exercício da cidadania, na sua função política pública, como aponta o nosso estudo sobre a participação nos conselhos de saúde, tem como primeira e última referência, o “*poder da comunidade política ou do povo*” em sentido estrito: “*Aquele que exerce o poder o faz por outro (quanto à origem), como mediação (quanto ao conteúdo), para o outro (como finalidade)*” (DUSSEL, 2007:34).

Uma forma de poder que se realiza na ação política e participação estratégica do cidadão. Pela ação, o cidadão se faz publicamente presente no exercício de algum momento do poder. A ação política é estratégica e não meramente instrumental como a ação técnica que transforma a natureza. Como um “poder comunicativo” (ARENDRT, 2007), como um conceito onde evidencia a força social das sociedades no fazer político já que aceita que a política é um espaço de relação ou um entre os homens em ação pública.

O conceito de ação como o modo humano de não só estar no mundo, mas também formar parte dele. A ação assim tem uma dimensão de intersubjetividade e como tal, segundo Arendt (2007) é sempre uma inovação, recuperação e produção de identidades, uma permanente ação pública intercambiável por ser radicalmente comunicativa. Uma perspectiva da cidadania positivada pela participação democrática como ação política cotidiana, desde abaixo com a inclusão dos sem voz, dos despossuídos e oprimidos pela modernidade capitalista.

Um campo público e da cidadania, em que o sujeito adota uma posição intersubjetiva (de participação) com os outros e pode julgar ou fiscalizar o exercício

³ A necessária institucionalização do poder da comunidade política, do povo, constitui o que Henrique Dussel em as 20 teses de política (2007), chama de *potestas*. Segundo o autor a comunidade institucionalizada, ou seja,

do poder delegado aos seus representantes, como opinião pública. Campo atravessado por redes intersubjetivas que conformam práticas e saberes, bem como, direitos e responsabilidades. Um campo político onde cada sujeito, como ator, se constitui em nós (CASTELLS, 2000), com papéis funcionais múltiplos que se define como agente em relação aos outros. Redes que conformam o conjunto de necessidades presentes nas relações sociais, como a saúde.

Na participação democrática cidadã ou de alta intensidade, um primeiro aspecto está relacionado ao conteúdo material (ex: direito à saúde) das ações nas instituições que organizam as esferas de poder em que atuam o povo ou a cidadania. Um segundo aspecto da participação está relacionado com a legitimidade formal e procedimental das ações (ex: conselhos de saúde) que se dirigem a outros sujeitos humanos, atores de espaços práticos que se hierarquizam e oferecem resistência ou ajudam uns aos outros na ação, constituindo um campo de forças de poder.

Na participação democrática de alta intensidade a vontade consensual dá à ação coletiva força, unidade, poder de alcançar os propósitos comuns. Segundo Dussel (2007:81) *“A ação coletiva como ação prático-discursivo é aquela em que seus membros, por meio da participação simétrica do cidadão, podem por meio de argumentos de diversas naturezas e tipos darem razões uns aos outros e chegar a acordos e consensos”*. O consenso deve ser um acordo de todos participantes, como sujeitos livres, autônomos, racionais, com igual capacidade de intervenção retórica, para que a solidez da união das vontades tenha consistência.

As lutas reivindicatórias são ações políticas (ex: movimento da reforma sanitária) que se alcançarem um nível de unificação mais global ou mais urgente das propostas podem se transformar em uma ação política hegemônica, a exemplo do

Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo Dussel (2007:57) *“Quando uma ação se torna hegemônica, opera a mobilização do poder da comunidade, ou do povo (potentia), e as ações dos representantes fluem apoiadas na força e motivação de todos, ou ao menos das maiorias significativas, para seus objetivos”*. Aqui a noção de hegemonia e dominação de Gramsci (1975): *“Se a classe dominante tiver perdido o consenso, não é mais dirigente, é unicamente dominante”*.

Os atores realizam as suas ações e instituições, em uma unidade de força ou de consenso, que seja capaz de se tornar hegemônica, como demanda social, diante de um cenário onde as reivindicações se apresentam fragmentadas e particularizadas. A construção do consenso na ação coletiva (legitimidade) nem sempre é possível por meio de uma unanimidade de vontades ou de uma democracia direta como ocorreu nas cidades políticas da Grécia Antiga ou das cidades Romanas. Numa sociedade de milhões de cidadãos a organização da participação e do consenso nos espaços de poder torna-se algo mais complexo e mais desafiador para os arranjos democráticos que o exercício da participação cidadã exige. Exercício que pressupõe de partida o reconhecimento do outro, como sujeito de saberes e direitos, que pode de forma recíproca, responsável e partilhada construir o poder.

3.2. Participação Democrática e Ecologia de Saberes

Não há democracia das práticas sem democracia dos saberes. Não há democracia de alta intensidade com um sistema de injustiça cognitiva global. Não há justiça social global sem justiça cognitiva global. Por mais que se democratizem as práticas sociais, elas nunca se democratizam o suficiente se o conhecimento que as

orienta não for ele próprio democratizado. A repressão antidemocrática inclui sempre a desqualificação do conhecimento e dos saberes daqueles que são reprimidos (SANTOS 2002).

Como nova forma crítica de construção do conhecimento e da ação política, Santos (2005), Em *Reinventando a Emancipação Social*, buscou saber que outras maneiras podem ser encontradas de construir, partilhar e sedimentar os conhecimentos produzidos nas e pelas lutas que se opõem à globalização hegemônica. Para o resgate destas formas silenciadas e marginalizadas ou reduzidas à inexistência o autor propôs uma *sociologia das ausências* e na identificação das experiências que apontavam para o futuro, uma *sociologia das emergências*. Mais adiante ele indicou a necessidade de uma ecologia dos saberes em oposição à monocultura do saber hegemônico:

“As ecologias de saberes apelam a saberes contextualizados, situados e úteis, ao serviço de práticas transformadoras. Por conseguinte, só podem florescer em ambientes tão próximos quanto possível dessas práticas e de um modo tal que os protagonistas da ação social sejam reconhecidos como protagonistas da criação de saber”.

Estas concepções retomam uma ação transformadora, com a perspectiva da liberdade que se realiza na ação política dos excluídos, explorados e oprimidos na sua luta por igualdade e reconhecimento, descolonizando as relações sociais de saber e poder. Segundo Santos (2006):

“O objetivo principal é contribuir para aprofundar o interconhecimento no interior da globalização contra-hegemônica mediante a criação de uma rede de interações orientadas para promover o conhecimento e a valorização crítica da enorme diversidade dos saberes e práticas protagonizados pelos diferentes movimentos e organizações”.

Este pode ser o caso dos movimentos e propostas de Reformas Sociais em Saúde em curso no Brasil e na América Latina que apresentam experiências emergentes e projetos políticos com fortes ligações com os movimentos sociais e suas demandas no campo social da saúde. Estas experiências podem apresentar

novas formas de construir, partilhar e sedimentar conhecimentos produzidos nas lutas que se opõem à globalização hegemônica no campo da saúde.

Cenário de possibilidades e expectativas, onde os movimentos sociais e a participação democrática de alta intensidade requerem uma forte articulação estratégica de saberes e práticas, que ampliem o papel da sociedade e de suas relações sociais, principalmente dos setores explorados e excluídos no papel de sujeitos de direitos e de poder, com uma responsabilização social diferenciada, um poder cidadão.

O controle social, no sentido da ecologia dos saberes, articularia um conjunto de saberes, ações, instrumentos e recursos que fariam parte da política pública qualificada numa participação ampla, representativa das necessidades da comunidade política ou do povo. Um cenário que pode emergir da cidadania e não, apenas, do papel de usuários consumidores de serviços prestados pelo Estado ou pelo mercado.

3.3. Participação Democrática e Educação Permanente

Não há democracia de alta intensidade sem educação para participação. Na perspectiva do controle social, o eixo fundamental da aprendizagem significativa está nos problemas comuns do processo de participação política (representatividade, autonomia, legitimidade, alteridade, organicidade, visibilidade e articulação), no controle público da gestão e nas ações do Estado e do mercado.

Os processos de educação permanente para a participação buscam a superação dos modelos pedagógicos tradicionais centrados na dimensão individual de produção e aquisição do conhecimento. Em tais modelos, o conhecimento é

fragmentado, tecnicista e isolado da realidade porque é padronizado. O processo de aprendizagem é dividido em tarefas isoladas e específicas que, na prática, são técnicas e procedimentos repetidos a fim de adquirir destreza e manejo. Não há espaço para indagações, constatações, críticas e construções personalizadas no processo de aprendizagem. Não há o comprometimento com a transformação efetiva da sociedade. E sim, reprodução do *status quo*, representando um processo de aprendizagem adaptativo e alienante. Tal pedagogia contribui melhor para o alcance da eficiência técnica em tarefas mecânicas e específicas do que com os processos políticos de participação e transformação.

Estas questões indicam para a necessidade de construção de modelos alternativos de educação para o controle social e a participação cidadã, onde o aprender esteja focado na capacidade individual e coletiva de solução de problemas com estratégias mais adequadas ao desenvolvimento das pessoas e à transformação da realidade social. A mudança deve incorporar o enfoque pedagógico da educação permanente para o controle social, que aproxima os atores sociais envolvidos com o problema da realidade social. Possibilita também, a construção coletiva de estratégias e diretrizes para que as ações e serviços de saúde (formação, gestão, atenção e controle social) em relação às necessidades de saúde da população sejam mais efetivos, assegurando o direito à saúde.

Ao problematizar e refletir as dimensões políticas, sociais e técnicas inerentes ao exercício do controle social e de participação dos conselheiros ou das representações sociais, a proposta pedagógica de educação permanente permite uma resignificação do aprendido. Num processo de aproximação teoria/prática o conhecimento ganha sentido e novos significados, mais próximos da realidade. Os atores sociais são desafiados a assumirem uma postura de mudança de suas

práticas, são provocados a romperem com a atitude passiva tradicional e buscar individual e coletivamente o papel de um sujeito crítico, criativo, competente, ético e comprometido com as transformações.

A mudança deve propiciar espaços mais democráticos e coletivos de discussão e de construção, buscando coerência entre a metodologia da construção da mudança e o próprio conteúdo da proposta. A Educação Permanente propõe a produção de novos conceitos construídos coletivamente, que impõem perguntas sem respostas. Por isso, é fundamental adotar uma perspectiva crítica, estar aberto a rever e problematizar constantemente a realidade para avançar no processo (CECCIM, 2005).

A educação permanente para o controle social, como estratégia de transformação oportuniza um ambiente mais favorável, mas a mudança concreta se constrói em cada espaço envolvido. Não há mudanças desse tipo impostas. A potência da proposta está em construir estratégias e processos de mudanças em espaços concretos e propícios para a transformação.

3.4. Participação Democrática e Representações Sociais.

A potência do controle social cidadão e da participação democrática de alta intensidade, como um processo de educação permanente ou de ecologia de saberes, pressupõe o conhecimento e o reconhecimento da visão de mundo que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam para tomar posição. Assim o estudo das representações sociais é uma perspectiva fundamental para compreender a natureza das relações e interações sociais, com suas dinâmicas e clarificar os processos das práticas sociais de participação (ABRIC, 1998).

Neste sentido, o ponto de partida para trabalhar com as representações do controle social está em abandonar a forte tradição do conhecimento científico moderno em separar sujeito e objeto. Segundo Abric (1998), o abandono da dicotomia sujeito-objeto, define o que se convencionou como realidade objetiva *a priori*, como os componentes objetivos da situação e do objeto. De acordo com o autor não teríamos uma realidade objetiva *a priori*, mas sim representada ou reapropriada pelo indivíduo ou grupo, integrada no seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico que o cerca.

Para Jodelet (2000) o estudo das representações sociais “*é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social*”. A representação, assim, serve como um guia para ação que antecipa um conjunto de expectativas e necessidades. Mais do que um reflexo da realidade, a representação social é uma organização significativa dos atores diretamente envolvidos com a práxis da mudança e da transformação.

As representações permitem avançar na compreensão e na explicação da realidade, tendo assim um papel fundamental na dinâmica das relações e das práticas sociais. Possuem um componente político e pedagógico, que segundo Moscovici (apud Abric, 1998), “*permitem que os atores sociais adquiram conhecimentos e os integrem em quadro assimilável e compreensível para eles próprios, em coerência com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais aderem*”. As representações apresentam-se como manifestação e esforço permanente de compreensão e comunicação social, permitindo trocas sociais, transmissão e difusão de formas de saber.

As representações sociais contribuem também na e para a formação das identidades nos indivíduos e grupos, tendo uma função de situá-los dentro do campo social e permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante. Ainda, segundo Abric (1998), as representações podem ter uma função de orientação, pois elas guiam os comportamentos e as práticas, refletindo a natureza das regras e dos elos sociais, prescrevendo a priori comportamentos e ou práticas, definindo o que é lícito, tolerável ou aceitável num determinado contexto social.

Nas relações entre grupos, as representações podem ter uma função justificadora ou de avaliação de tomadas de posição e dos comportamentos, permitindo aos atores explicar e justificar suas condutas em uma situação ou diante aos seus parceiros. Neste caso em situações intergrupais e de competição, um papel das representações é o de manter e reforçar a posição ou hegemonia do grupo de referência, justificando a diferenciação social, estereotipando as relações entre os grupos, contribuindo para discriminação ou para a distância social entre eles.

As representações como um conjunto de informações, valores, crenças, opiniões e atitudes acerca de um dado objeto social podem estruturar-se num sistema sociocognitivo específico. Este sistema possui, segundo Abric (1998), um núcleo central, que é determinado, de um lado, pela natureza do objeto representado, de outro, pelo tipo de relações que o grupo mantém com este objeto e por fim, com o sistema de valores e normas sociais que constituem o meio ambiente ideológico do momento e do grupo. O núcleo é elemento unificador e estabilizador da representação.

O núcleo central da representação apresenta uma dimensão essencialmente qualitativa, onde não basta a simples identificação dos conteúdos, mas também, a

organização dos elementos deste conteúdo, onde a posição de centralidade do elemento define e dá significado à representação. Podemos ter dois elementos de importância quantitativa na representação e no discurso dos sujeitos, mas um pode ser central e outro não. Este núcleo central é relativamente independente do contexto imediato e sua origem está em outro lugar, no contexto global, que é histórico, social e ideológico que define normas e valores.

Temos ainda, um sistema periférico das representações, que está mais associado às características individuais e ao contexto imediato e periférico onde os indivíduos estão inseridos. Ele permite articulação mais direta com o vivido, com uma integração das experiências cotidianas (ABRIC, 1998). Apresenta-se mais flexível, permitindo integração de informações e de práticas diferenciadas, com possibilidade de heterogeneidade de comportamentos e de conteúdo.

É neste sentido que o estudo das representações sociais se articula com as práticas de participação democrática e de controle social e se tornam um elemento essencial para compreender como os indivíduos e seus grupos têm construído um processo de adaptação cotidiana às novas demandas de ação política diante de um contexto social e ideológico pouco favorável. Em que medida há um processo de transformação dos valores da política por meio da participação democrática e de controle social ou prevalece, ainda, forte resistência de mudança vinculada a uma representação das dimensões políticas e de poder que envolvem o exercício do controle social como dominação, como no caso dos Conselheiros Municipais de Saúde.

4. O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

SEGUNDA TESE: A saúde como projeto político de participação democrática e cidadã (controle social cidadão), como forma de poder e transformação das desigualdades e ampliação do reconhecimento das diferenças (equidades).

A proposta de realização da saúde como projeto político de controle social, democrático, participativo e cidadão, tem fortes ligações com o movimento mais geral de redemocratização na América Latina e no Brasil. A hegemonia na região de uma concepção elitista e liberal levou por parte do Estado a implementação de uma lógica desigual e excludente de saúde com privilégio dos interesses capitalistas em detrimento das expectativas de boa parte da população. O trabalho de crítica às desigualdades geradas no aprofundamento das relações capitalistas de produção e consumo na América Latina (PAIM, 2006), definiu a constituição do que ficou denominado como o campo da saúde coletiva no Brasil.

A Saúde Coletiva surgiu neste cenário como um projeto político entre movimentos e instituições. Um caminho que buscou ancoragem no pensamento social, particularmente na filosofia marxista com as categorias teóricas fundamentais de críticas ao modelo de produção e reprodução social do capitalismo, como dimensões objetivas de realização ou negação da saúde e da liberdade. Segundo PAIM (2006:32):

“Cinco conjuntos de fatos podem ser mencionados como contribuições iniciais do pensamento marxista ao projeto da saúde coletiva: a) Reunião de Cuenca em 1972; b) Tese da profa. Cecília Donnângelo – O Médico e seu Mercado de Trabalho em 1972; c) Influência do Dr. J. C. Garcia - Educação Médica na América Latina em 1972; Teses de Arouca em 1975 e Donnângelo em 1976, baseadas em autores marxistas; e) Desenvolvimento da Medicina Social e emergência do campo da saúde coletiva”.

Este movimento crítico tem permitido repensar a saúde como uma questão social e democrática, determinada nas relações sociais e de poder entre estado e sociedade. São análises que partem da premissa de que as posições de classe explicariam melhor o processo saúde-doença que qualquer fato biológico, particularmente nos países periféricos, onde a modernização capitalista traduziu-se na internacionalização, industrialização e urbanização aceleradas, com uma forte desigualdade entre os mais ricos e os mais pobres (BREILH, 1986).

A saúde coletiva, portanto, surgiu como uma concepção positiva da saúde, como uma dimensão central da luta pelos direitos sociais e humanos. Um pensamento **ético/político** que se traduz no fundamental, na vontade de viver e de realizar, como poder, esta vontade coletivamente, uma política da vida e para a vida. A saúde como a realização integral das necessidades individuais e biológicas na constituição do espaço da vida em comunidade e na sua dimensão coletiva.

Um caminho teórico que tem buscado na filosofia e na economia política, justificativas que ampliem a compreensão da saúde, atualizadas pelo conhecimento contemporâneo e no pensamento sociológico crítico da modernidade. Um posicionamento crítico do conhecimento e na condição de acumulação pós-moderna capitalista e suas bases coloniais de classe, gênero e raça-etnia.

Uma concepção positiva e integral da saúde com base no pensamento de liberdade. Uma compreensão ampliada da saúde, entendida como fenômeno político e que não se reduz a uma racionalidade individualista do homem. Mas e, sobretudo é na liberdade do ser cidadão, sujeito de direitos e responsabilidades, em movimento de vontade de viver em comunidade, que ela se conforma em conhecimentos, institucionalidades e poderes.

A saúde definida como novas institucionalidades e novos saberes que vão surgindo em todos os campos da vida social, com perspectivas de justiça social, cidadania e dos direitos humanos. Partimos destas reflexões da saúde coletiva para dar visibilidade (*sociologia das emergências*) em experiências democráticas e participativas na definição e controle das políticas públicas de saúde no Brasil.

4.1. O Controle Social e a Reforma Sanitária no Brasil

No Brasil, o projeto da saúde coletiva está articulado com a emergência dos movimentos sociais nos anos 70 e 80, associada à mobilização nas universidades e nas organizações de usuários, gestores e trabalhadores da saúde. Este movimento gerou de modo pluralista e suprapartidário, as condições sociais e políticas de onde emergiu, em meio à luta social, a noção da saúde como direito universal. Assim como os princípios que viriam a servir de base para o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a criação do Sistema Único de Saúde (FALEIROS et. al., 2006). A reforma sanitária brasileira nasceu da luta contra a ditadura e resultou no pacto social estampado na Constituição Federal: a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Neste contexto histórico, em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados, que aprovaram as bases do que viria a se constituir numa das principais conquistas sociais do período, o Sistema Único de Saúde. Esse amplo processo social gerou um fato inédito e singular: a apresentação de texto para a Assembléia Nacional Constituinte, que consagrava a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de uma emenda popular com mais de cem mil assinaturas. Assim, a participação da

sociedade revela-se componente essencial, inerente ao processo da Reforma Sanitária Brasileira e sua marca emblemática (BRASIL, 2007).

Como consequência deste intenso processo, a Constituição Federal de 1988 incluiu a Saúde no Capítulo da Seguridade Social. Os artigos de 196 a 200 introduzem grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde. Com isto, ficaram estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS. Outro ponto que merece destaque é que as ações e os serviços de saúde são definidos como de relevância pública (BRASIL, 2007).

Em continuidade ao processo de construção do SUS, o texto constitucional foi detalhado na Lei Orgânica da Saúde – LOS, composta pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Entre tantos pontos importantes, esta legislação definiu os mecanismos de participação popular/controle social e as competências das três esferas de governo. O SUS postula, ainda, mudanças no modelo gerencial, organizativo e operativo do sistema de serviços de saúde, na formação e capacitação de pessoal no setor, no desenvolvimento científico e tecnológico nesta área e, principalmente, nos níveis de consciência sanitária e de participação crítica e criativa dos diversos atores sociais.

Postula também mudanças no processo de reorientação das políticas econômicas e sociais no país, tendo em vista a melhoria dos níveis de vida e a redução das desigualdades sociais. Onde a questão da relação entre Estado e sociedade e sua mediação através da democracia tem tomado um lugar comum e

influenciado na elaboração e implementação de políticas públicas com participação política e social.

4.2. O Controle Social e a Descentralização do SUS

Entre os princípios e diretrizes apontados na Constituição, destaca-se a universalidade do acesso, a equidade quanto às ações e serviços de saúde, a descentralização com direção única em cada esfera de governo. Bem como a integralidade no atendimento, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços públicos de saúde e a participação da comunidade.

A descentralização destaca-se entre estes princípios e diretrizes, como uma nova proposta para a organização dos serviços e ações de saúde, buscando torná-los mais resolutivos a nível municipal. A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os níveis federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990). Este princípio traz a possibilidade de melhorar os serviços de saúde, pois quanto mais perto do fato a decisão a ser tomada, mais chance haverá de acerto.

Para colaborar no processo de descentralização, a regionalização e a hierarquização foram considerados princípios necessários para permitir um melhor conhecimento dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo desta forma, ações em todos os níveis de complexidade. Entende-se assim, que o processo de descentralização técnico-político-administrativa para os estados e municípios induz a organização de mecanismo de gestão local para planejar, controlar e avaliar as ações e os serviços prestados às populações.

Os primeiros documentos oficiais publicados após a Constituição Federal (1988) com orientações para a organização da gestão dos Sistemas Municipais de Saúde foram as leis Nº 8080 (BRASIL, 1990) e Nº 8142 (BRASIL, 1990). Estas leis foram denominadas de leis orgânicas da saúde. A lei Nº 8080 (BRASIL, 1990) apresentou de forma geral, orientações para a organização dos serviços e ações de saúde. A lei Nº 8142 (BRASIL, 1990), além de relatar sobre o financiamento do setor de saúde e sobre a criação de mecanismos para o controle social no SUS, recomendou a elaboração de dois documentos importantes no processo de trabalho dos gestores municipais: o Relatório Anual de Gestão e o Plano Municipal de Saúde.

No nível municipal, foram considerados gestores, as Secretarias Municipais de Saúde ou as prefeituras, sendo responsáveis pelas mesmas, os respectivos Secretários Municipais de Saúde e os prefeitos. Foram consideradas as principais responsabilidades dos gestores municipais: programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) contribuíram para definir as estratégias que regulam o processo de descentralização no SUS. A NOB/91 foi considerada um instrumento inicial de apoio à descentralização e de valorização do poder municipal na construção do novo sistema de saúde. A NOB/93 regulamentou a criação de diferentes níveis de gestão municipal e estadual, com competências, capacidades administrativas e financeiras distintas. A NOB/96 promoveu a consolidação do exercício da função de gestor da atenção à saúde dos municípios, orientando a plena responsabilidade do poder público municipal (BRASIL, 1997).

A descentralização do sistema pode contribuir para trazer para o espaço público o debate de demandas da sociedade antes só discutidas pelos responsáveis pela gestão do sistema de saúde (ACIOLI, 2005; ACIOLE, 2007, GERSCHAN,

2004). Os conselhos municipais, como instâncias de participação democrática, se constituiriam como novos centros do poder descentralizado em saúde.

Um impulso importante para a criação e normatização das instâncias de controle social nos municípios, durante o processo de descentralização do sistema, foi à decisão do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde em garantir a transferência dos recursos financeiros a estados e municípios mediante a existência formal e legal dos conselhos de saúde. Acrescido posteriormente de outras exigências como a obrigação dos CMS em examinar e aprovar o Plano de Saúde, o Orçamento e Relatórios de gestão.

O processo de descentralização tem provocado um crescente interesse na definição da organização dos serviços com estratégias de mudança nos modelos de atenção à saúde, considerando os territórios, suas necessidades locais e regionais. Os municípios avançaram na liberdade de promover mudanças no modelo buscando dar conta de suas responsabilidades sanitárias na composição da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) e na construção do SUS.

A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde da população é da gestão municipal e o financiamento das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. As ações de atenção básica são aquelas dirigidas às populações de territórios bem delimitados, utilizando tecnologia de elevada até baixa densidade, que resolvam os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de atenção básica podem garantir a resolução de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município (BRASIL, 2005).

A atenção básica engloba um conjunto de ações tanto de caráter individual quanto coletivo, e envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o

diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Neste nível de atenção à saúde, o atendimento aos usuários segue uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças (BRASIL, 2005).

A atenção básica é o primeiro e o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS, sendo realizado pelas especialidades básicas da saúde: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, saúde bucal e as emergências referentes a essas áreas. Como áreas estratégicas para a operacionalização da atenção básica no território nacional, o Ministério da Saúde recomenda a eliminação da desnutrição infantil e da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, a saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

No ano de 1994, surgiu formalmente no Brasil, um modelo de atenção básica à saúde com foco de trabalho na unidade familiar denominado de Programa Saúde da Família. A idéia é que este modelo funcione como estratégico para reorganizar a rede de assistência à saúde, buscando ampliar o acesso da população brasileira aos serviços e ações básicas através da descentralização da atenção a territórios delimitados. Seu processo de trabalho é diferenciado e com ênfase na atenção integral à saúde, nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Segundo o Ministério da Saúde, a ESF funciona também, como uma estratégia para consolidar as doutrinas do SUS: universalidade, equidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2005).

Com a implantação e o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família nos municípios brasileiros, tem-se observado que o modelo proposto tem contribuído

para a estruturação da rede de atenção básica e a reorganização dos Sistemas Locais de Saúde. Este modelo apresenta-se como uma estratégia para a consolidação dos serviços básicos, e está centrado numa visão de saúde como qualidade de vida e cidadania.

4.3. O Controle Social e os Desafios do SUS

O Sistema Único de Saúde, enquanto política pública constituiu um marco ou linha de orientação para a ação pública, sob a responsabilidade de uma autoridade pública sob o controle democrático da sociedade. Visa concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e previstos nas leis. Ou, em outros termos, os direitos declarados e garantidos nas leis só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas correspondentes ao tema do direito, as quais, por sua vez, operacionalizam-se por meio de programas, projetos e serviços (PEREIRA. PEREIRA, 2006).

O SUS tem se mostrado como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com a proposta de cobertura universal e integral para mais de 80% da população que não é assistida por planos privados de saúde. Como uma política nacional descentralizada, fortaleceu o papel e a autonomia dos níveis locais, ampliando as possibilidades de controle democrático das ações e serviços oferecidos numa rede de 63.662 Unidades Ambulatoriais e 5.864 Unidades Hospitalares com um total de 441.591 leitos. Serviços que são responsáveis por mais de 900 mil internações por mês, perfazendo um total de 12 milhões de internações/ano (BERMUDEZ et. AL., 2008).

Como uma estratégia de atenção básica, realiza mais de um bilhão de procedimentos ambulatoriais e outro hum bilhão de procedimentos especializados

com uma cobertura de 97% em algumas áreas como hemodiálise e a realização de doze mil transplantes, sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de transplante de órgãos do mundo (BRASIL, 2007).

A democratização por meio do controle social e a subordinação da saúde, por ser de relevância pública, à autoridade descentralizada são princípios muito caros à sobrevivência do SUS. Longe disso, há gestores que se omitem, ao dificultar a participação popular, ao restringir o financiamento, ao permitir a expansão do setor privado em áreas que são estritamente públicas. O SUS, no entanto, como expressão do público deve guiar-se pelo princípio do interesse comum, da soberania popular, com vistas à satisfação das necessidades sociais e não da rentabilidade econômica privada.

Baseado nestes pressupostos e num arcabouço legal definido desde o final da década de oitenta, o processo de construção da política pública de saúde tem se apresentado de forma contraditória, mostrando caminhos e alternativas bem como enfrentando desafios. Desafios como as dificuldades dos pacientes de acessar medicamentos e exames, os desvios de dinheiro público para hospitais lucrativos considerados filantrópicos, a manutenção da dupla porta de entrada, do atendimento a convênios e particulares em hospitais universitários do SUS. As más condições de trabalho e os salários aviltados dos profissionais de saúde, a utilização de cargos de direção e setores de compras do SUS como moeda política, o que tantas vezes leva à corrupção, drena recursos escassos e compromete a qualidade dos serviços.

Esta experiência em curso há mais de 20 anos, tem evidenciado os desafios de, em um contexto hegemônico de democracia representativa, levar a cabo a ampliação do papel do Estado diante das demandas e necessidades da sociedade. O conflito entre a ampliação do poder redistributivo do Estado democrático e os

interesses de acumulação do capital posto mais recentemente com as reformas neoliberais.

4.4. O SUS e as Reformas Neoliberais na Saúde

Na esfera econômica, com a crise de acumulação do capital que se inicia nos anos sessenta do século passado, a globalização neoliberal amplia a prática da medicina mercantilista, dos processos de privatização e mercantilização da saúde. O mercado aumenta a regulação sobre os campos da vida social e potencializa ainda mais as desigualdades de acesso aos serviços. A indústria farmacêutica, como exemplo, é a segunda maior em tamanho depois da indústria de armamentos e está organizada em grandes corporações transnacionais, que impõem seu poderio no mercado mundial. Estima-se que 90% do total de milhões de dólares que se investe em pesquisas vão para estudar doenças que afetam menos de 10% da população mundial (DIAZ, 2006).

Na esfera social da saúde prevalecem e ampliam-se às desigualdades e as formas de exclusão da sociedade capitalista, expressas nas condições de classe, entre riqueza e pobreza, nas condições de gênero, com subordinação do gênero feminino, nas condições de etnia, com a construção de estereótipos e discriminação racial. Outras desigualdades e diferenças incluem grupos etários como os jovens, crianças e idosos ou os grupos de acordo com a cultura, a religião, as orientações sexuais. É forte a correlação entre a saúde e as situações de desigualdades e exclusões geradas em escala global pelo neoliberalismo e o modelo produtivista que canibaliza a natureza e o trabalho humano (VAKALOULIS, 2003).

Na esfera ideológica um componente forte do mercado biomédico é o estereótipo sexista de atenção à mulher. As mulheres sofrem de uma particular discriminação, onde não se reconhecem seus direitos ao prazer sexual e a livre decisão sobre seu corpo e a regulação de sua fecundidade. As situações de violência contra mulher são causas de doenças e morte muitas vezes cometidas por parentes. Cerca de 130 milhões de mulheres têm sofrido com mutilações genitais com o objetivo de impedir o adultério e limitar a possibilidade de sentir prazer (DIAZ, 2006).

Assim vão se esboçando as receitas neoliberais para os diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Uma nova ordem global baseada no neoliberalismo financeiro de mercado é adotada pelos organismos internacionais de financiamento de políticas públicas e sociais, colocando em questão os elementos centrais da velha saúde pública e do Estado Providência com suas bases de organização pública e nacional. A crise se instala na saúde pública e todos as consignas internacionais da OMS, de bem-estar social, psicológico e de saúde para todos no ano 2000, parecem não possuírem para a nova ordem mundial nenhum sentido.

O fato é que novos problemas e velhas situações desafiam o campo da saúde e os seus paradigmas, como já foi dito antes, temos problemas modernos e não temos soluções modernas (SANTOS, 2002).

Esta nova complexidade para a saúde contém os elementos do projeto de modernização conservadora em curso com reforço nas desigualdades sociais, regionais e nacionais. É grande o impacto das políticas neoliberais sobre as populações mais pobres e sobre a natureza e na realização da saúde coletiva. Esta situação, principalmente nos povos do Sul global, faz confluír as questões de riscos

para a nova saúde pública com a preocupação com as precárias condições de vida e as doenças infecciosas da velha saúde pública.

4.5. O SUS e a Privatização da Saúde.

Uma das facetas mais visíveis do projeto de modernização conservadora neoliberal na saúde pode ser observada na privatização das práticas e serviços, bem como na produção do conhecimento. As reformas nos sistemas nacionais públicos com a transformação dos cidadãos de direitos em consumidores de serviços de saúde, assim como as políticas de medicamentos, têm sido questões que desafiam os cientistas sociais.

A transformação da saúde em mercadoria é a manifestação mais visível da nova ordem neoliberal, nas duas últimas décadas (NUNES, 2006:4) com grande impacto sobre a governação e regulação da saúde e da pesquisa médica. Segundo o autor: *“É importante não esquecer a possibilidade de apropriação de informações pessoais e de violação da privacidade e dos direitos dos cidadãos que emergem da rápida expansão das bases de dados de informação genética”*.

A perspectiva de mercado na sua lógica financeira passa a regular um conjunto de campos fundamentais para a vida e para a saúde. Um destes campos é a produção de conhecimentos para os novos riscos sociais, ambientais e as soluções técnicas e tecnológicas daí resultantes. O controle do mercado sobre a pesquisa médica com o patenteamento privado das tecnologias tem levado a um aprofundamento das desigualdades e diferenças entre o Norte e o Sul global. São novas formas de colonialismo que canibaliza conhecimentos tradicionais e biodiversidades nos países e regiões de desenvolvimento desigual.

Os estudos sociais da ciência e da biomedicina têm evidenciado a implicação deste campo de conhecimento com novas formas de biossocialidade e biopoder, como diria Foucault (2005): *o governo da vida*. O mercado passou a definir as preferências na definição de temas e problemas para a produção científica e tecnológica em saúde, bem como na aplicação dos seus resultados em medicamentos, inovações diagnósticas ou novas terapias que podem estar orientadas apenas para os centros consumidores do Norte. A lógica empresarial de investimento na saúde com base no custo benefício pode desconhecer doenças raras ou que atingem grupos menores ou grupos de regiões pobres, com fraca possibilidade de consumo, como as doenças infecciosas e transmissíveis.

Estes processos de privatização têm sido acompanhados de novas formas de regulação dos cuidados de saúde, com a criação de instituições e agências que funcionam na lógica neoliberal estabelecendo controle de custos e mercadorização dos cuidados em saúde. A lógica do custo-benefício nas unidades e instituições de saúde, desde a família até os hospitais, parece ser mais importante do que os direitos dos cidadãos constitucionalmente assegurados. Nesta perspectiva o papel da sociedade civil e suas outras relações de poder que comportam a saúde são diminuídas ou manipuladas em favor agora do Mercado e não mais do Estado.

A reestruturação do Estado retira direitos sociais, compromete os princípios de justiça social e reduz o seu papel, comprometendo as diretrizes que orientam a consolidação do SUS. As necessidades de financiamento e de gestão democrática da política de saúde, o pacto federativo, as novas demandas oriundas do mercado de serviços tecnológicos, a precarização do trabalho em saúde, etc. compõem alguns dos desafios do SUS no contexto da hegemonia das idéias neoliberais que nos remete a redefinição do papel do Estado em relação à sociedade e ao mercado.

Avançar na reforma sanitária e superar o abismo entre o direito à saúde vigente e o direito vivido são deveres do Estado que não podem mais ser protelados. Portanto, é necessário avançar numa agenda coletiva de discussão para o SUS e processos de mobilização social e política com um controle social cidadão, que coloque a retomada do direito em saúde com modelos de desenvolvimentos democráticos e participativos, que reduzam as desigualdades sociais ampliadas nas reformas neoliberais e na privatização dos serviços.

5. A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NO SUS

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo. Em todos os níveis de atenção, e principalmente na atenção básica, são necessárias práticas de gestão participativa para a implantação e o desenvolvimento dos serviços de saúde à população.

O crescente grau de complexidade da institucionalização do SUS, concomitantemente à progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, exige o alcance de maior competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema (BRASIL, 2007). Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social - e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças (BRASIL, 2007).

Com o objetivo de reunir diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS, foi criada a Secretaria de Gestão Participativa no Ministério da Saúde e reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, passando a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Em continuidade foi apresentada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, debatida e aprovada no Colegiado do Ministério da Saúde, no conselho nacional de Saúde e pactuada na Comissão Intergestora Tripartite(BRASIL, 2007).

Segundo a ParticipaSUS (BRASIL, 2007), o delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos, nos seguintes tipos:

- **Mecanismos institucionalizados de controle social**, representados pelos Conselhos de Saúde e pelas Conferências de Saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos Conselhos Regionais, bem como Conferências e Plenárias Regionais;

- **Processos participativos de gestão**, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem-se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, nas três esferas de governo;

- **Instâncias de pactuação entre gestores**, como as Comissões Intergestores Bipartites – CIB. Envolvendo representantes das Secretarias estaduais e municipais de Saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, que conta com representantes do Ministério da Saúde, além dos representantes das Secretarias estaduais e municipais de Saúde, constituindo espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS;

- **Mecanismos de mobilização social** que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares;

- **Processos de educação popular em saúde** desenvolvida no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS;

- **Reconstrução do significado da educação em saúde** que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS.

De acordo, com a ParticipaSUS (BRASIL, 2007), é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo. Torna-se necessário, também, aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS.

Considerando o sistema nacional de controle social constituído formalmente na construção do SUS e as dificuldades institucionais de implementação de um poder participativo e cidadão no Brasil, particularmente nos estados e municípios, com fortes tradições de poder oligárquicos, foi um avanço importante a criação no Ministério da Saúde de uma Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e aprovação entre gestores nacionais, estaduais e municipais da Política Nacional do ParticipaSUS. A gestão participativa constitui-se em estratégia fundamental para viabilizar o controle social e suas instâncias de poder: o conselho e a conferência.

Para que o controle social se efetive plenamente é necessário que os estados e municípios fortaleçam, nos níveis locais e regionais, os mecanismos de gestão participativa propostas na ParticipaSUS. Formalmente, todos os estados e municípios dispõem de conselhos de saúde, mas ainda é frágil a efetividade de sua atuação, requerendo iniciativas concretas das três esferas de gestão do SUS e da sociedade civil.

As Conferências de Saúde reúnem representantes da sociedade no segmento dos usuários do SUS, representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde com o objetivo de avaliar a situação e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos municípios, estados e em âmbito nacional. Cabe lembrar a 8ª Conferência realizada em 1986, tornou-se um marco por ter discutido o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte. As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª a 12ª, vêm reafirmando como indispensáveis à implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social já existente.

5.1. Os Conselhos de Saúde e a Participação Democrática.

Como visto, a década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na luta democrática do movimento da Reforma Sanitária e na concepção da saúde como produção e direito social. O crescente processo de redemocratização do Estado e as estratégias de descentralização, sem dúvida, permitiram avanços na liberdade de organização dos serviços locais (municípios) e na elaboração de políticas próprias, conformando um momento favorável à democratização do espaço territorial com maior possibilidade de intervenção aos grupos de interesse local (SILVA, 2001).

A década de 90 veio consolidar, como mecanismos fundamentais de participação, as Conferências e os Conselhos de Saúde, que são formas de exercício da democracia participativa que objetivam garantir os direitos de cidadania e saúde. Os conselhos de saúde, na sociedade brasileira fazem parte de um processo social que, desde a década de 1970, vêm convergindo para transformar e reconfigurar democraticamente o espaço público e a relação da Sociedade Civil com o Estado. São conselhos que surgiram por meio de iniciativas dos movimentos populares ou outros que envolveram a realização de projetos de articulação povo/governo e, por último, os conselhos temáticos que foram institucionalizados com o processo de redemocratização da sociedade, com a nova constituição de 1988 (OLIVEIRA, 2004).

Os conselhos não substituem, mas interagem com os poderes constituídos, ou seja, com o Executivo, Legislativo e Judiciário. São compostos por representantes do governo, prestadores, trabalhadores da saúde e usuários. Para ser paritária essa composição, requer que 50% das vagas do Conselho de Saúde sejam ocupadas por

representantes dos usuários; 25% pelo gestor e prestadores de serviços ao SUS; e 25% por trabalhadores da área da saúde (BRASIL, 2005).

O setor saúde se destaca não só no país, mas também na América Latina, pela criação de Conselhos de Saúde na quase totalidade dos municípios do Brasil. Os espaços institucionalizados de participação social no SUS constituem-se em importantes canais para fomentar a efetiva participação da sociedade civil na construção de formas inovadoras de gestão pública, incorporando forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e suas necessidades (GERSHMAN, 2004; GOHN, 2004).

A organização da representação popular em conselhos é um avanço face ao autoritarismo do passado, no entanto, torna-se necessário estender o poder da representação popular à construção e gestão da política de saúde. O controle social pela população é fundamental para a reorientação do modelo de atenção com enfoque nas necessidades de saúde das pessoas.

Portanto, é importante compreender e analisar o espaço do controle social, ainda que institucionalizado, como espaço político que põem em cena interesses, imaginários, representações e práticas. É uma situação de partida para a participação cidadã e o controle público e não de chegada. É o exercício de criação de uma nova cultura política de representação democrática e de governação (gestão e planejamento) sobre as coisas do Estado (políticas públicas).

5.2. Os Conselhos de Saúde e o Planejamento Participativo.

O planejamento e a gestão em saúde são vistos, tradicionalmente, como tarefas dos técnicos ou dos profissionais que detém o conhecimento científico. Este

argumento muitas vezes é utilizado para elaborar e definir as prioridades em saúde no município sem a participação dos principais interessados, que são os cidadãos e usuários do sistema e dos serviços. Temos aí uma forma de planejar que não fortalece a participação e o controle social da saúde, como previsto nas leis que regulamentam o SUS (Leis Orgânicas – 8.080 e 8.142 de 1990).

No SUS o planejamento previsto é ascendente, desde o nível local até o federal, com participação dos órgãos deliberativos, compatibilizando as necessidades dos cidadãos com os recursos previstos nos planos de saúde dos Municípios, Estados, Distrito Federal e União.

O repasse de recursos do Fundo Nacional adota como critérios a necessidade de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão definidos em cada esfera de governo. Define ainda, como necessário a cada três meses, que o gestor deverá apresentar e divulgar relatório detalhado, aprovado nos conselhos de saúde, contendo entre outras coisas o montante e as fontes de recursos aplicados, auditorias e a oferta e a produção de serviços na rede instalada própria, contratada e conveniada.

O planejamento para ser ascendente e participativo, deve ser vivo e dinâmico, articulado aos problemas de saúde das pessoas e da comunidade que vive num determinado local, que são cotidianos e variados nas suas origens e conseqüências. Não pode, nem deve ser apenas um documento que apareça em momentos formais de aprovação e depois desapareça sem nenhuma avaliação. A definição dos problemas de saúde deve ser constante e participativa, considerando que cada realidade local pode apresentar problemas distintos uns dos outros.

Neste sentido o Planejamento deveria começar em cada território ou região de saúde para assegurar uma visão mais integral das necessidades da comunidade. A definição das prioridades e dos recursos deve respeitar o princípio da equidade,

privilegiando as pessoas e os grupos mais vulneráveis em relação aos problemas identificados e os recursos disponíveis.

É atribuição legal dos conselhos e conselheiros a elaboração e deliberação sobre os planos de saúde, constituindo, portanto, o planejamento como estratégia fundamental de participação no controle social cidadão.

Ademais, segundo Oliveira (2004) pode-se entender hoje também os conselhos de saúde no contexto do fenômeno do *accountability*. Que pode ser explicado como parte constitutiva do espaço político onde um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros, comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ ou coletivo.

No Brasil ainda é uma novidade este princípio político/administrativo e as condições desfavoráveis em função ainda do alto nível de centralização das políticas, o que dificulta uma relação mais transparente entre o governo, as instituições, o estado e a sociedade.

A idéia de *accountability* social está diretamente relacionada à de controle entre as instituições administrativas, ampliada pela sociedade civil, que vai além do eleitorado, no objetivo de regular determinado comportamento do governo. O *Accountability* corresponde à capacidade do estado de preencher a lacuna entre suas ações e as expectativas de eficiência por parte dos cidadãos que demandam essa responsabilidade dos agentes e organizações não governamentais:

“É uma ação que deve ser vista não apenas na esfera da cobrança individual, em um jogo de perguntas e respostas nas relações cotidianas e sim como um processo, em particular no caso do SUS, em que o cidadão, ou suas organizações possam efetivamente conhecer e cobrar as responsabilidades das esferas públicas” (OLIVEIRA, 2004:4).

De acordo com Romzeck e Dubnick (1987) o *accountability* na administração pública envolve os meios pelos quais as agências públicas e seus servidores atendem às diversas expectativas geradas dentro e fora da organização. Para Hallyday (1994), o comportamento dos servidores públicos é consequência das atitudes das próprias clientelas, portanto o *accountability* está em relação com a organização e participação cidadã consciente dos seus direitos.

A proposta do *accountability* social não se configura como uma sanção administrativa. Sua principal forma de exercício se dá por meio dos mecanismos de sanção simbólica. Ou seja, os atores da sociedade civil articulam se e por meio da opinião pública se tornam capazes de simbolicamente, sancionar administrativamente o governo (SANTOS, 2010).

Assim podemos entender a expressão *accountability* como um processo que invoca responsabilidades objetivas e subjetivas das instituições e dos responsáveis pelo seu funcionamento, através da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos. Os conselhos de saúde estariam à altura, em função do seu papel, de induzir responsabilidades governamentais, aproximando as decisões públicas às expectativas dos cidadãos (OLIVEIRA, 2004).

Todavia, diante da cultura autoritária e centralizadora de nossas instituições, são constatadas dificuldades na viabilização de uma efetiva e democrática participação nessas instâncias decisórias do sistema de saúde. Para tanto, cumpre um papel estratégico os processos de educação e mobilização para o controle social, como a proposta de Educação Permanente. A qualificação do controle social pode ser efetivada mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, através da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados.

Deve-se, assim, estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo Controle Social na Saúde (BRASIL, 2007).

Para tanto, sua ação política deve ser ampliada e qualificada com mais visibilidade e vocalização, envolvendo de forma mais estratégica as questões da informação e comunicação e processos de educação permanente para a cidadania.

6. ESTUDO DA PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA RIDE-DF.

Em consonância com o referencial teórico do controle social como campo político cidadão constituído por uma participação democrática de alta intensidade, representativa e qualificada partimos para um estudo no contexto das experiências dos Conselhos Municipais de Saúde da RIDE-DF e nos perguntamos: qual a intensidade democrática do processo participativo nos conselhos municipais de saúde? Qual a representação social construída pelos conselheiros acerca da experiência de participação política nos conselhos de saúde? E qual o potencial estratégico para o desenvolvimento do controle social cidadão?

6.1. Objetivo Geral

Analisar a intensidade democrática da participação nos Conselhos Municipais de Saúde da RIDE-DF e desenvolver estratégias de qualificação com os conselheiros municipais de saúde com a finalidade de ampliar o potencial do controle social cidadão em saúde.

6.2. Objetivos Específicos

6.2.1. Caracterizar a organização e funcionamento dos conselhos municipais de saúde;

6.2.2. Caracterizar o perfil sócio demográfico dos conselheiros municipais de saúde;

6.2.3. Analisar a representação social dos conselheiros municipais de saúde acerca da participação democrática no controle social;

6.2.4. Construir com os conselheiros municipais de saúde, estratégia de educação permanente para o controle social, no contexto dos municípios da RIDE-DF.

6.3. Referencial Teórico/Metodológico.

Para alcançar os objetivos propostos optamos pela pesquisa-ação, como uma estratégia metodológica que permitisse compreender em profundidade a dinâmica da organização e funcionamento dos CMS. Bem como identificar problemas e potencialidades e construir junto com os sujeitos o possível caminho para a transformação e o fortalecimento do controle social cidadão em saúde na RIDE.

Segundo THIOLENT (1996:10):

“A pesquisa-ação pode contribuir na aprendizagem do pesquisador e das pessoas ou grupos envolvidos com a situação problema. Um dos principais objetivos da pesquisa-ação é dar ao pesquisador e ao grupo de participantes os meios de se tornarem capazes de responder com qualidade aos problemas da situação em que vivem em particular sob a forma de diretrizes de ação transformadora. Busca facilitar soluções aos problemas reais para os quais os procedimentos convencionais tem pouco contribuído. Os procedimentos de escolha devem se orientar a partir de um diagnóstico da situação na qual os participantes tenham voz e vez”.

De acordo com Franco (2005), a pesquisa-ação tem sido utilizada, nas últimas décadas, de diferentes maneiras, de diversas intencionalidades, passando a compor um vasto mosaico de abordagens teórico-metodológicas. Instigando-nos a refletir sobre suas possibilidades como práxis investigativa e sobre a pertinência e as possibilidades da pesquisa-ação como instrumento pedagógico e científico. Teve origem nos trabalhos de Kurt Lewin, em 1946, nos E.U. A, num contexto de pós-guerra com enfoque em abordagem experimental de campo, como mudança de hábitos alimentares da população e mudança de atitudes dos americanos frente aos grupos étnicos minoritários e em estudos sobre a dinâmica e o funcionamento dos grupos (Psicossociólogos). Na década de 1980 absorve a perspectiva dialética.

A opção foi pela pesquisa-ação, que rejeita as noções positivistas de racionalidade, de objetividade e de verdade e não pretende apenas compreender ou descrever o mundo da prática, mas transformá-lo. Têm como princípios a ação conjunta entre pesquisador e pesquisados na realização da pesquisa em ambientes onde acontecem as próprias práticas. O problema nasce na comunidade que o define, o analisa e o resolve e o processo de pesquisa exige a participação plena, total da comunidade durante todo o processo. O pesquisador é engajado, aprende durante a pesquisa e participa em vez de ficar indiferente.

A meta é transformação da realidade social e a melhoria de vida das pessoas e envolve geralmente os grupos marginalizados e excluídos de poder. Pressupõe a organização de condições de autoformação e emancipação aos sujeitos da ação e a criação de compromissos com a formação e o desenvolvimento de procedimentos crítico-reflexivo sobre a realidade. Com reflexões que atuem na perspectiva de superação das condições de opressão, alienação e de massacre da

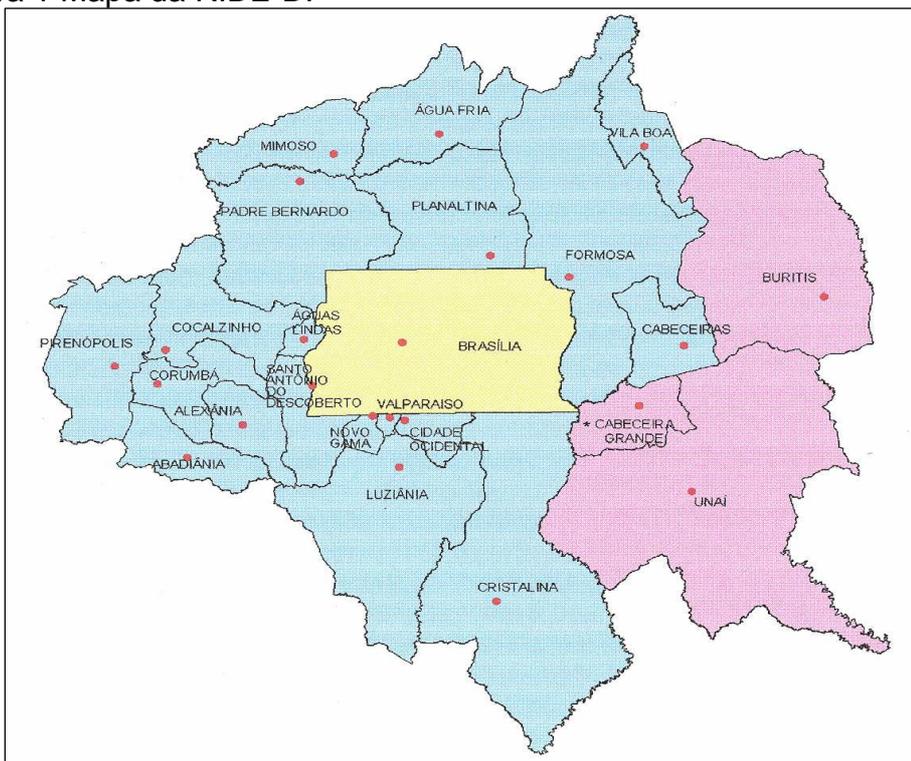
rotina e ressignificações coletivas das compreensões do grupo, articuladas com as condições sócio-históricas e o desenvolvimento cultural dos sujeitos da ação.

Assim, na análise qualitativa da participação e controle social em saúde, a escolha metodológica da pesquisa-ação colocou ênfase do estudo em três aspectos: a resolução de problemas, a tomada de consciência e a produção de conhecimentos. Aspectos que, na visão dialética de processo, foram articulados pela dimensão educativa e cooperativa pesquisador/pesquisados presente nos três aspectos e na realidade concreta do cenário da pesquisa.

6.4. O Cenário da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido nos municípios que compõem a *Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE-DF*. A opção por estes municípios se deu em função da proposta de apoio e cooperação técnica que o Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB (NESP/CEAM), tem realizado por meio de dois projetos de pesquisa aprovados e em andamento neste núcleo: o primeiro é o “*Projeto de Apoio ao Processo de Regionalização da Saúde na RIDE-DF, um convênio estabelecido entre o NESP e o Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde, em Fevereiro de 2006* e o segundo é *O Controle Social do SUS no âmbito da Atenção Básica na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF)*”, aprovado e financiado pelo CNPQ em Outubro de 2005.

Figura 1 Mapa da RIDE-DF



FONTE: MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, 2006

A RIDE foi criada por meio da Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, regulamentada pelo Decreto nº 2.710, de 04 de agosto de 1999, que foi alterado pelo Decreto nº 3.445, de 4 de maio de 2000 (NESP, 2007). Deste modo, a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno é composta pelo Distrito Federal e mais 22 cidades, sendo 19 pertencentes ao estado de Goiás e três de Minas Gerais. São ao todo 55.572 Km², aproximadamente, que estão dispostos em 04 regiões: Entorno Sul, Entorno Norte, Região dos Pirineus e Microrregião de Unai.

Tabela 1. Taxas de crescimento da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (1970-2000).

Áreas	Taxas de crescimento (% a.a.)		
	1970-1980	1981-1990	1991-2000
Brasília	8,2	2,8	2,8
Entorno Imediato*	10,1	9,2	8,3
Entorno Distante	2,5	1,5	1,8
Total entorno	4,3	4,6	5,5
Total da RIDE	7,2	3,3	3,6

Fonte: IBGE. Censos demográficos 1970, 1980, 1991 e 2000.

Tabela 2. Distribuição dos municípios por regiões e população da RIDE-DF-2007.

UF	Região / Município	População*
<i>ENTORNO SUL</i>		
GO	Cristalina	41.925
GO	Luziânia	194.238
GO	Cidade Ocidental	50.048
GO	Valparaíso de Goiás	128.311
GO	Novo Gama	99.773
GO	Águas Lindas de Goiás	178.461
GO	Santo Antônio do Descoberto	83.090
1.1. ENTORNO NORTE		
GO	Formosa	94.400
GO	Planaltina de Goiás	102.231
GO	Água Fria de Goiás	4.888
GO	Cabeceiras	7.009
GO	Vila Boa	3.665
<i>REGIÃO DOS PIRINEUS</i>		
GO	Abadiânia	13.196
GO	Corumbá de Goiás	9.998
GO	Pirenópolis	21.243
GO	Padre Bernardo	25.780
GO	Cocalzinho de Goiás	18.254
GO	Alexânia	23.087
GO	Mimoso de Goiás	1.996
<i>REGIÃO DE UNAÍ</i>		
MG	Unaí	77.184
MG	Buritiz	22.078
MG	Cabeceira Grande	6.608
<i>DISTRITO FEDERAL</i>		
DF	Brasília e Regiões Administrativas	2.455.903
Total		3.392.932

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2007.

Entre 1970 e 2000, todo o entorno do DF aumentou sua participação no total da população da RIDE-DF, apresentando taxas de crescimento médio anual variando de 4,3% a de 5,5%, significativamente altas quando comparadas à média nacional (2,7%). Os municípios goianos vizinhos ao DF tiveram seus processos de ocupação e crescimento demográfico diretamente relacionados à expansão urbana do DF, principalmente aqueles localizados a sudoeste do DF (Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás), e o município de Planaltina de Goiás, situado na direção nordeste. Esses municípios apresentam as maiores taxas de crescimento populacional e também as mais elevadas densidades demográficas, sendo o mais denso deles, Valparaíso de Goiás, com 1.555,63 habitantes por km² (CAIADO, 2005).

6.5. Breve contextualização histórica dos Municípios da RIDE-DF

Após a inauguração de Brasília, em 1960, iniciou-se um rápido processo de ocupação da região do entorno do Distrito Federal e dos municípios vizinhos, motivado pela política governamental incentivadora da migração de mão de obra para a construção de Brasília. Construída, Brasília continuou a exercer a sua atração sobre as demais regiões do país, principalmente sobre as camadas mais pobres da população, que se mudou para os municípios vizinhos, visto a existência de uma ampla infra-estrutura social no Distrito Federal, em especial, nas áreas de saúde e educação.

Na década seguinte, de 1970 a 1980, quando os fluxos migratórios dirigidos às grandes cidades se intensificaram e o processo de urbanização nacional foi o mais acelerado, houve uma pequena redução na taxa de crescimento de Brasília,

mas o entorno imediato do DF aumentou sua participação, apresentando uma taxa de crescimento médio anual de 10,1% (tabela 1).

A alta concentração urbana decorrente desta ação migratória criou sérios desequilíbrios econômicos e sociais entre o Distrito Federal e seus municípios vizinhos, o que motivou a criação da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF). Sua criação foi incentivada como mecanismo capaz de gerar ações integradas entre a União, o Distrito Federal, os Estados de Minas Gerais, Goiás e os Municípios que integram a região.

O desdobramento dessas ações é resultado de um esforço de planejamento estratégico de articulação intersetorial e intergovernamental, com vista principalmente ao aprimoramento e ampliação de serviços públicos essenciais e à promoção de atividades econômicas, buscando a criação de emprego e geração de renda. Além de prever, emergencialmente, medidas de médio e longo prazo capazes de alavancar o desenvolvimento sustentável e solidário entre os municípios e estados que compõem a RIDE-DF.

A coordenação e a articulação dessas ações integradas estão a cargo do Conselho Administrativo da RIDE-DF (COARIDE⁴). O Conselho é composto por representantes dos Governos Federal, do Distrito Federal, dos Estados de Minas Gerais e Goiás e dos 22 Municípios que integram a região, e cuja presidência compete ao Ministro de Estado da Integração Nacional. Como estratégia de monitoramento das ações desenvolvidas pelo setor saúde, foi instituído um grupo de trabalho (GT) para acompanhar a RIDE-DF, em julho de 2003, sob a coordenação geral do Ministério da Saúde.

Como já colocado anteriormente, a RIDE-DF foi criada pela Lei complementar nº. 94/88, regulamentada pelo Decreto nº. 2710/99, alterado pelo Decreto 3445/2000, com divisão geográfica dos municípios em 4 regiões internas. Esta divisão, aparentemente, poderia dar respostas eficientes às demandas da população frente ao processo de implantação das políticas públicas, bem como à consolidação da região no que se refere ao enfrentamento das desigualdades.

Ao longo do tempo, percebeu-se que além das características geográficas, era necessário se fazer uma leitura mais crítica da realidade, onde outras variáveis devem ser consideradas para traçar o perfil da Região. Assim, aspectos econômicos, jurídicos, políticos e culturais aliadas às características sociais delineiam outra configuração pertinente ao DF e seu Entorno, visando a consolidação da territorialidade da Região e, portanto, a efetivação do processo de desenvolvimento sustentável articulado ao planejamento integrado a uma visão de futuro.

Estudos do Ministério da Integração Nacional (MIN) apontaram para uma divisão regional mais focada no perfil sócio-econômico, vinculado ao nível de interdependência dos 22 municípios e o Distrito Federal. Estes estudos possibilitaram a compreensão ampliada sobre o enfrentamento das desigualdades que pode intensificar o processo de pauperização dos moradores da região, mesmo que vivam em localidades consideradas ricas.

Essa região atingiu na década de 80 taxas de crescimento populacionais próximas a 5,6% ao ano e na década seguinte essas taxas ainda cresceram principalmente na sua segunda metade, com especial atenção aos municípios de Águas Lindas de Goiás (desmembrado em 1997) e Santo Antônio do Descoberto

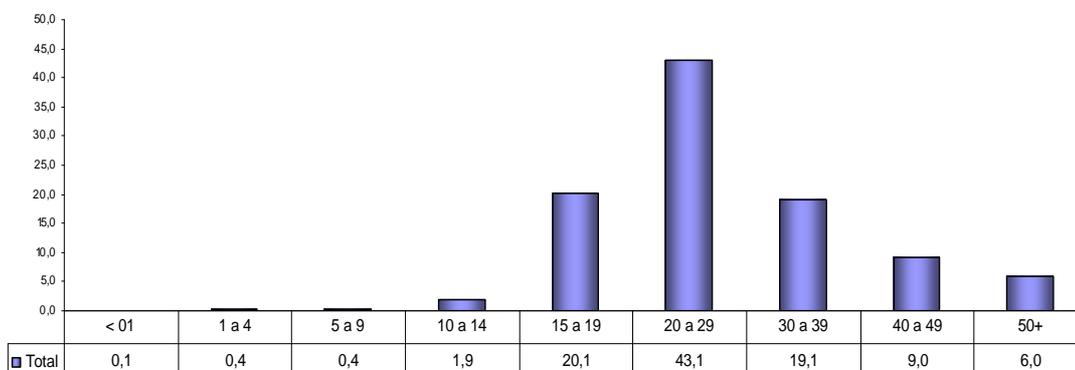
⁴ COARIDE é o "Conselho Administrativo da RIDE", criado pela mesma Lei Complementar que criou a RIDE, cujo objetivo é coordenar as atividades a serem desenvolvidas pela RIDE. Este é composto de representantes do

que apresentaram Taxas Médias Geométricas de Incremento Populacional (TMGIA) acima de 18% ao ano no período. Nenhum outro município brasileiro apresentou taxas próximas a essas no mesmo período (BRASIL, 2003).

A identificação das forças e tendências que podem influenciar a sociedade é fundamental no processo de reorganização de serviços. Tornam-se impossível desconsiderar o peso dos fatos histórico-sociais, como também os fatores determinantes e condicionantes atuais confrontando os projetos de ação. Como se vê, estratégias que buscam a redução das desigualdades em saúde devem apoiar-se na intersectorialidade, bem como na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas nos diversos contextos sociais.

Processos resultantes de migrações, ações de territorialização e reterritorialização dificultam a identidade das relações sociais e demonstram a fragmentação do indivíduo na densidade urbana. Dessa forma a cidade passa a assemelhar-se a um continente descontínuo, de urbanidade desnivelada e intensamente hierarquizada. Assim, expande-se o grupo populacional, e paralelamente o desemprego, a miséria e a violência que, evidenciando drasticamente problemas conseqüentes da urbanização rápida e da fragilidade das redes de promoção e proteção à saúde, resultam no aumento da morbi-mortalidade.

Gráfico 1 – Distribuição percentual de homicídios segundo faixa etária. RIDE/DF, 2004.



Fonte: Observatório das Violências, NESP/CEAM,UnB, 2006.

A distribuição percentual dos homicídios na RIDE/DF, está localizada principalmente na faixa etária de 15 a 39 anos. Quanto ao risco de morte por homicídio em 2004 na região do entorno e DF, verificou-se que a população na faixa etária de 20 a 29, apresenta-se mais vulnerável a esse tipo de agressão, com um coeficiente de 43,1 por 100 mil habitantes.

O processo de regionalização da saúde na RIDE-DF deve ser tratado de forma a priorizar a transformação das condições de vida das pessoas e das comunidades, oportunizando o protagonismo de todos, principalmente no que se refere ao reconhecimento da determinação social e dos condicionantes do processo saúde-doença da população. Para avançar no processo de regionalização da saúde, uns dos primeiros passos a ser dado é a elaboração de diagnósticos participativos, que valorize não apenas os dados oficiais, mas antes de tudo leve em consideração a perspectiva dos atores locais envolvidos na elaboração, implantação e gestão dos planos municipais de saúde.

Esse raciocínio apresenta coerência com as reflexões sobre a ocupação sócio-espacial urbana no Brasil, principalmente em suas maiores localidades, desencadeando impactos que condicionam a qualidade de vida das suas populações. As novas necessidades geradas pela expansão urbana não se fazem acompanhar por políticas públicas adequadas e que contemplem a solidariedade social e a integração das políticas públicas.

Segundo dados do Plano de Ação da RIDE-DF (2008), elaborado pelo Colegiado de Gestão Regional a atenção básica na região apresenta os seguintes desafios: dificuldades técnicas e de gestão pelos secretários municipais de saúde; baixa cobertura da ESF e ESB em alguns municípios da RIDE e do DF; falta de garantia no acesso da população em alguns serviços por indefinição da referência e contra-referência; insuficiência de insumos em geral; falta de capacitação para profissionais das equipes da saúde; persistência de modelos paralelos de Atenção Primária em um mesmo município/regional; falta de um planejamento e organização das ações; falta de diagnóstico situacional local adequado de acordo com as áreas prioritárias de cada município; fragilidade técnica das regionais do Estado no acompanhamento dos municípios; falta de incentivo, no Estado de Goiás, aos municípios para a área da Atenção Básica;

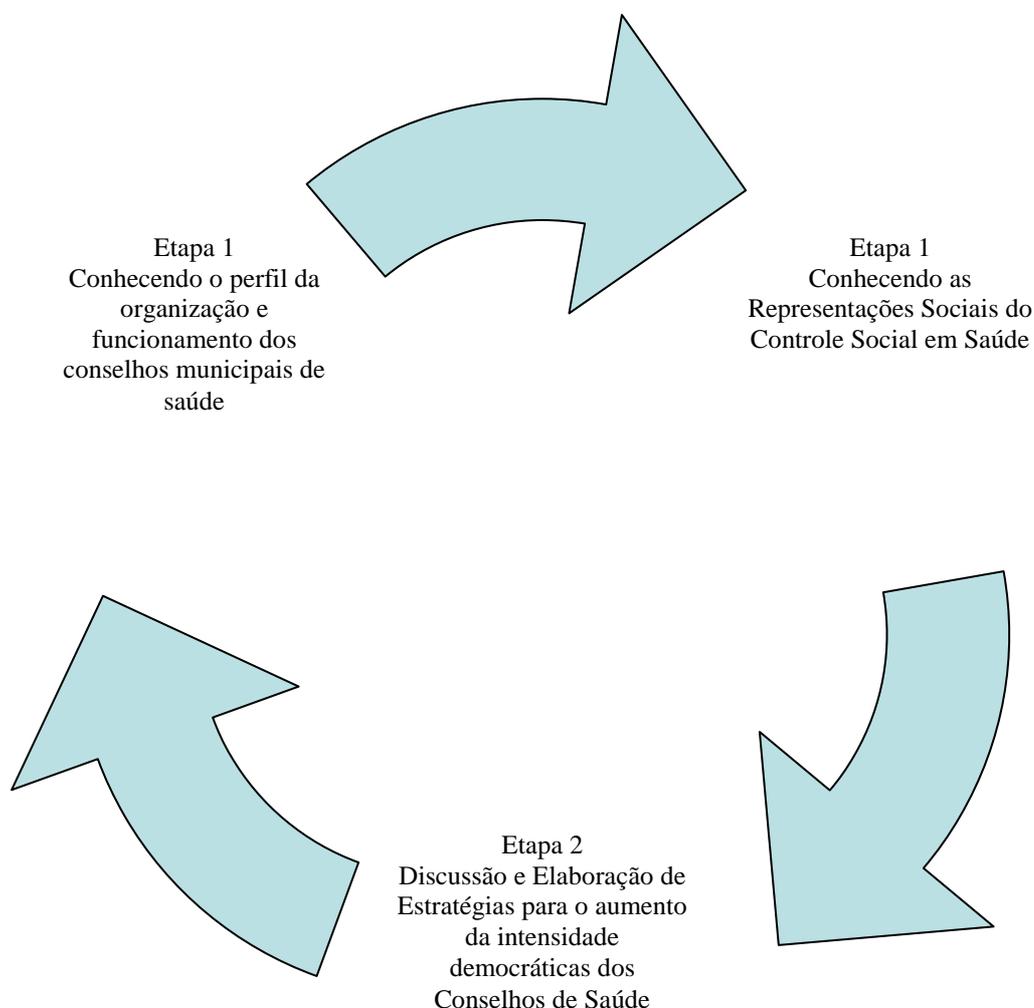
Somam-se aos desafios da gestão regional os problemas relacionados aos profissionais de saúde e à infra-estrutura dos serviços ofertados: infra-estrutura precária das UBS; instalações inadequadas para atendimento à população; equipamentos sucateados e em quantidade insuficiente; alta rotatividade de profissionais e dificuldade de fixação, principalmente do profissional médico; precariedade no vínculo profissional gerando insatisfação, falta de comprometimento

e de qualidade; profissionais despreparados e sem entendimento sobre a estratégia Saúde da Família.

Em relação ao setor saúde, verifica-se que uma das estratégias a serem adotadas está relacionada à revisão constante dos pactos elaborados e implementados entre os gestores dos municípios e dos três estados que compõe a RIDE-DF, o que acaba contribuindo para o reordenamento de fluxos assistenciais e a repactuação de responsabilidades, quer seja dos atores governamentais, quer seja dos usuários. Estas diferenças expressam, ainda, a necessidade de investimentos em diversas áreas, o que se reflete na urgência de tratar a saúde dos moradores da RIDE-DF sob o olhar da intersetorialidade.

7. A ESTRATÉGIA DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Figura 4: As etapas da pesquisa do processo da pesquisa ação



Inicialmente, cabe destacar que adotamos neste estudo os princípios da triangulação de métodos que visam combinar o cruzamento de múltiplos pontos de vista; ao trabalho conjunto de pesquisadores com formação diferenciada; à visão de vários informantes; ao emprego de uma variedade de técnica de coleta de dados, que permitam, na medida do possível, compreender o fenômeno em sua extensão e profundidade (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO; SANTOS, 2005).

Desenvolvemos um estudo onde foi contextualizado, problematizado e analisado a realidade dos conselhos municipais de saúde, que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno, RIDE – DF. A estratégia metodológica foi construída considerando as diferentes **etapas** do processo da pesquisa ação: **conhecimento e ação**. Esta opção resultou no uso de variadas técnicas de coleta de dados, como questionários, grupos focais, entrevistas com informantes chaves, análise documental e oficinas de educação permanente em saúde.

7.1. Primeira Etapa: Conhecendo o Perfil de organização e das práticas do Controle Social na RIDE DF.

Com o objetivo de conhecer a realidade, que busca a base empírica dos fatos, toma o objeto de investigação e o abstrai da realidade, analisa o conjunto das determinações que o configuram e o devolve à realidade como um concreto pensado. Inicialmente foi realizada a contextualização sócio-histórico do controle social local, para compreender a gênese dos conselhos de saúde, seu lugar espaço de atuação e seu processo de formação. A primeira etapa da coleta de dados teve como finalidade caracterizar os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) da RIDE-DF com o propósito de conhecer sua trajetória histórica, organização e funcionamento. Neste momento foi solicitada documentação relativa à criação e funcionamento dos conselhos dos 22 municípios e do Distrito Federal que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF), onde foram coletados dados em 20 (86,9%) deles.

Destaca-se que foram realizadas reuniões locais, com visitas programadas nos municípios analisados, antes da aplicação dos questionários aos presidentes

dos CS que estivessem no mínimo três meses na função, que considerado o tempo mínimo necessário para conhecer a organização dos CS, bem como de suas principais atribuições.

O questionário utilizado foi elaborado pela Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), e adaptado para este estudo. O instrumento continha perguntas fechadas (**Anexo I**), distribuídas em cinco áreas temáticas: 1. Definição e criação do Conselho de Saúde; 2. Composição e representatividade; 3. Funcionamento; 4. Processo decisório; 5. Atribuições. Cada área abarcava perguntas relacionadas a indicadores específicos imprescindíveis para o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme estabelecido pela Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003).

O período de realização desta etapa de coleta de dados foi de fevereiro de 2006 a setembro de 2007. Com exceção de três municípios, em que o questionário foi aplicado por alunos de um curso de especialização em gestão pública, a coleta de dados foi realizada por um dos integrantes da equipe de pesquisadores. Inicialmente, era agendada uma visita ao município para apresentar o projeto completo aos membros do Conselho de Saúde.

Para complementar as informações acerca da organização e funcionamento dos CS foi feita análise documental de diversos materiais existentes, tais como a lei de criação dos conselhos municipais de saúde, o regimento interno e atas das reuniões realizadas nos últimos seis meses. Tratou-se de um processo de tratamento dos documentos, decompondo-o em partes constitutivas, tornando-o simples, descrevendo seu conteúdo para melhor compreender o objeto analisado.

Na primeira etapa da pesquisa buscou-se também realizar o perfil dos conselheiros da RIDE-DF. Para tanto, foi utilizado um questionário estruturado, com

questões fechadas (**Anexo II**), que foi respondido pelos conselheiros antes da segunda etapa de qualificação dos facilitadores, que continha um conjunto de questões sobre as seguintes características: Identificação, sexo, idade, escolaridade, trabalho, tempo de atuação nos CMS, formas de participação e capacitação, auto-avaliação, grau de conhecimento sobre controle social. Foram analisadas respostas de 52 conselheiros facilitadores que representa treze municípios das quatro regiões da RIDE DF (Entorno Sul, Norte, Região de Unai e Pirineus).

Os dados obtidos acerca do perfil da organização e funcionamento dos conselhos e do perfil dos conselheiros foram tabulados e classificados nas categorias descritas acima e submetidos à análise estatística simples, utilizando-se para tal o programa Excel.

7.2. Segunda Etapa: Ação-reflexão-ação

Esta etapa teve como objetivo aprofundar e compreender as atividades relacionadas às práticas de participação nos CMS, estimulando o seu aperfeiçoamento, num **processo de ação-reflexão-ação**. Proposta com base na ação e reflexão dos participantes do processo, no caso os conselheiros municipais de saúde, onde o compromisso de participação e mudança desejado foi reforçado na organização democrática da ação, com a formação de um *coletivo de pesquisa-ação*.

Participaram desta etapa da pesquisa (17) conselhos municipais de saúde. Para este momento da proposta, foi solicitada a participação de quatro conselheiros para estruturar com os pesquisadores a qualificação dos CMS, que os denominamos de *facilitadores*. Além da representação por segmento pesou também na indicação

por parte dos outros conselheiros, o interesse, a disponibilidade pessoal de se engajar no processo e uma liderança mais consolidada definida pelo conhecimento acumulado em um tempo de participação maior como conselheiro.

Na primeira fase as oficinas contaram com a participação de 36 conselheiros dos municípios da Região de Unaí (Buritis, Cabeceira Grande, Unaí) e da Região do Entorno Sul (Águas Lindas, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás, Novo Gama, Cidade Ocidental, Luziânia e Cristalina). Na segunda fase, as oficinas tiveram a participação de 32 conselheiros da região do Entorno Norte (Água Fria, Vila Boa, Planaltina, Formosa, Cabeceiras) e da Região de Pirineus (Cocalzinho, Pirenópolis, Abadiânia) e da Região do Entorno Sul (Águas Lindas).

Cabe destacar que nesse momento os pesquisadores foram conhecer *in loco* todos os conselhos de saúde. Essa estratégia almejou aproximar os pesquisadores profissionais da realidade de atuação dos sujeitos implicados com a pesquisa-ação, tendo como propósito nesta etapa a formação de um Coletivo de Facilitadores para o Controle Social, que atuariam como facilitadores no processo de participação e controle democrático das políticas de saúde locais.

Esse foi um momento de “aquecimento coletivo” (FRANCO, 2005), onde os pesquisadores profissionais, não pertencentes ao grupo de conselheiros, puderam estabelecer um contato mais próximo com a realidade dos Conselhos Municipais, com a observação das práticas de participação, condições para o funcionamento, com suas dinâmicas, relações e contradições. Foi constituído um coletivo (nós), pesquisadores e conselheiros, que de forma participativa, democrática e responsável buscou compreender, na prática dos Conselhos de Saúde, estratégias locais e regionais para as mudanças desejadas.

Para constituir esse agir coletivo, coube também aos pesquisadores profissionais apresentarem, de forma clara, os objetivos do projeto, a estratégia metodológica participativa e criar um ambiente de confiança e cooperação com os conselheiros de saúde. A presença dos pesquisadores gerou entre os conselheiros, no contato inicial, expectativas que estiveram relacionadas por um lado ao fortalecimento da sua atuação, com a presença do agente externo Universidade de Brasília. Por outro, certo grau de ceticismo e desconfiança relacionada à pesquisa, como elemento que pudesse não indicar melhorias em curto prazo aos conselheiros, além de expor ainda mais suas fragilidades e contradições.

A possibilidade de ser apenas objeto de pesquisa, sem uma agenda de resultados, foi questionada pelos conselheiros e criou um ambiente para discussão da estratégia de formação de um grupo de facilitadores em parceria com os pesquisadores para o fortalecimento do Controle Social nos municípios. Os conselheiros facilitadores e pesquisadores por meio de um processo de formação contratualizado definiram compromissos e responsabilidades que implicaram num consentimento livre e participativo de construção coletiva (**Anexo III**).

Para compor o objetivo da pesquisa-ação foi necessária a problematização das dificuldades e potencialidades encontradas na organização e funcionamento do controle social local numa dimensão educativa no processo de formulação, avaliação e monitoramento das políticas de saúde. Foram analisadas as necessidades e demandas, bem como a elaboração da estratégia de formação dos agentes facilitadores em uma proposta de educação permanente para o controle social. Foram realizados quatro encontros presenciais com duração de dois dias, para cada grupo, na modalidade de oficinas de trabalho.

Nas oficinas foram realizados três grupos focais com o objetivo de captar as **representações sociais dos conselheiros acerca do controle social na RIDE-DF**. Como foi exposto anteriormente, neste estudo nos interessou conhecer as RS elaboradas pelos conselheiros acerca do controle social porque certamente orientam as práticas cotidianas, portanto pode revelar, com mais profundidade, o grau de intensidade democrática dos CMS. Além disso, as RS podem mostrar os caminhos possíveis para trabalhar estratégias para o fortalecimento do controle social.

Nesse sentido, argumenta-se que a prática do controle social é relativamente recente em nosso país, portanto é necessário conhecer mais detidamente o processo de produção das representações sociais. Segundo Jodelet (2000:11), nesse processo estão imbricados as especificidades, históricas, regionais e organizacionais do contexto investigado, que permitem compreender os processos de produção de RS específicos, que podem permitir analogias com outros contextos que considerem as mesmas dimensões.

Optamos neste momento por uma metodologia que fosse adequada à análise das representações sociais contidas no material resultante dos grupos focais (GF). A metodologia de escolha foi a **Análise Quantitativa de Dados Textuais**, que pressupõe o uso da informática na análise de dados textuais ou uma estatística textual que visa descobrir uma informação essencial contida em um texto. Para tanto, utilizamos o *software* Analyse Lexicale par Context d' un Ensemble de Segments de Texte (**O ALCESTE**), desenvolvido por Max Reinert em 1990, na França (RIBEIRO, 2005).

Esse software funciona como um instrumento que agrega frases (trechos do discurso), aparentemente diferentes em seu enunciado, mas próximas em uma relação de significado. O ALCESTE coloca em destaque aglomerados (mundos

lexicais) de palavras (palavras-plenas) que têm por referência um mesmo núcleo de sentido. Infere-se que, onde existem alta recorrência e valores de X^2 significativos, existe um núcleo de sentido potencialmente válido. O acesso ao contexto semântico permite indicar as questões levantadas pelos sujeitos durante o grupo focal.

Ao analisar o *corpus* dos grupos focais, o programa identificou as Unidades de Contexto Inicial (cada fala) e, em seguida, fragmentou e classificou-as em unidades menores, chamadas de Unidades de Contexto Elementar (UCE), que são compostos de enunciados lingüísticos que comportam uma idéia ou uma representação elaborada pelos sujeitos acerca de si e do mundo. Em realidade, a análise permitida pelo ALCESTE parte do pressuposto de que pontos diferentes de referência produzem diferentes maneiras de falar, mas o uso de um vocabulário específico é visto como uma fonte para detectar maneiras de raciocinar semelhantes sobre um objeto. A associação de palavras portadoras de sentido que aparecem com freqüência constituem os chamados “mundos lexicais”. Palavras-plenas e mundos lexicais constituem, para um determinado grupo social, uma espécie de *estrutura do texto* (RIBEIRO, 2005).

Finalmente, cabe destacar que **no processo de ação-reflexão-ação, nos** encontros presenciais, foi utilizado como recursos metodológicos a realização de Oficinas com apresentações e debates em torno dos temas e dos produtos na forma de diagnósticos locais, com utilização de roteiros problematizadores, exposição oral dialogada, questionários, considerando os momentos propostos para construção do conhecimento para o Controle Social em Saúde na região.

Intercaladas a cada encontro (Oficinas), existiram as fases de dispersão, em que os conselheiros facilitadores realizaram levantamentos nos municípios seguindo roteiros semiestruturados na forma de questionários no contexto de atuação dos

próprios conselheiros. Os roteiros eram estruturados considerando os temas propostos nas oficinas seguindo uma dinâmica de construção da linha do tempo, das competências e atribuições estratégicas dos controle social no Plano de Saúde e no Orçamento Municipal. O conhecimento produzido na forma de diagnósticos era debatido com seus pares no Conselho e com os seus tutores, que se constituíram a partir do grupo de pesquisadores. Os levantamentos foram construídos com participação, que é um dos componentes-chave da pesquisa-ação.

Considerando o tripé ensino, pesquisa e extensão, a qualificação dos conselheiros facilitadores foi desenvolvida como proposta de extensão, com certificação formal pela Universidade de Brasília (UnB).

8. ASPECTOS ÉTICOS

Foram obedecidas todas as normas para a pesquisa, estabelecidas pela Resolução n. 196/96 do Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde, sob o número 110/2005. Foi obtido consentimento livre e esclarecido, por escrito, dos presidentes de todos os Conselhos Municipais e de todos os sujeitos que participaram do estudo.

9. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

9.1. Perfil de Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde na RIDE DF

Trata-se da primeira etapa da pesquisa que teve como propósito conhecer a organização e funcionamento dos CMS da RIDE-DF. Para conhecer o período de criação realizou-se análise documental e para caracterizar a dinâmica de operacionalização aplicou-se um questionário aos presidentes de 19 Conselhos Municipais de Saúde e 01 Conselho Distrital de Saúde. Faz-se necessário lembrar que os resultados obtidos nessa etapa da pesquisa foram sistematizados anteriormente por Dytz et. al.(2008) em relatório apresentado ao CNPq intitulado: O controle Social dos SUS no âmbito da Atenção Básica na Região Integrada do Distrito Federal e Entorno-RIDE-DF, coordenado por Shimizu, (2008) e serviu também de base para segundo momento da pesquisa, de ação-reflexão-ação, na formação dos facilitadores para o controle social, problematizando o contexto dos conselhos municipais de saúde. A seguir os dados principais dados obtidos nesta etapa:

PERFIL UM: OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA RIDE-DF APRESENTAM ESTRUTURAS FORMAIS E LEGALMENTE CONSTITUIDAS, COM LIMITAÇÕES NO FUNCIONAMENTO E NA REPRESENTATIVIDADE.

Para o controle da execução da política de saúde em uma determinada instância governamental a instância constitucionalmente definida é o Conselho de Saúde. Uma instância colegiada, de caráter permanente e deliberativo, cuja função é atuar na formulação de estratégias. Neste estudo a maioria das informações referentes ao período de criação dos CMS da RIDE-DF, apresentada na tabela 3, foi extraída das próprias leis de criação.

Do total de 20 conselhos pesquisados na análise documental, 18 (90%) foram criados por lei ou dois (10%) por decreto, porém, a data de criação sofre variação. O Conselho Distrital do Distrito Federal foi o primeiro a ser criado, em 1973, antes mesmo da promulgação da nova Carta Magna (1988). Cinco (25%) conselhos municipais de saúde foram criados entre 1991 e 1992, outros quatro (20%), entre 1993 e 1995, e o restante (10 conselhos), ou seja, a metade dos conselhos pesquisados foi criada mais recentemente, entre 1997 e 2001.

Tabela 3 - Data da criação do Conselho Municipal de Saúde em 18 municípios da RIDE-DF, em ordem crescente. Brasília - 2010

Município	Data
Brasília	23/03/1973
Formosa	28/04/1991
Unai	10/05/1991
Pirenópolis	27/11/1991
Abadiânia	10/05/1993
Alexânia	24/06/1993
Cristalina	26/01/1994
Cidade Ocidental	01/03/1997
Novo Gama	07/03/1997
Planaltina de Goiás	20/05/1997
Cabeceira Grande	16/07/1997
Águas Lindas de Goiás	1997
Buritis	05/04/1999
Padre Bernardo	13/05/2001
Valparaíso de Goiás	01/08/2001
Santo Antônio do Descoberto	05/10/2001
Cocalzinho	19/08/2002
Luziânia	17/02/2005

A tabela 4 traz os resultados dos conselhos de saúde da RIDE-DF que responderam afirmativamente no tocante aos indicadores de representatividade. A categoria representatividade abarca a composição institucional e social dos conselhos, bem como o processo de escolha dos conselheiros e da liderança. A composição do conselho de saúde está prevista em lei e visa garantir a participação

de todos os atores envolvidos com a implantação do SUS, distribuídos da seguinte forma: representantes de governo e prestadores de serviço (25%), profissionais de saúde (25%) e usuários (50%). Essa composição representativa dos diferentes segmentos sociais presentes em cada localidade possibilita a expressão de diferentes pontos de vista. Daí a importância de que os conselhos apresentem a composição prevista em lei.

Com exceção de dois conselhos, o restante possui composição equilibrada, ou seja, é composto por 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços. Outro dado relevante (90%) diz respeito a eleição da presidência dos conselhos. Esse resultado permite afirmar que os conselhos de saúde da RIDE-DF, de modo geral, seguem as diretrizes legais no tocante à sua composição.

Tabela 4. Número e percentual dos conselhos de saúde da RIDE-DF que apresentam indicadores em relação à representatividade. Brasília, DF- 2010.

Indicadores de Representatividade	N	%
A composição do conselho é equilibrada (50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo/ prestadores de serviços	18	90,0
Na composição de representantes de usuários, há equilíbrio entre os representantes das diversas entidades da sociedade civil	7	35,0
Entre os representantes de usuários não há trabalhadores de saúde	18	90,0
Há equilíbrio na composição de representantes de governo e de prestadores de serviços	10	50,0
Entre os conselheiros não há cônjuges ou parentes consangüíneos até 2º grau de gestores	20	100,0
Entre os conselheiros não há representantes do poder legislativo e/ou judiciário	20	100,0
O Presidente foi eleito entre os membros do Conselho	18	90,0

Fonte: Relatório CNPQ, Dytz et. al. (2008).

Para que o Conselho de Saúde possa alcançar sua legitimidade formal, é necessário que seja parte integrante da Secretaria Municipal ou Distrital de Saúde.

Os indicadores que dizem respeito à formalização e criação do conselho, bem como à presença de regimentos, estatutos e outros documentos que definem e dão respaldo legal à sua atuação na gestão pública local são apresentados na tabela 5.

A grande maioria (90%) dos conselhos possui regimento interno ou normas de funcionamento por escrito. Os conselheiros, de modo geral, têm conhecimento do regimento ou das normas, o que facilita a organização das suas atividades. O número de conselheiros está definido em lei em todos os conselhos pesquisados e a indicação dos representantes das entidades/órgãos se dá por escrito em 17 (85%) deles. A duração do mandato e a recondução dos conselheiros estão definidas em 17 (85%) conselhos. O mandato dos conselheiros não coincide com o mandato do Governo em 90% dos municípios.

O conselho de saúde deve ter suas decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, em um prazo de 30 (trinta) dias e publicadas em diário oficial. Na RIDE-DF, observa-se que essa norma só é seguida por metade (50%) dos municípios estudados. Outro indicador importante diz respeito à definição da periodicidade das conferências de saúde, seja por decisão do plenário, regimento ou outra norma legal. O que os dados revelam é que um pouco mais da metade (55%) dos conselhos pesquisados estão definindo o calendário das conferências, mas 7 (35%) deles não o fazem, mas dois não souberam informar (10%).

Tabela 5. Número e percentual dos conselhos de saúde da RIDE-DF que apresentam indicadores positivos em relação à sua formalização, Brasília, DF- 2010.

Indicadores de Legitimidade	N	%
O conselho é parte integrante da Secretaria de Saúde	15	75,0
O conselho foi criado por lei	20	100,0
O número de conselheiros foi definido em lei	20	100,0
A indicação dos representantes das entidades/órgãos se dá por escrito	17	85,0
Possui regimento interno ou normas de funcionamento por escrito	18	90,0
O regimento interno é de conhecimento dos conselheiros	17	85,0
O mandato dos conselheiros não coincide com o mandato do Governo	18	90,0
A periodicidade das Conferências de Saúde está definida legalmente	11	55,0
As resoluções são homologadas pelo chefe do poder constituído	10	50,0

Fonte: Relatório CNPQ, Dytz et. al. (2008).

Em relação à infra-estrutura necessária para o pleno funcionamento do CS, poucos possuem Secretaria Executiva, estrutura administrativa e orçamentos próprios, conforme se verifica na Tabela 6.

De modo geral, a infra-estrutura dos conselhos é precária. A maioria utiliza espaço físico e recursos humanos cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Apenas três (15%) dos entrevistados responderam que o conselho tem secretaria executiva e estrutura administrativa próprias. Não obstante, uma parcela maior (50%) afirmou que a secretaria executiva do conselho responde ao seu plenário, o que ressoa contraditório, já que ela é inexistente em muitos deles.

A fragilidade que a maioria dos conselhos de saúde da RIDE-DF possui quanto à sua autonomia administrativa e financeira se torna evidente quando se comprova o número pequeno de conselhos que têm dotação orçamentária própria, apenas quatro (20%) deles, sendo que, apenas um consegue gerenciar seu próprio

orçamento. Um ponto positivo se refere à capacidade da plenária do conselho de se manifestar por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. Isso ocorre em 13 (65%) conselhos.

Tabela 6. Número e percentual dos conselhos de saúde da RIDE-DF que apresentam indicadores positivos em relação à estrutura administrativa dos conselhos, Brasília, DF- 2010.

Indicadores de Estrutura Administrativa	N	%
O CS tem Secretaria Executiva e estrutura administrativa próprias	3	15,0
A Secretaria Executiva do Conselho responde ao Plenário do CS	10	50,0
O CS tem dotação orçamentária própria	4	20,0
O CS gerencia seu próprio orçamento	1	5,0
A plenária do Conselho manifesta-se por meio de resoluções, recomendações e outros atos deliberativos	13	65,0

Fonte: Relatório CNPq, Dytz et. al. (2008).

Outra categoria importante é a organização das condições de funcionamento dos conselhos de saúde, a freqüência e a dinâmica das reuniões, a capacidade de qualificação permanente dos conselheiros e o seu grau de independência no processo decisório. O processo de gestão do conselho de saúde deve ser amparado em mecanismos apropriados para estruturar o processo decisório, de modo a garantir o exercício da democracia e a credibilidade.

Conforme tabela 7, todos os conselhos, exceto um, se reúnem mensalmente, mas as condições de trabalho dos conselheiros ainda são precárias na maioria dos conselhos de saúde da RIDE-DF, pois apenas oito municípios (40%) fornecem aos seus conselheiros garantias para o livre exercício de seus mandatos. A maioria dos conselheiros é dispensada do trabalho para participar de reuniões, capacitações e outras ações referentes à sua atuação no conselho, mas o fornecimento de condições materiais para o pleno exercício de suas funções, tais como: ajuda de

custo para transporte, alimentação, só ocorre em seis municípios (30%), e parcialmente em oito (40%).

Praticamente todos os conselhos planejam e organizam suas reuniões com regularidade e têm um processo estabelecido para seu funcionamento. Contudo, a agenda das reuniões só é elaborada pelos próprios conselheiros em apenas oito municípios (40%), parcialmente em sete (40%). A pauta é encaminhada aos conselheiros com antecedência suficiente para permitir leitura prévia em 2/3 dos conselhos (13 municípios ou 65%), e ocasionalmente em três municípios (15%). Somente metade dos conselhos pesquisados recebe material de apoio às reuniões com antecedência suficiente para permitir leitura prévia, sendo que quatro (20%) deles nunca recebem esse tipo de material. Com exceção de um conselho, todos os demais aprovam a pauta em plenária.

Quanto ao processo decisório nos conselhos, poucos conselhos (20%) possuem um processo estabelecido e documentado para a tomada de decisão sobre a realização de auditorias externas e independentes relativas às contas e atividades do gestor do SUS. Outro dado preocupante é que apenas um pouco mais da metade dos conselhos (55%) debatem o Relatório Trimestral do Gestor regularmente, em dois conselhos (10%) isso ocorre ocasionalmente, enquanto que, em sete (35%) municípios essa prática não ocorre.

Em relação à capacitação de seus conselheiros, somente dois deles promovem ações de capacitação, cinco (20%) o fazem ocasionalmente e, treze (65%), nunca o fizeram. Em relação à capacidade organizativa dos conselhos de saúde da RIDE-DF, observa-se que a maioria se reúne mensalmente e possui uma dinâmica administrativa que permite seu funcionamento, pelo menos, no plano formal.

Tabela 7. Número e percentual dos conselhos de saúde da RIDE-DF que apresentam indicadores positivos em relação à organização dos conselhos, Brasília, DF- 2010.

Indicadores de Organização dos Conselhos	N	%
Os conselheiros são dispensados do trabalho para participar de reuniões, capacitações, etc	18	90,0
Os conselheiros recebem ajudas de custo para transporte, alimentação	6	30,0
Os conselheiros recebem garantias pessoais para o pleno exercício de suas funções	16	80,0
Os conselheiros têm condições para o pleno exercício de suas atividades	8	40,0
As reuniões são planejadas e organizadas com regularidade	18	90,0
O conselho se reúne pelo menos 1 vez ao mês	19	95,0
Os conselheiros planejam periodicamente a pauta de reuniões	8	40,0
A pauta é encaminhada aos conselheiros com antecedência	13	65,0
O material de apoio às reuniões é encaminhado aos conselheiros com antecedência	10	50,0
O conselho promove ações de capacitação de seus conselheiros	2	10,0
As decisões do conselho são adotadas mediante quorum mínimo de 50% mais um	20	100,0
O pronunciamento trimestral do gestor é apresentado ao conselho e debatido	11	55,0
O conselho possui um processo estabelecido relativo à realização de auditorias externas e independentes relativas às contas e atividades do Gestor do SUS	4	20,0

Fonte: Relatório CNPQ, Dytz et. al. (2008).

PERFIL DOIS: OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA RIDE-DF APRESENTAM ESTRUTURAS COM POUCA AUTONOMIA NA TOMADA DE DECISÃO, NO PLANEJAMENTO E NO ACCOUNTABILITY

Os conselhos de saúde têm várias atribuições legais no que se refere ao planejamento e definição de políticas de saúde em âmbito municipal ou distrital, no caso do Distrito Federal. Entre esses, destacam-se a responsabilidade de convocar e organizar as conferências municipais ou estaduais de saúde, de rever e definir diretrizes para os Planos Municipais ou Distritais de Saúde e de examinar os

principais problemas de saúde de sua localidade. A Tabela 8 apresenta os indicadores dessa dimensão.

Em relação à conferência de saúde, 13 (65%) conselhos propõem a convocação da conferência, estruturam a comissão organizadora e submetem o regimento e programa à plenária. Outro ponto preocupante é que apenas nove (45%) conselhos examinam e propõe resoluções e deliberações, uma vez concluídas o relatório da conferência.

Quanto ao processo de revisão periódica dos Planos Municipais de Saúde e definição de diretrizes para elaboração e deliberação sobre eles, conforme as situações epidemiológicas e a capacidade dos serviços locais, apenas sete (35%) conselhos fazem-no regularmente e cinco (25%) só ocasionalmente. Da mesma forma, a atuação dos conselhos, no que diz respeito à atribuição de examinar os problemas de saúde mais relevantes do seu município, é insatisfatória, já que somente 1/4 dos entrevistados respondeu afirmativamente. A soma das respostas negativas (25%) e dos que não souberam informar (35%) indica que essa atribuição não faz parte da pauta dos conselhos da RIDE-DF.

Tabela 8. Número e percentual dos conselhos de saúde da RIDE-DF que apresentam indicadores positivos em relação à autonomia no planejamento e definição de políticas de saúde, Brasília, DF- 2010.

Indicadores de Autonomia no Planejamento e Definição de Políticas de Saúde	N	%
O CS propõe a convocação da Conferência de Saúde, estrutura a comissão organizadora, e submete o regimento e programa à Plenária, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde	13	65,0
Concluído o relatório da Conferência, o CS o examina e propõe resoluções e deliberações	9	45,0
O CS realiza revisão periódica dos Planos Municipais de Saúde e define diretrizes para elaboração e deliberação sobre os mesmos, conforme as situações epidemiológicas e a capacidade dos serviços	7	35,0
O CS examina os problemas de saúde mais relevantes do município	5	25,0
O CS examina os problemas de saúde das diferentes etapas do ciclo de vida	6	30,0
O CS examina os problemas de saúde de grupos específicos	3	15,0
O CS discute a localização e o tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados	14	70,0

Fonte: Relatório CNPq, Dytz et. al. (2008).

Em relação aos problemas de saúde de grupos específicos, tais como: afro-descendentes, indígenas, homossexuais e, população rural, somente 15% dos entrevistados respondeu afirmativamente à questão. Quanto à definição da localização e do tipo dos serviços de saúde públicos e privados, 14 (70%) conselhos discutem essa questão. Uma parcela significativa dos presidentes dos conselhos apresentou dificuldade de falar sobre as primeiras causas de morbimortalidade de seu município, pois, conforme mostra a tabela anterior, tal problema está atrelada ao fato de que os conselheiros nem sempre têm conhecimento dos problemas de saúde do seu município.

Tabela 9. Distribuição das principais causas de morbimortalidades contidas no Plano Municipal de Saúde, segundo os presidentes dos Conselhos de Saúde, Brasília, DF- 2010.

Causas Região / Município	Cardio vas culares	Infec ciosas*	Causa s extern as	Neopla sias	Afecçõ es puerpé rio	Afecçõ es respirat órias	Outras **
<i>Entorno Norte</i>							
Água Fria de Goiás	2º	1º					
Vila Boa	2º	1º					3º
<i>Entorno Sul</i>							
Águas Lindas de Goiás	3º	1º	2º				
Cristalina	1º			2º		3º	
Luziânia	1º	4º	2º	3º			5º
Sto Antônio do Descoberto		1º					
Valparaíso de Goiás	2º		1º	4º	5º		3º
<i>Região de Pirineus</i>							
Cocalzinho de Goiás	1º	3º	2º				4º
Padre Bernardo	1º	2º	4º				3º
<i>Região de Unaí</i>							
Cabeceira Grande	2º	1º					
Unaí	5º	2º	4º	3º			1º

Fonte: Relatório CNPq, Dytz et. al. (2008).

* Hanseníase, Chagas, Aids, Hantavirose, Dengue, Leishmaniose.

** Alcoolismo, Drogadição, Saúde Bucal.

A despeito dessa dificuldade, buscou-se ranquear na tabela 9, as primeiras causas de morbimortalidades referidas pelos presidentes dos CMS da RIDE-DF, que são as doenças infecciosas, tais como: hanseníase, doença de Chagas, Aids,

hantavirose, dengue, leishmaniose, entre outras. Em seguida, vêm as doenças cardiovasculares e, em terceiro lugar, problemas de alcoolismo e drogadição.

Outra atribuição legal e de atuação é o que estamos aqui chamando de Accountability, que abarca uma gama importante de responsabilidades fiscais que vai desde a avaliação e aprovação de contratos/convênios e da proposta orçamentária anual da saúde à fiscalização dos gastos de recursos financeiros e os critérios para sua movimentação, bem como a análise e aprovação do relatório de gestão, inclusive a prestação de contas.

Na tabela 10 verifica-se que, dos 20 conselhos pesquisados, 11 (55%) deles avaliam e deliberam sobre os contratos e os convênios assinados em seus municípios. O mesmo percentual (55%) marca e discute, em uma de suas reuniões, como item de pauta específico, a programação e execução financeiro-orçamentária dos Fundos de Saúde.

Apenas metade dos conselhos da RIDE-DF discute e aprova a proposta orçamentária anual da saúde. A deliberação sobre critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o Fundo de Saúde, e outros, tais como: recursos próprios do tesouro e recursos transferidos por outras instâncias de governo, também só ocorre em poucos municípios (45%), três o fazem ocasionalmente.

Quanto à fiscalização dos gastos de recursos próprios da prefeitura ou do Estado para o setor da saúde, dez (50%) conselhos o fazem sistematicamente e, quatro (20%), só ocasionalmente, enquanto que no tocante à fiscalização de recursos transferidos por outras instâncias de governo, apenas nove (45%) municípios o fazem e, quatro (20%), ocasionalmente.

Tabela 10. Número e percentual dos conselhos de saúde da RIDE-DF que apresentam indicadores positivos em relação à fiscalização e controle dos recursos financeiros, Brasília, DF- 2010.

Indicadores de Fiscalização e Controle dos Recursos Financeiros	N	%
O CS avalia e delibera sobre contratos e convênios	11	55,0
O CS marca e discute a programação e execução financeira/orçamentária dos Fundos de Saúde	11	55,0
O CS discute e aprova a proposta orçamentária anual da saúde	10	50,0
O CS delibera sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e outros	9	45,0
O CS fiscaliza os gastos de recursos próprios para a saúde	10	50,0
O CS fiscaliza os gastos de recursos para a saúde transferidos por outras instâncias de governo	9	45,0
O CS analisa, discute e aprova o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras	16	80,0
O material necessário a esse processo de análise e aprovação é repassado em tempo hábil aos conselheiros.	14	70,0

Fonte: Relatório CNPq, Dytz et. al. (2008).

Um ponto que aparece como positivo é que 80% dos conselhos analisam, discutem e aprovam o Relatório de Gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, contudo, o repasse de informações financeiras e demais materiais necessários a esse processo de prestação de contas nem sempre ocorre em tempo hábil aos conselheiros (70%), o que denota um processo mais formal do que participativo de fato.

A Tabela 11 apresenta os resultados dos conselhos de saúde da RIDE-DF que responderam afirmativamente em relação ao monitoramento e avaliação das políticas de saúde.

Nesse quesito, as respostas apresentam algumas incongruências, já que 65% dos conselhos alegam que realizam a fiscalização e o acompanhamento do desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, e, 20%, ocasionalmente. Contudo, só 30% afirmam que estabelece e define os critérios utilizados para a avaliação da organização e do funcionamento do SUS, um passo que deveria anteceder na ação de fiscalização.

Outra contradição diz respeito à atuação dos conselhos no controle da execução das políticas de saúde em seus municípios. Embora mais da metade dos respondentes (55%) afirmasse que seus conselhos controlam a execução das políticas de saúde e 20% respondesse que esse monitoramento é realizado ocasionalmente, somente 35% encaminham indícios de denúncias sobre ações e serviços de saúde aos respectivos órgãos da administração pública.

Outra área em que a atuação dos conselhos é insuficiente é na definição de uma política de recursos humanos do SUS no âmbito de seu município, menos da metade dos conselhos (45%) debatem essa questão.

Tabela 11. Número e percentual dos conselhos de saúde da RIDE-DF que apresentam indicadores positivos em relação ao monitoramento e avaliação das políticas de saúde, Brasília, DF- 2010.

Indicadores de Autonomia no Monitoramento e Avaliação das Políticas de Saúde	N	%
O CS estabelece e define os critérios utilizados para avaliação da organização e do funcionamento do SUS	6	30,0
O CS fiscaliza e acompanha o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde	13	65,0
O CS encaminha indícios de denúncias sobre ações e serviços de saúde aos respectivos órgãos	7	35,0
O CS atua no controle da execução das políticas de saúde	11	55,0
O CS debate a política para os recursos humanos do SUS	9	45,0

Fonte: Relatório CNPq, Dytz et. al. (2008).

PERFIL TRÊS: OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA RIDE-DF APRESENTAM ESTRUTURAS DE BAIXA CAPACIDADE NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL.

A lei determina que na composição de representantes de usuários deve haver equilíbrio entre as seguintes representações: a) portadores de patologias e deficiências; b) entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; e c) movimentos sociais organizados. Considera-se haver equilíbrio quando há representantes dos três grupos assinalados, parcial, se houver representantes de dois desses grupos, e, nenhum, se houver representantes de apenas um grupo.

A tabela 12 traz a distribuição dos representantes de usuários por entidade representada. O grupo de entidades que aparece em primeiro lugar é o das organizações religiosas, seguido das entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais, e, terceiro lugar, os movimentos sociais organizados diversos. Alguns segmentos sociais não estão representados, tais como: representante de grupos organizados de mulheres e representante de entidade de aposentados e pensionistas.

Tabela 12. Número de representantes de usuários nos Conselhos de Saúde da RIDE-DF, por entidade, em 2006-2007. Brasília, DF- 2010.

Entidade	Portador de Patologia	Portador de Deficiência	Movim. Sociais	Trab.Urbanos e Rurais	Defesa do Consumidor	Organ. de Moradores	Entid. Ambientalista	Organ. Religiosa
Município								
Abadiânia		1		3				1
Águas Lindas de Goiás			1			1		2
Alexânia								
Brasília	1	1			1	2		
Buritis		1	1	1		1		2
Cabeceira Grande			2	1				2
Cidade Ocidental			1			3		2
Cocalzinho				1		1		2
Cristalina				2		1		2
Formosa	1	1	1					2
Luziânia	1	1		1		1		
Novo Gama			2	2		1		1
Padre Bernardo				3				2
Pirenópolis		1	3	1				
Planaltina de Goiás			2	1		1		
Sto Antônio do Descoberto			2			3		1
Unai		1		2		1		1
Valparaíso de Goiás			1			1	1	
Total	3	7	16	18	1	17	1	20

Fonte: Relatório CNPQ, Dytz et.al. (2008).

As reuniões plenárias são abertas ao público em todos os municípios, mas a participação de pessoas da comunidade é bastante rara. Um fator responsável por tal absenteísmo é a baixa capacidade dos conselhos de saúde de divulgar seu trabalho, sua função, sua agenda, datas e locais de reuniões.

Poucos conselhos de saúde (20%) divulgam suas funções e competências pelos meios de comunicação disponíveis. A mesma situação ocorre em relação à divulgação dos trabalhos e decisões dos conselhos.

Outro ponto importante a considerar é a autonomia das organizações sociais em relação ao governo, de forma que as posições assumidas pelos conselheiros

dessas entidades expressem, de fato, os interesses sociais existentes no interior de cada município.

Nesta perspectiva o debate com as Entidades Representadas nos CMS, dos temas examinados pelo CS (pelo menos o relatório de gestão e o orçamento anual), pode ser um indicador importante da autonomia de gestão. Os dados obtidos apontam para pouco debate destas questões entre as entidades de usuários e trabalhadores da saúde, onde em 61% dos CMS analisados, estas entidades nunca realizam debates sobre os temas, enquanto a representação dos gestores o faz em 72% dos casos. Portanto, a iniciativa e o protagonismo do debate são dados pela representação do governo.

Tabela 13. Número e percentual dos conselhos de saúde da RIDE-DF que apresentam indicadores positivos em relação à participação social da base, Brasília, DF- 2010.

Indicadores de Participação Social da Base	N	%
O CS estabelece ações de informação, educação e comunicação em saúde	3	15,0
O CS divulga suas funções e competências pelos meios de comunicação disponíveis	4	20,0
O CS divulga seus trabalhos e decisões, pelos meios de comunicação disponíveis	4	20,0
O CS divulga informações sobre as agendas, datas e local das reuniões	7	35,0
Os temas examinados pelo CS são debatidos com as entidades representadas pelos conselheiros representantes de usuários	6	30,0
Os temas examinados pelo CS são debatidos com as entidades representadas pelos conselheiros representantes dos trabalhadores de saúde	3	15,0
Os temas examinados pelo CS são debatidos com as entidades representadas pelos conselheiros representantes de governo	15	75,0
Os temas examinados pelo CS com as entidades representadas pelos conselheiros representantes dos prestadores de serviços	5	25,0

Fonte: Relatório CNPq, Dytz et. al. (2008).

A capacidade de interação dos conselhos de saúde com outros conselhos e colegiados governamentais e outras esferas do poder, tais como: ministério público, poder judiciário ou poder legislativo, representado pela Câmara de Vereadores, ou, no caso do Distrito Federal, pela Câmara Legislativa, é praticamente nulo para que se tenha qualquer ação efetiva em termos de controle social.

Em relação à articulação dos conselhos de saúde com outros conselhos governamentais locais, tais como: conselhos gestores de unidades, colegiados de seguridade, justiça, educação, etc., muitos respondentes afirmaram que tais órgãos são inexistentes em seus municípios ou não são de seu conhecimento. A maior frequência de respostas positivas se deu em relação aos colegiados da educação (35%), idosos (30%) e os da criança e adolescente, do meio-ambiente e da justiça, todos com 20%.

As articulações que ocorrem entre os conselhos de saúde e o poder legislativo ou ministério público, visando estabelecer estratégias e procedimentos para o acompanhamento da gestão do SUS, ocorrem esporadicamente. Quando 75% dos conselhos alegam que não encaminham os projetos aprovados sobre programas de saúde ao poder legislativo do seu município, fica evidente que não há canais concretos de comunicação entre esses e os demais órgãos governamentais. Órgãos os quais têm o dever que salvaguardar e atuar em prol do fortalecimento do SUS e do bem-estar de seus habitantes.

Tabela 14. Número e percentual dos conselhos de saúde da RIDE-DF que apresentam indicadores positivos em relação à articulação intersetorial, 2010, Brasília-DF.

Indicadores de Articulação Intersetorial	N	%
O conselho encaminha projetos aprovados sobre programas de saúde ao Poder Legislativo	3	15,0
As entidades que integram o conselho recorrem a outras instâncias (Ministério Público ou Poder Legislativo), quando uma resolução não é homologada pelo gestor	3	15,0
O CS se articula com Poder Legislativo	3	15,0
O CS se articula com Ministério Público	4	20,0
O CS se articula com o Poder Judiciário	1	5,0
O conselho se articula e acompanha os conselhos gestores de unidades*	4	20,0
O conselho se articula com o colegiado governamental de segurança, justiça, educação, etc.	3	15,0
O CS se articula com outros setores da sociedade, visando estabelecer estratégias e procedimentos para a promoção da Saúde e para o acompanhamento da gestão do SUS	4	20,0
O CS se articula com a sociedade, estimulando a criação de conselho regional ou local de saúde	1	5,0

Fonte: Relatório CNPQ, Dytz et. al. (2008).

* Não se aplica ao Conselho Distrital de Saúde.

Discussão do Perfil

Os resultados, no que tange **organização formal e legal**, permitem afirmar que os conselhos de saúde foram constituídos na maioria dos municípios da RIDE-DF. A criação desses conselhos, no entanto, teve caráter quase compulsório, tendo em vista determinação da Constituição Federal 1988 que vinculou o repasse de recursos do governo federal aos municípios. Desta feita, a existência desses conselhos, ao mesmo tempo em que sinaliza a incorporação da participação nos municípios da RIDE-DF, não permite deduzir que a maioria dos conselhos pesquisados tenha conseguido alcançar legitimação e credibilidade plena.

O fato de que $\frac{1}{4}$ dos conselhos não são institucionalizados, ou seja, (15%) não têm vínculo institucional com o órgão gestor local, que as decisões dos conselhos não são homologadas pelo chefe do poder constituído e a periodicidade das conferências de saúde não está definida legalmente em 50% dos municípios que integram este estudo, evidencia que a atuação de muitos conselhos parece ser apenas formal no âmbito da sua respectiva esfera administrativa. Quanto às demais normas relacionadas à representatividade, como por exemplo, não haver trabalhadores de saúde entre os representantes de usuários, não haver representantes do poder legislativo, ou cônjuges ou parentes consangüíneos até 2º grau entre os representantes de gestores, verifica-se que a maioria dos CS não apresenta irregularidades nesta área.

Verifica-se uma predominância do segmento gestor, mas isso decorre, muitas vezes, pela falta de adesão por parte dos prestadores de serviços. Outro indicador diz respeito ao processo de escolha da liderança do presidente. Os dados indicam que ela ocorre por meio de eleição na maioria dos conselhos (90%), contudo, em dois deles (Distrito Federal e Alexânia), o presidente é nomeado pela Secretaria de Saúde, o que evidencia uma interferência do poder público na escolha desse importante membro do conselho.

O conjunto de atribuições legalmente definidas para os conselhos de saúde aporta a expectativa de uma efetiva influência sobre a gestão pública, por meio da definição de prioridades e de recursos e da avaliação permanente do desempenho. A autonomia dos conselhos deve ser proporcionada por meio das condições adequadas de funcionamento administrativo, financeiro e técnico, com recursos garantidos nos orçamentos das secretarias municipais (BRASIL, 1998b).

Contudo, observou-se que menos de ¼, ou seja, 20% dos conselhos de saúde da RIDE-DF possuem infra-estrutura e orçamento próprios. As condições de funcionamento estão aquém do esperado, os limites mais significativos parecem se situar exatamente na baixa capacidade de organização administrativa dos conselhos, sobretudo no que diz respeito à impossibilidade de se fornecer a eles as necessárias condições para que possam exercer suas funções e a incapacidade de implementação de um processo estabelecido e documentado para a tomada de decisão sobre a realização de auditorias externas e independentes, relativas às contas e atividades do gestor do SUS.

No que tange a organização cotidiana, à distribuição da pauta da reunião e de material de apoio com antecedência para que os participantes se preparem adequadamente para realizar discussões com maior profundidade dos temas abordados, se observa variação entre os conselhos em relação ao procedimento de comunicações sobre as reuniões. Entretanto, o ponto mais preocupante diz respeito à baixa participação dos conselheiros na proposição da pauta das reuniões, o que limita a atuação dos conselheiros na construção da agenda de discussão e deliberação dos conselhos. Observa-se, por exemplo, que apenas 55% dos conselhos debatem sistematicamente os relatórios do gestor. É necessário reconhecer que a falta de construção coletiva da agenda de discussões demonstra a baixa permeabilidade dos conselheiros às questões colocadas pelos distintos segmentos participantes e pouca independência na identificação de prioridades para o debate e decisões.

O exercício efetivo da cidadania política encontra-se, em grande medida, atrelado à dinâmica municipal, formado pela conformação e pela mobilização de esferas públicas locais, e por diferentes padrões de interação entre a esfera

governamental e a sociedade organizada. Para que haja avanço no processo de democratização da gestão pública local e de aumento da eficiência e da efetividade das políticas sociais, o governo municipal ou distrital necessita ter compromisso com as decisões tomadas nos respectivos conselhos setoriais de gestão (SANTOS JUNIOR *et al*, 2004).

Da mesma forma, a dificuldade que muitos conselhos apresentam em relação aos mecanismos necessários para sua própria gestão os impede de atuar de forma mais autônoma em relação ao poder público local. A falha mais flagrante, no entanto, diz respeito à falta de desenvolvimento de ações de capacitação para os conselheiros. Existe concordância sobre a necessidade de treinamento dos conselheiros, mostrando que a informação forma participantes mais conscientes e menos submissos aos conhecimentos técnicos ou às manipulações de interesses de grupo minoritários (OLIVEIRA, 2004; MACEDO, 2005).

A capacitação de conselheiros adquire valor para que o processo de participação e controle social não fique submerso em dificuldades, tais como a falta de representatividade entre conselheiros e suas bases, ou a existência de conselhos meramente cartoriais (MACEDO, 2005).

A capacidade de auto-sustentação das organizações de cunho participativo é condição fundamental para sua autonomia, que se refere à liberdade para desenvolver suas atividades sem ser tutelado (DEMO, 2001). No caso dos conselhos, pode ser destacada a falta de infra-estrutura que diz respeito a espaço físico, equipamentos e materiais, as capacitações e as condições para o desempenho das funções. A independência no processo decisório é fundamental no processo de gestão participativa. Para tanto, é necessário que o conselho detenha condições próprias de atuação, sejam físicas ou financeiras, de modo a que suas

decisões sejam autônomas e desvinculadas dos interesses específicos do órgão gestor. A acessibilidade aos recursos é, ainda, uma garantia de que a missão do conselho será cumprida, uma vez que restrições de recursos podem vir a comprometer a qualidade do seu desempenho (SANTOS Junior *et al*, 2004).

Ademais, a capacidade de atuação dos conselhos sobre as políticas públicas de saúde demonstra a qualidade do exercício do controle social, evitando que os conselhos sejam vistos burocraticamente como órgãos de consulta ou de ratificação de decisões previamente tomadas pelo gestor (MACEDO, 2005). Quanto mais amplo for este envolvimento nas decisões sobre a política de saúde, maior será o grau de gestão participativa e de controle social. Isso implica não somente em aprovar os planos e a proposta orçamentária elaborados pelo gestor local, mas, sim, em definir estratégias, critérios e diretrizes para os planos e programas de saúde e para alocação de recursos financeiros, bem como para a avaliação do SUS.

No presente estudo, no que tange a atuação **na tomada de decisões, no planejamento e no accountability**, observou-se que os conselheiros analisam e aprovam os planos de saúde em 35% dos municípios, e a gestão dos recursos financeiros em 50%, mas pouco interfere na elaboração das propostas de ações de saúde para a população. A forma como são conduzidas às questões relativas à gestão municipal em saúde sugere que os conselheiros apenas tomam conhecimento, seja das ações e estratégias a serem implementadas, seja do objeto de intervenção.

Faz-se necessário destacar que as conferências são realizadas em (65%) dos municípios, além disso, apenas (45%) consideram as demandas da população discutidas nas conferências para planejar as prioridades de ações de saúde a serem estabelecidas nos municípios.

Na ausência de um projeto de saúde construído coletivamente para os municípios, os conselheiros dificilmente conseguirão realizar outras atribuições como o monitoramento e avaliação das ações e das contas públicas. No tocante à fiscalização das contas públicas, esta atribuição pode ser considerada uma atividade complexa, já que requer competência técnica específica. Para tanto, seria necessária a criação de uma câmara técnica junto ao conselho para dar assessoria aos conselheiros sobre alguns conteúdos específicos, partindo-se do princípio que nem toda pessoa possui competência técnica para discutir tal assunto (MACEDO, 2005).

Além do controle de contas, os conselhos de saúde devem cobrar dos serviços de saúde e outras unidades comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos. Caso encontrem alguma irregularidade, eles devem encaminhar indícios de denúncias sobre ações e serviços de saúde aos respectivos órgãos. Mas isso só ocorre em 35% dos conselhos pesquisados.

Outro conjunto de atribuições dos conselhos de saúde diz respeito à definição de critérios a serem utilizados na avaliação da organização e do funcionamento do SUS, ao monitoramento das ações e dos serviços de saúde e à avaliação permanente da execução das políticas de saúde em seu âmbito de atuação. A capacidade de atuação do conselho nesses quesitos demonstra a efetiva influência que ele tem sobre a gestão pública e a qualidade do exercício do controle social.

Todavia, o uso dos conselhos apenas para endossar decisões não discutidas por eles ou, na defesa dos interesses dos próprios conselheiros e do gestor local como parece ocorrer nos municípios da RIDE-DF, prejudica a capacidade de auto-sustentação e de autonomia dos próprios conselhos e reforçam a baixa intensidade democrática da sua atuação. Em suma, os resultados demonstraram que nesse

indicador as práticas desenvolvidas no cotidiano dos conselhos têm os distanciados como co-participes no processo de gestão municipal em saúde.

A participação dos diversos atores sociais no controle social sobre as ações de saúde, além de imprimir qualidade ao processo, também amplia as possibilidades de solução dos problemas enfrentados. Certamente isso exige a construção de uma pedagogia política que favoreça a emergência da democracia participativa e venha instrumentalizar a sociedade civil para participar de seus diferentes espaços organizativos.

Conforme afirmado anteriormente, no que se refere à participação da sociedade civil na tomada de decisões relacionadas com a gestão do SUS, esse processo não pode ser entendido só do Estado para o povo, supõe que os próprios interessados se transformem em novos sujeitos políticos (SANTOS Junior *et al*, 2004). A falta de vinculação permanente dos conselheiros com suas entidades de origem, as quais representam e pelas quais foram outorgados de poder decisório, é um dos fatores que dificulta uma mobilização constante em torno das questões da saúde e do SUS.

Nesse sentido, a categoria participação social da base trata da forma da atuação e do nível de credibilidade do conselho de saúde junto à sociedade, assim como a sua capacidade de mobilização das organizações representativas na reivindicação das necessidades em saúde. A Constituição de 1988 e as normas operacionais do SUS posteriores, ampliaram consideravelmente a possibilidade de participação da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde por meio do acesso à informação e da consolidação institucional de canais abertos de comunicação.

Neste estudo, contudo, os indicadores relativos **a participação social e articulação intersetorial** foram os mais baixos. O que mais chama a atenção nos

CMS da RIDE-DF é o fato de que, na composição de representantes de usuários, somente um pouco mais de 1/3 dos conselhos apresenta equilíbrio entre os representantes das diversas entidades da sociedade civil. Os municípios maiores, principalmente aqueles com maior urbanização, possuem maior diversidade de grupos organizados da sociedade civil, já os municípios menores e com dispersão populacional têm dificuldade para congregar grupos sociais. A cultura cívica de participação na maioria dos municípios pesquisados ainda é incipiente e isso impõe limites nas possibilidades de os conselhos expressarem os diferentes interesses sociais presentes na sociedade. Além disso, os segmentos mais vulneráveis, como as mulheres e os idosos, ficam excluídos de expressar seus interesses, pois não mostram capacidade de organização.

A participação da população nos conselhos é embrionária em razão da própria dificuldade dos conselhos em divulgar o seu trabalho e garantir a aproximação da comunidade. A transparência da atuação do conselho de saúde deve ser alcançada mediante a divulgação permanente das suas decisões e atividades à sociedade em geral.

A informação em saúde é um elemento estruturante da formação de opinião e da vontade coletiva, constituindo as conferências e os conselhos em espaços estratégicos em que ocorre uma comunicação entre serviços, profissionais e usuários fundamentando a formulação e a implementação de políticas democráticas para o setor (MACEDO, 2005).

Os conselhos de saúde são espaços de representação dos interesses dos setores sociais que estão organizados num determinado contexto social. A capacidade de eles serem efetivos canais de interação entre governo e sociedade depende da representatividade democrática, tanto das instâncias de governo como

das diversas organizações sociais. Uma questão fundamental, portanto, é o pluralismo, ou seja, a diversidade de segmentos da sociedade civil representadas nos conselhos. Para tanto, é preciso reforçar os vínculos associativos de grupos locais, suas mobilizações e suas organizações representativas, de forma a incentivar e a fortalecer as relações de interação entre os diferentes atores sociais e o exercício do protagonismo cívico (SANTOS JUNIOR *et al*, 2004).

Nessa perspectiva, os conselhos devem funcionar como uma arena na qual cada participante entre em cena com os recursos e o poder de que dispõe. As informações sobre os aspectos normativos e legais do conselho, sobre o estado sanitário da população, a participação no planejamento, são instrumentos que direcionam o conselho para a sua institucionalização como espaço democrático e participativo.

A categoria articulação intersetorial é fundamental e se refere à capacidade do conselho de interação e articulação com outros conselhos e colegiados governamentais, bem como com outros setores de governo dentro do próprio município, como, por exemplo, o legislativo e o judiciário. A finalidade dessa articulação intersetorial é estabelecer estratégias e procedimentos para reduzir os problemas de saúde e fortalecer a gestão do SUS.

É pouco exercida a articulação dos conselhos de saúde com outros setores da sociedade civil, com vistas a estabelecer estratégias e procedimentos para a promoção da saúde e para o acompanhamento da gestão do SUS. Quando uma resolução não é justificadamente homologada pelo gestor, as entidades da sociedade civil que integram o conselho de saúde podem buscar a sua validação, recorrendo a outras instâncias como ministério público ou poder legislativo. Contudo, na maioria dos municípios (85%) da RIDE-DF isso nunca ocorre.

Somente por meio de uma interação permanente com todos os setores da sociedade o conselho poderá expandir seus limites de atuação e contribuir para que a saúde se torne uma política de estado, inserida em todas as instâncias da sociedade. Contudo, a capacidade de articulação com outros conselhos e órgãos governamentais é incipiente na maioria dos conselhos pesquisados. Para concretização do processo de gestão participativa seria fundamental a articulação entre as políticas micro e a macro, não apenas no espaço singular dos serviços, mas com outras áreas sociais, como, por exemplo, o Ministério Público. O que o levaria a trabalhar em parceria com os conselhos de saúde na fiscalização das ações de saúde.

A criação de conselhos locais, integrados e articulados à secretaria municipal, poderia ser outra estratégia para trabalhar mais profundamente as necessidades específicas de cada área/unidade, porém, nas regiões pesquisadas, apenas o Distrito Federal possui conselhos locais.

Em síntese, além da falta de uma cultura de articulação intersetorial entre os diferentes setores organizados dos municípios, vale lembrar que a participação da sociedade civil é ainda incipiente, desconhece sua força e os caminhos para exercer sua plena capacidade política.

Quadro 1: Perfil dos CMS e a Intensidade Democrática do Controle Social

Perfil dos CMS	Intensidade Democrática	Controle Social
Organização formal e legal	Caráter compulsório	Burocrático
Vínculo institucional com o órgão gestor local	Baixa legitimação	Formal no âmbito da sua respectiva esfera administrativa
Representação dos segmentos	Baixa representatividade dos interesses populares	Despolitizado com interferência do poder público na escolha dos conselheiros
Condições adequadas de funcionamento com recursos garantidos.	Baixa capacidade de organização administrativa dos conselhos	Incapacidade de um processo estabelecido e documentado para a tomada de decisão.
Discussão e deliberação nos conselhos.	Falta de construção coletiva da agenda de discussões	Pouca independência na identificação de prioridades para o debate e decisões
A capacitação de conselheiros.	Falta de ações de capacitação para os conselheiros	Pouca autonomia
Atuação dos conselhos sobre as políticas públicas de saúde.	Baixa capacidade em definir estratégias, critérios e diretrizes para os planos e programas de saúde.	Órgãos de consulta ou de ratificação de decisões previamente tomadas pelo gestor.
Planejamento e <i>accountability</i>	Pouco interfere na elaboração das propostas de ações de saúde para a população.	Cartorial e homologador
Participação social da base	Falta de vinculação permanente dos conselheiros com suas entidades de origem,	Baixo pluralismo na diversidade de segmentos da sociedade civil
Articulação intersetorial e comunicação.	Pouco exercida a articulação dos conselhos de saúde com outros setores da sociedade civil.	Legitimidade social insuficiente

9.2. Perfil dos Conselheiros de Saúde da RIDE-DF.

Buscou-se conhecer o perfil sócio político dos conselheiros da RIDE-DF visto que é de extrema importância para operacionalização efetiva das atribuições dos conselhos de saúde que são complexas e dinâmicas. Foram analisadas respostas de 52 conselheiros facilitadores de treze municípios das quatro regiões da RIDE DF (Entorno Sul, Norte, Região de Unai e Pirineus). Nas Tabelas 15, 16, 17 e 18 mostram-se a composição por sexo, faixa etária, grau de instrução e tipo de ocupação, respectivamente.

Em relação ao gênero dos conselheiros municipais, conforme mostra a tabela 15 identificou-se que houve preponderância do sexo masculino com 59.5%.

Tabela 15: Número e percentual dos conselheiros facilitadores por sexo, Brasília, DF- 2010.

Sexo	Frequência	%
Feminino	21	40,4
Masculino	31	59,6
Total	52	100,0

Fonte: Dados do autor 2010

No que se refere a faixa etária, tabela 16, verificou-se predomínio dos que estão entre os 30 e 49 anos com 65.3% e de pessoas acima dos 50 anos e/ ou aposentados. Chama atenção no perfil dos conselheiros municipais analisados a pouca participação de jovens abaixo de 30 anos.

Tabela 16: Número e percentual dos conselheiros facilitadores por faixa etária, Brasília, DF- 2010.

Faixa etária	Frequência	%
Ate 29 anos	4	7.7
30 a 49 anos	34	65.3
50 a 59 anos	11	21.2
60 anos ou mais	3	5.8
Total	52	100.0

Fonte: Dados do autor 2010

Quanto ao grau de instrução dos conselheiros, na tabela 17 verificou-se maior participação de pessoas com segundo grau completo e superior completo, sendo que 50% dos entrevistados apresentam ensino superior completo ou incompleto. Em um país ainda com baixo nível de escolarização, a composição dos conselheiros mostra-se privilegiada.

Tabela 17: Número e percentual dos conselheiros facilitadores por grau de instrução, 2010. Brasília, DF- 2010.

Grau de instrução	Frequência	%
Ensino fundamental ou Primário e Ginásio incompleto	1	1,9
Ensino Médio ou Segundo Grau completo	21	40,4
Ensino Médio ou Segundo Grau incompleto	3	5,8
Superior completo	21	40,4
Superior incompleto	5	9,6
Não respondeu	1	1,9
Total	52	100,0

Fonte: Dados do autor 2010

Os dados da tabela 18 mostram que o perfil de ocupação dos conselheiros municipais é bastante diversificado; que a maioria está entre os profissionais de nível

superior com 25%, seguido por funcionários públicos, gestores e profissionais de nível médio, com 9.6% cada um. Chama a atenção o número de não respostas a esta questão com 28.9% do total.

Tabela 18: Número e percentual de conselheiros facilitadores por tipo de ocupação. Brasília, DF- 2010.

Tipo de ocupação	Frequência	%
Profissional de saúde de nível superior	13	25
Profissionais de saúde auxiliares e de nível médio	5	9.6
Funcionários públicos	5	9.6
Gestor em saúde	5	9.6
Motorista	2	3,8
Professor-vice-diretor- IES	2	3,8
ACS	1	1,9
Comerciante	1	1,9
Recepcionista	1	1,9
Sindicalista	1	1,9
Tesoureira	1	1,9
Não respondeu	15	28.9
Total	52	100,0

Fonte: Dados do autor 2010

Os dados sobre a condição trabalhista dos conselheiros reforçam o perfil de ocupação e identifica uma presença majoritária entre os conselheiros de saúde de funcionários públicos, com 61.5% dos entrevistados e uma parcela de empregados com e sem carteira assinada com 21.1%.

Tabela 19: Número e percentual de conselheiros facilitadores e sua condição trabalhista. Brasília, DF- 2010.

Condição trabalhista	Frequência	%
Aposentado / Pensionista	2	3,8
Empregado com carteira assinada	5	9,6
Empregado sem carteira assinada	6	11,5
Funcionário Público	32	61,5
Micro-empresário	2	3,8
Não respondeu	2	3,8
Trabalhador autônomo	3	5,8
Total	52	100,0

Fonte: Dados do autor 2010

Na tabela 20 temos a forma em que os conselheiros se tornaram membros do conselho municipal de saúde. A maioria (51%) foi indicada pela secretaria municipal de saúde, seguido por indicação dos dirigentes da sua associação, 23.5%. É baixo o número de conselheiros que são eleitos entre os membros da sua associação com 7.8% do total, prevalecendo à forma de indicação dos representantes pelo órgão governamental diretamente responsável pela política pública local.

Tabela 20: Número e percentual de conselheiros facilitadores de acordo com a forma em que se tornou membro do conselho, 2010. Brasília-DF.

Forma de escolha para o conselho	Frequência	%
Eleito pelos membros da sua associação	4	7,8
Indicado pela Secretaria municipal de Saúde	26	51,0
Indicado por dirigentes da sua associação	12	23,5
Indicado por político (s) local (ais)	1	2,0
Não respondeu	8	15,7
Total	51	100,0

Fonte: Dados do autor 2010

Na tabela 21 temos a freqüência no numero de mandatos exercidos pelo grupo de conselheiros pesquisados. Podemos observar que há uma distribuição quanto ao tempo de mandato exercido pelos conselheiros municipais, sendo que a maioria (36.5%) está no primeiro mandato, mas se considerarmos os que possuem experiência em dois ou mais mandatos teremos 55.8 % do total.

Tabela 21: Número e percentual de conselheiros facilitadores de acordo com o número de mandatos exercidos. Brasília, DF- 2010.

Mandatos exercidos	Frequência	%
1 mandato	19	36,5
2 mandatos	14	26,9
3 mandatos	12	23,1
4 mandatos	3	5,8
Não respon	3	5,8
Total	52	100,0

Fonte: Dados do autor 2010

De acordo com o perfil de capacitação dos conselheiros facilitadores (tabela 22) podemos observar que é muito baixo o percentual (9.8%) dos que receberam algum tipo de capacitação para atuarem como conselheiro de saúde, sendo que 70.6% deles não receberam nenhum tipo de capacitação. Este dado está de acordo com a tabela 6 do perfil de organização dos CMS, onde somente dois conselhos promovem ações de capacitação, cinco (20%) o fazem ocasionalmente e, treze (65%), nunca o fizeram.

Tabela 22: Número e percentual de conselheiros facilitadores que receberam algum tipo de capacitação para atuar no conselho, Brasília, DF- 2010.

Capacitação	Frequência	%
Não	36	70,6
Não respondeu	10	19,6
Sim	5	9,8
Total	51	100,0

Fonte: Dados do autor 2010

Sobre o grau de conhecimento dos conselheiros entrevistados sobre a política de saúde (tabela 23), há uma polarização entre os que conhecem muito 47.1%, sendo a maioria, e os que conhecem pouco 41.2%. Há que se ressaltar, entretanto que o quantitativo de pessoas que conhecem pouco é bastante significativo para as funções desempenhadas pelos CMS.

Tabela 23: Número e percentual de conselheiros facilitadores de acordo com o grau de conhecimento da política de saúde. Brasília, DF- 2010.

	Frequência	%
Muito	24	47,1
Nada	1	2,0
Não respondeu	5	9,8
Pouco	21	41,2
Total	51	100,0

Fonte: Dados do autor 2010

Sobre o grau de conhecimento dos direitos dos cidadãos (tabela 24) aumenta o percentual dos que conhecem pouco (51%), em contrapartida dos que conhecem muito dos direitos (37.3%).

Tabela 24: Número e percentual de conselheiros facilitadores de acordo com o grau de conhecimento sobre os direitos do cidadão. Brasília, DF- 2010.

	Frequência	%
Muito	19	37,3
Nada	2	3,9
Não respondeu	4	7,8
Pouco	26	51,0
Total	51	100,0

Fonte: Dados do autor 2010

Quanto à importância da participação política do cidadão a maioria diz conhecer entre pouco e nada (56.9%) e cai para 25% o percentual que considera conhecer muito.

Tabela 25: Número e percentual de conselheiros facilitadores de acordo com o grau de conhecimento da importância da participação política do cidadão. Brasília, DF- 2010.

	Frequência	%
Muito	13	25,5
Nada	6	11,8
Não respondeu	9	17,6
Pouco	23	45,1
Total	51	100,0

Fonte: Dados do autor 2010

Discussão do Perfil

O perfil sócio político satisfatório dos conselheiros é de extrema importância para operacionalização efetiva das atribuições dos conselhos de saúde que são

complexas e dinâmicas. Certamente esse perfil pode ser modificado, conforme a experiência de participação institucionalizada avança nos municípios brasileiros.

Quanto ao gênero, observou-se a predominância do sexo masculino, que foi diferenciado dos dados encontrados por Santos Junior et. al. (2004) em estudo sobre os conselhos municipais de regiões metropolitanas no Brasil, considerando não só os conselhos de saúde, mas também de políticas sociais e ambientais, onde houve um equilíbrio na representação, mas com a predominância do sexo feminino em 52%. Na RIDE-DF, infere-se que o espaço do conselho pode estar seguindo a lógica dos poderes executivos e legislativos majoritariamente ocupados por homens.

Verificou-se que os conselheiros apresentam um bom nível de escolaridade, se comparada a população brasileira em geral. E esses dados corroboram com os encontrados por Santos Junior et al, (2004) nas regiões metropolitanas, onde a maioria dos conselheiros municipais apresentava alto nível de escolaridade com 51% entre os representantes da sociedade e 81% entre os representantes do setor governamental. Outros estudos reforçam essa mesma constatação (LABRA; FIGUEIREDO, 2002). Todavia há que se considerar que, a depender do nível e do curso não são discutidas com maior profundidade questões relativas a controle social e/ou políticas de saúde.

Ademais, os dados da escolaridade entre média e alta podem ser justificados também pelo perfil de ocupação dos segmentos sociais que estão assumindo os espaços de participação nos conselhos municipais e que podem estar ligados ao interesses neocorporativos locais e regionais e às formas de indicação dos representantes destes diferentes segmentos.

Os dados sobre a condição trabalhista dos conselheiros indicam que o perfil de ocupação majoritária é de funcionários públicos, com 61.5% dos entrevistados e

uma parcela de empregados com e sem carteira assinada com 21.1%. Esses dados podem indicar uma participação de segmentos de renda per capita superior ao da média da população em geral, denominada de classe média, como encontrado por SANTOS JUNIOR *et al*, (2004), nos conselhos municipais de regiões metropolitanas.

Alguns estudos mostram que a participação mais ativa dos profissionais pode trazer contribuições bastante positivas, visto que conhecem bem o funcionamento dos serviços e/ ou dos sistemas de saúde (CÓRTEZ, 2007). Há também o risco de insistência em apontar demandas específicas, que não representem as necessidades da população, mas que podem ser superadas incluindo-se outras formas de participação social.

Os conselhos são instancias de participação semidireta, ou seja, não é a população ou os indivíduos que são chamados a participar desses espaços, mas as instituições sociais interessadas. As instituições devem ser eleitas em fóruns próprios do segmento social que representam, sem interferência do poder publico (SANTOS JUNIOR *et al*, 2004). Contudo, identificou-se que nos conselhos da RIDE-DF prevaleceu os indicados pelas secretarias de saúde e pelos presidentes das associações a que pertencem.

Outros estudos como o realizado em conselhos municipais do estado do Rio de Janeiro, SANTOS JUNIOR *et al*, (2004) encontraram que a participação do poder executivo municipal foi decisiva na escolha de 32% das organizações, seja diretamente por indicação do prefeito ou secretário municipal ou por negociação entre a organização e o poder público.

No caso da RIDE-DF, a predominância dessa forma de indicação pode esclarecer a forte presença de funcionários públicos entre a representação dos conselheiros e a pouca presença de entidades e movimentos sociais em atuação

nos conselhos, onde apenas sete conselhos (35%) têm um amplo leque de segmentos sociais representados conforme demonstrado na etapa anterior desta pesquisa.

É uma condição fundamental para manutenção da autonomia da sociedade civil e da representação social nos conselhos a eleição das organizações representantes da sociedade em fóruns vai além da instituição do conselheiro, exigindo deste legitimar-se diante do segmento social. A escolha autônoma pela sociedade das organizações que farão parte do conselho é um princípio básico da representatividade das organizações e da autonomia da sociedade em relação ao Estado. A indicação dos conselheiros e das organizações fere o sentido da representação social, na medida em que a participação fica restrita aos atores considerados confiáveis pelo poder público.

Outro problema constatado foi a permanência de um mesmo conselheiros em mais de um mandato, o que pode prejudicar a permeabilidade democrática dos conselhos. Considerando a dinâmica de organização e funcionamento dos conselhos, a participação em mais mandatos pode trazer algum tipo de vantagem em capacidades técnico/operacionais que o conselheiro necessitaria para sua atuação, o que necessariamente não reflete um maior nível de formulação de estratégias políticas para decisão e implementação do direito a saúde nos municípios.

A atuação nos conselhos municipais com suas atribuições na gestão pública da saúde, para além do perfil de escolaridade, requer dos conselheiros um conhecimento dos marcos regulatórios destas políticas, algum conhecimento institucional e técnico ou facilidades para traduzir questões técnicas. Requer também uma noção de cidadania e de formação política que envolve diretamente a dinâmica

de organização do Estado e da Sociedade em que estão inseridos. O conselho tem o poder de aprovar ou reprová a realização de convênios, impedirem a prestação de serviços que não estejam no padrão de qualidade exigida em lei, avaliar a prestação de contas dos gastos orçamentários. Ainda podem definir critérios para a formulação e execução de orçamentos, garantirem a democratização das informações e das decisões e tornar pública a ação de governo.

Portanto, a participação permanente na gestão pública coloca novas exigências que vai além da apresentação de demandas. Nesse sentido, colocam-se novas exigências à participação da sociedade, na medida em se torna co-responsáveis pela apresentação de propostas e alternativas que influenciem a política e o formato da gestão (SANTOS JUNIOR *et al*, 2004). Uma dimensão de atribuições que na maioria das vezes privilegia segmentos com maior condição técnica e de controle da burocracia do Estado no desenvolvimento das políticas públicas em geral. Tornando, assim, pouco atrativo para setores populares a participação nos conselhos de saúde.

O perfil de capacitação não adequado dos conselheiros pode ser um forte indicador de como o exercício do controle social e a intensidade democrática da participação nos conselhos municipais de saúde da RIDE- DF estão aquém das necessidades de implantação da política de saúde na região. A forte influência do poder executivo municipal na indicação dos representantes da sociedade civil associada a pouca capacitação dos conselheiros reduzem ainda mais a autonomia do controle social e da participação democrática (VAN STRALEN, LIMA, SOBRINHO, SARAIVA; VAN STRALENM BELISÁRIO, 2006) .

Assim, tendo ainda como perspectiva aprofundar o conhecimento sobre a qualidade dos processos participativos nos CMS da RIDE-DF e compreender como

os sujeitos envolvidos nesta ação, os conselheiros de saúde, representam a participação no contexto dos municípios, desenvolvemos uma análise qualitativa. Nessa análise nos interessava conhecer as representações sociais dos conselheiros, como base para o agir coletivo, que além de problematizar os desafios e necessidades para a construção de estratégias para o controle social cidadão em saúde estará presente na segunda etapa.

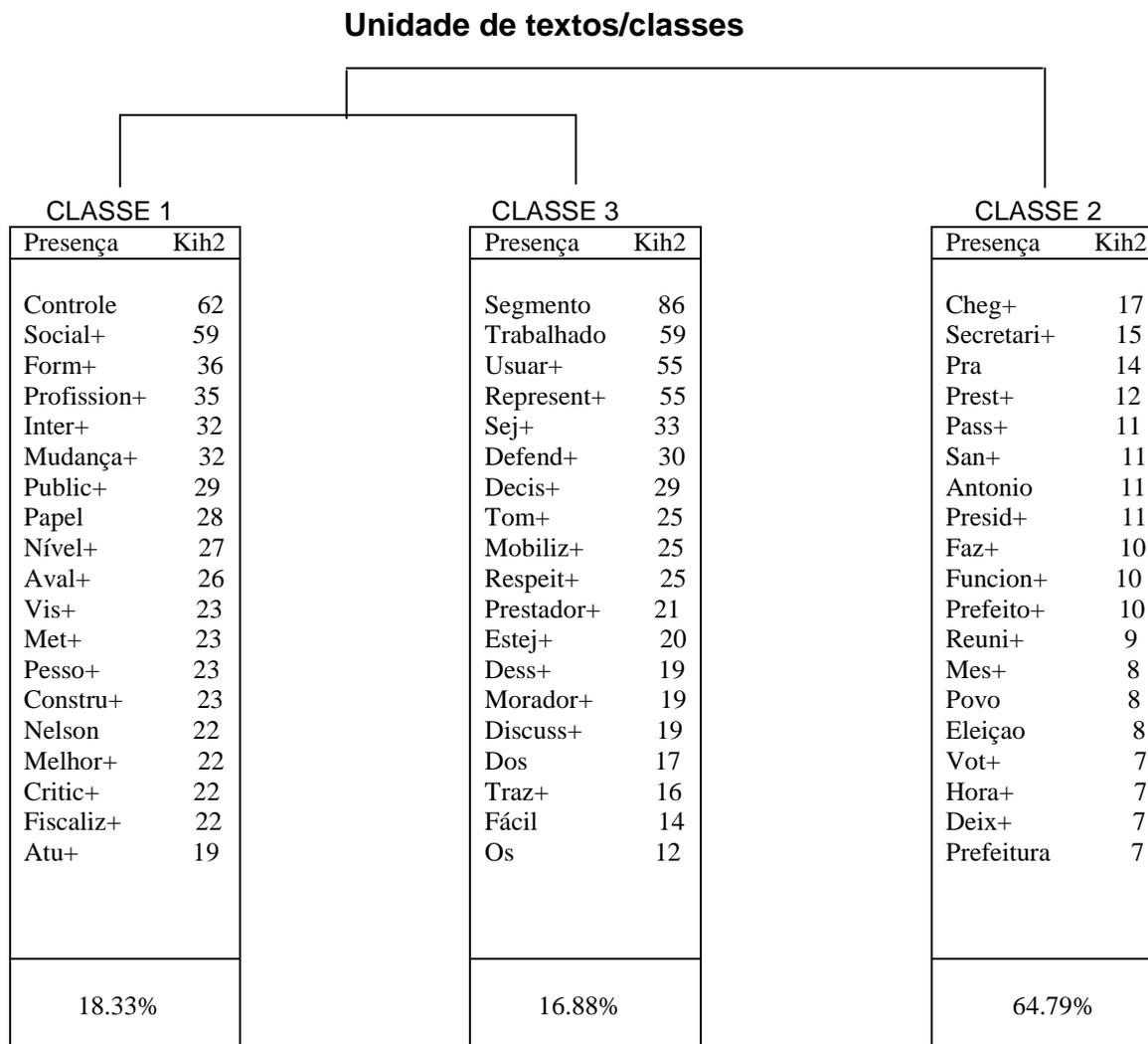
9.3. A Representação Social dos Conselheiros acerca da participação democrática nos CMS da RIDE-DF.

Os resultados para esta etapa da análise foram os conteúdos trabalhados e sistematizados, a partir dos grupos focais. Foram realizados três grupos focais para discussão e reflexão sobre as representações e motivações dos conselheiros acerca do controle social, codificados como (GF). Foram compostos grupos de 10 a 15 conselheiros, com um moderador guia e auxílio de um observador, que desenvolveram as sessões com o propósito de aprofundar a análise da representação social dos conselheiros acerca do processo participativo no controle social que estão inseridos.

Para tanto foi utilizado um roteiro com quatro questões que foram gravadas após autorização dos conselheiros. O número de grupos focais também foi determinado pelo critério de saturação dos dados: (1) O que significa para vocês o Controle Social? (2) O que significa para vocês serem conselheiros de saúde? (3) Como vocês representam os seus segmentos no Conselho Municipal de Saúde? (4) Como vocês vêem seu papel de conselheiros nos Planos Municipais de Saúde?

Resultados do ALCESTE

Figura 3. Classificação Hierárquica Descendente.



Na figura acima é apresentada a Classificação Hierárquica Descendente da análise que o ALCESTE realizou acerca do corpus estruturado no grupo focal das representações sociais dos conselheiros municipais de saúde em relação ao controle social. O corpus do grupo focal foi estruturado considerando como variável a localização regional dos sujeitos, sendo Região 01, os conselheiros do Entorno Sul e da região de Unai da RIDE-DF (municípios de Luziânia, Valparaíso

de Goiás, Cristalina, Santo Antonio do Descoberto, Unaí, Buritis e Cidade Ocidental) e a Região 02, os do Entorno Norte (municípios de Formosa, Vila Boa de Goiás e Água Fria de Goiás).

Os sujeitos podem tomar posições variadas em uma semântica de *referência* para os vários relatos e sentidos atribuídos pelos indivíduos ao objeto em relação a uma mesma referência semiológica. Assim, no primeiro nível de análise, o ALCEST opera na identificação do campo comum (campo consensual); no segundo nível, identifica-se o posicionamento dos sujeitos ou grupos face aos campos comuns. A análise estatística, que possibilita a identificação de contextos-tipos é a Classificação Hierárquica Descendente (C. D. H), que separa estes contextos tipos em classes/categorias e apresenta as relações entre elas sob a forma de um Dendograma.

O *Software* preparou três classes para a análise com as seguintes características: classe 1 com 88 unidades elementares (u.c.e) representando uma freqüência de 18.33% no corpus; a classe 2 com 311 unidades elementares (u.c.e) com freqüência de 64.79% e a classe 3 com 81 unidades elementares e freqüência de 16.88%.

Na Classificação Hierárquica Descendente (C.D.H.) apresentada no Dendograma podemos observar que as falas dos conselheiros se organizam em torno de dois grandes eixos ou blocos de análise das representações sobre o controle social: um eixo composto pelas classes 1 e 3 que possui uma relação entre elas de 0.35 (35%) das unidades e versa sobre o papel do controle social como espaço de representação da comunidade e cidadania em saúde nos municípios e como fórum democrático de participação e deliberação da política de saúde, com suas dificuldades e potencialidades. O outro eixo composto pela classe 2 que não

possui relação com as outras duas classes e onde está à maioria das falas e que versam sobre as dificuldades do exercício do controle social como mecanismos de controle e fiscalização da gestão da saúde no município.

Classe 1: O controle social como participação e cidadania em saúde.

Esta classe apresenta um discurso típico dos conselheiros do Entorno Norte, particularmente dos municípios de Formosa e Vila Boa de Goiás. Nesta classe os discursos estão organizados em torno de uma representação do controle social como forma de mudança e democratização da saúde por meio da participação política e social nos municípios, como espaço de cidadania, em construção, com avanços e dificuldades. É um discurso que possui uma frequência baixa (18.33%), não representando, portanto, a maioria do conjunto das unidades, de acordo com o dendograma. Nas falas, os conselheiros dimensionam a importância do controle social como uma forma de democracia e participação da sociedade na política pública de saúde no Brasil:

“Na minha ótica a importância do Controle Social é que eu acredito que uma das formas mais eficientes em um regime democrático seria o controle social, portanto é fundamental o controle social nas políticas de saúde pública em nível de Brasil” (Suj. 01)

Acreditam que a participação consciente da sociedade garante a autonomia do controle social perante o Estado e o poder executivo:

“Agora se não houver conselheiros participativos e comprometidos com o controle social ele vai ser apenas um apêndice dos executivos locais. Para tanto, eu acho que é necessário a conscientização da sociedade da importância da sua participação no controle social”(Suj.01).

Avaliam como um processo social em construção nos municípios, com mudanças na implementação da saúde e como uma conquista de participação dos conselheiros neste processo:

“... a gente pensa que nos nossos dias de hoje que a saúde não mudou, mas graças a Deus que já mudou bastante, e graças a esses momentos de construção. Só que nós como conselheiros também temos que ter um papel importante de saber construir e nós estamos construindo também um papel de muita importância para saúde do Brasil”(Suj.02).

Nesta classe, os conselheiros dão ao seu papel, uma representação afirmativa e um sentido de responsabilidade social na defesa do direito a saúde do cidadão e na melhora das condições de saúde dos usuários nos municípios, independente da condição econômica ou social. Falam de uma ação mediadora e/ou colaboradora com os interesses dos usuários da saúde, onde a participação da sociedade pode exercer uma pressão na garantia dos direitos:

“Então a nossa expectativa ela se dá dentro deste papel de responsabilidade de uma mudança, de melhorar para o usuário do sistema de saúde.

Independente, lógico do seu poder aquisitivo, da sua capacidade de assimilação, da sua capacidade de entendimento do quê que é o direito do cidadão enquanto usufruir da sua saúde”(Suj.03).

“Eu entendo que é um colaborador de uma situação caótica do município, onde um usuário como eu, na maioria das vezes, não tem condições de reivindicar e nem de cobrar ou mudar a resolver essa realidade de saúde da população. É um serviço de pressão, é um serviço relevante a municipalidade, uma vez que está ali para colaborar não só cobrar, não só fiscalizar, mas ajudar a levar avante os projetos de saúde”(Suj.15).

“O controle social acredito que não é só estar fiscalizando, mas atuando também, acredito que juntamente com os gestores, um dos atores para que as políticas de saúde do município possa funcionar, o conselho de saúde tem um papel muito importante talvez mesmo a não partidária, que não fica detido a vontade dos gestores” (Suj.15).

Reconhecem que os conselhos municipais de saúde precisam avançar mais como espaço de participação, mas que este processo vem acontecendo ao longo dos últimos anos, onde os conselheiros estão buscando definir e ampliar o seu papel, inclusive na fiscalização dos orçamentos públicos da saúde:

“... mudança com maior participação dos conselheiros, realmente que antigamente o conselho funcionava mais só para aprovar alguma coisa, o secretário o prefeito precisava aprovar projeto,

algum convênio, alguma coisa, reunia o conselho era mais papel do conselho e não de estar fiscalizando e acompanhando, e agora tem uma mudança muito grande, ainda falta muita coisa para melhorar, mas já melhorou bastante”(Suj.04)

Falam da participação do conselheiro no controle social como uma ampliação do poder público na saúde. Seja na defesa dos interesses dos segmentos diretamente representados nos conselhos (usuários, trabalhadores da saúde, os gestores da política e prestadores de serviços) ou na criação de fóruns de entidades de representação popular que façam à defesa do direito de todos à saúde junto aos conselhos. Levantam ainda, como a atuação ampliada do poder público, com o controle social, podem conflitar os interesses de outros poderes como a Câmara de Vereadores, por exemplo:

“ E aí eu entendo que é um conflito com possíveis outros organismos da sociedade enquanto poder público, que é o papel da câmara de vereadores no sentido de fiscalizar recursos do poder executivo”(Suj.8).

“... nós enquanto usuários, temos segmento dos portadores de necessidades especiais, de doenças crônicas, o caso da diabetes, câncer, então é necessário que haja então uma criação de um fórum de discussão dos próprios assuntos que vão ser debatidos na plenária do conselho” (Suj.8).

Os conselheiros municipais, nesta classe, expressam uma preocupação com a legitimidade social da sua atuação. Esta legitimidade para eles é construída com a participação mais ampla e direta possível da sociedade com suas demandas e necessidades em saúde. Para tanto, consideram a visibilidade dos conselhos e da

atuação dos conselheiros como algo estratégico para o controle social e reforçam a necessidade de comunicação com a sociedade, por meio dos meios de comunicação e da mídia como um aspecto fundamental para alcançar esta legitimidade política e social:

“O que a gente lamenta que só foi a participação dos conselheiros e a sociedade em si não participou quando da aprovação do pleno, mas isso eu encaro como uma falta de visibilidade do conselho e eu acho que está faltando não no nível local, porque a gente tenta dar visibilidade nos meios de comunicações locais, mas no nível federal”(Suj.10).

“Eu acredito que haveria necessidade, tem essas grandes emissoras de televisão aí, que elas são formadoras de opiniões e que se deveria lançar nessa mídia formadora de opiniões de grande massa o controle social para que a sociedade entenda e participe mais ativamente”(Suj. 10).

Nesta perspectiva falam da necessidade de formar uma conscientização na sociedade, num processo de educação para o controle social, em que a participação democrática se amplie e tenha um caráter de defesa do bem comum ou de todos e não apenas de um segmento ou categoria profissional:

“Eu acho que o controle social ele visa instintivamente a população como um todo e não, grupos sociais ou categorias profissionais. Então eu acho que está faltando essa conscientização da sociedade da importância do controle social; inclusive como sugestão de se colocar na grade escolar da formação de futuros conselheiros, de

futuras pessoas que irão realizar o controle social”(Suj.10).

Ao representarem o controle social como espaços de participação democrática, os conselheiros nesta classe reforçam o papel dos conselhos na mobilização da sociedade por meio de instrumentos de interesses de todos, como a elaboração e aprovação dos planos municipais de saúde ou mesmo as reuniões do pleno do conselho:

“... na realidade a comunidade às vezes não se interessa de participar na aprovação de um plano municipal que é tão importante justamente para a própria comunidade. Nós vemos que às vezes o conselho na resolução 333, diz que o conselho aberto ao público, mas é uma das coisas mais difícil é ter pessoas participantes das reuniões, pessoas da comunidade” (Suj.12).

“ Então nós temos que trabalhar nas pessoas é a importância da participação também, porque todos nós somos usuários da saúde, todos nós sabemos que tem problemas, só que você vai chegar lá e só vai levantar os problemas? Você também tem que levar alternativas e não é só meu \...\ O papel não é só meu como conselheira, e sim do usuário”(Suj.11).

“... ele tem, o conselheiro tem sim esse poder de mobilização, por exemplo, eu que represento o sindicato dos trabalhadores rurais se nós, se o conselho começar a fazer um trabalho dentro do próprio sindicato de mobilização, de anúncio, eu creio que isso vai chegar lá naquele homem que

mora lá na última chácara, naquela última fazenda e nem só isso, também para pessoas que moram dentro da própria cidade”(Suj. 14).

Expressam uma visão crítica da atuação dos próprios conselhos municipais na construção de uma identidade social ampla, representativa e participativa:

“...a grande missão dos conselheiros é criar mobilização social e isso é a grande dificuldade dentro do conselho porque se você avaliar, a maioria dos conselheiros são trabalhadores de saúde, são da área de governo e os usuários, é importante sua participação,... mas o Conselho não tem uma atividade esplendorosa... Porque de tudo que eu observo é um conselho passivo e não um conselho ativo dentro da comunidade, o micro ali é nesse aspecto é até aonde ele alcança” (Suj18).

Neste sentido, eles falam da necessidade de uma interface dos conselhos com outros conselhos de políticas públicas nos municípios, com outros poderes como o Legislativo, o Ministério Público e o Executivo nas suas diversas secretarias como a Educação, por exemplo. Abaixo o sujeito número um (01) em sua fala traduz parte desta visão crítica:

“... com relação a interação entre os conselhos de saúde, eu acho muito incipiente, de fato não ocorre, se ocorresse é fundamental porque eu acho que saúde, educação deva se caminhar juntos, porque um está interligado com o outro”

“O Ministério Público ele só entra na área da saúde quando ele é provocado, ele não participa ativamente, uma que a própria legislação só permite a atuação dele se ele for provocado”.

“Então essa interação, essa integração entre conselhos, eu acho ela muito incipiente. Que ela é fundamental para a melhoria da qualidade de saúde da população, isso é inquestionável, porque se você tiver interação com o lazer, com a educação, com a cultura você vai melhorar a qualidade de vida das pessoas...deveria acontecer com mais freqüência, mas infelizmente, é dissociado, conselho de saúde para um lado, conselho da criança para outro, cada um por um lado no seu campo sem uma integração que seria fundamental para a melhoria do indivíduo”.

Os conselheiros desta classe reforçam, numa visão crítica do controle social, a necessidade da participação nas conferências municipais de saúde como um momento importante de mobilização social e de interface com os outros poderes e sua representação:

“... fizemos as pré todas e convocamos uma conferência, tivemos uma participação popular maior até hoje já na vida do município, a nona. Foi a que teve maior participação, um número de pessoas bem participantes assim e a comunidade também participou em matérias... foram para a frente, os delegados e colocaram opinião”(Suj. 16).

“... a participação popular teve efeito, houve o convite e ela respondeu, ele foi, participou e colocou, eu acho que é aí é que entra o controle social, aí é

que tem que estar esses conselheiros bem cientes do papel deles pra cobrar, poxa eu ajudei na conferência, o povo pediu” (Suj.16).

“Agora quanto ao Ministério Público e a Câmara de vereadores eu fiquei até um pouco decepcionada na Conferência Municipal de Saúde, não houve participação nenhuma do Ministério Público, e dos vereadores na solenidade de abertura, alguns poucos e durante mesmo foi só um, que é dito da oposição”(Suj.4).

A qualidade da ação e da autonomia dos conselheiros está diretamente associada a uma condição estrutural dos conselhos e de um relacionamento com a gestão local e federal, que é necessário construir. Na opinião deles:

“Como a própria legislação diz controle social ela só determina que o nível local dê a estruturação necessária para o funcionamento do conselho inclusive com dotação orçamentária isso para o conselho municipal de saúde” (Suj.2).

“Não quer dizer que eu vou ter que depender do secretário,... parceria é de nós termos um relacionamento pra poder conversar, deliberar, trocar idéias, assim está certo? Se não está, vamos pra discussão no conselho, você entendeu? O Conselho tem poder claro” (Suj.17).

Discussão da classe 1:

Podemos afirmar que na representação social dos membros desta classe temos uma compreensão mais ampliada do controle social em saúde, assim como

do papel político da ação como conselheiro municipal, permitindo uma posição mais autônoma e crítica diante das condições de funcionamento e organização dos conselhos municipais. Os membros típicos desta classe são representantes de usuários de entidades ligadas ao movimento do campo, como os sindicatos rurais e lideranças de movimentos de moradores com tradição de participação social. São oriundos dos municípios do entorno norte, como Vila Boa, único na região com experiência de gestão municipal de esquerda.

O núcleo central da representação desta classe está na visão da política como espaço democrático e de participação social, onde se realiza os direitos dos cidadãos, como o direito à saúde. Uma visão que não é hegemônica na região, de acordo com os resultados, mas que está em consonância com as concepções que criticam o elitismo democrático e buscam por novas formas de procedimentalismo participativo que visem o reconhecimento de direitos e da diversidade de interesses.

A visão de controle social como projeto democrático e participativo fundamenta-se na possibilidade do aprofundamento e radicalização da democracia, enfatizando a participação da sociedade nos processos de decisão por meio do compartilhamento do poder do Estado quanto às questões voltadas ao interesse público. Ainda reconhece a sociedade civil em sua heterogeneidade e como terreno constitutivo da política e compreende a cidadania de forma abrangente como o direito a ter direito e da mesma forma enfatiza a noção ampliada da política (GUEDES, 2010).

Há um reconhecimento de que o aprofundamento da democracia requer um conjunto de formas participativas que ampliem as chances de vocalização e expressão de um número cada vez maior de pessoas, capacitando-os a partilharem autonomamente o exercício do poder político. Neste sentido, para além da

constatação da importância da dinâmica institucional para o fortalecimento de uma determinada democracia, enfatiza-se também a importância da dinâmica societária por meio da prática de um conjunto de movimentos, organizações e associações, que possibilitarão a formação de uma cultura política norteadora de ações, capazes de revigorarem, a um só tempo, o sentido da democracia e sua arena político institucional (HABERMAS, 1984).

O viés democrático dado às ações públicas com a Constituição de 1988 no Brasil, tem viabilizado a participação das representações comunitárias, de categorias profissionais, de lideranças institucionais, nas decisões que envolvem o bem público. Os conselhos de políticas públicas, como os conselhos municipais de saúde, vão configurar esta nova institucionalização híbrida que envolve a participação de diferentes segmentos, com destaque para os representantes da sociedade civil que farão o controle público das políticas. Mas, apesar do status legal constitucional, o momento atual ainda é de implementação do arcabouço ético, político e operacional previsto na lei.

A construção do controle social cidadão prevê a partilha do poder e o reconhecimento das necessidades, sendo legitimado na participação democrática de alta intensidade da sociedade e na transmutação do papel do Estado, com uma forte revisão de sua estrutura e funcionamento, não mais em função dos interesses da burocracia ou do mercado, mas com um estatuto de poder apoiado na cidadania ativa.

Classe 2: O controle social como função de fiscalização e controle da gestão da saúde no município

Esta classe apresenta um discurso típico dos conselheiros do Entorno Sul e da região de Unai. Nesta classe os discursos estão organizados em torno de uma representação social do papel de conselheiro no controle social como forma e função de fiscalização e nas dificuldades de controle da gestão na saúde do município. É um discurso que possui uma frequência alta (64.79%), representando, portanto, a maioria do conjunto das unidades, de acordo com o dendograma.

Os conselheiros desta classe têm uma representação social da sua participação como função e papel de controle social vinculado ao exercício da gestão. Apresentam como foco de suas preocupações a organização dos serviços de saúde, a oferta e qualidade dos serviços prestados aos usuários e a fiscalização dos recursos que em sua maioria está vinculada à execução dos programas do Ministério da Saúde:

“Na verdade, nós como conselheiros somos um pouco os olhos do Ministério da Saúde, somos um pouco fiscais do andamento das coisas dessa proposta de saúde”(Suj.19).

“... da aplicação do fundo da saúde, quem faz a saúde, participa..., para reivindicar o mau atendimento que existe, e reclamar do atendimento, mas eu digo a senhora, eu sou associado e tal e vou participar disso pra mudar um pouco o nosso serviço de Saúde” (Suj.22).

“Meu nome é..., da gestão, vou resumir aqui, sou como uma protetora dos usuários” (Suj.21).

Apresentam um discurso de dificuldades no exercício do papel de representação de variados interesses junto à gestão da saúde. Dificuldades

relacionadas à organização e funcionamento das atividades, assim como, questões de envolvimento da comunidade até infra-estrutura dos conselhos:

“... não é fácil essa questão de representar ou ser representante no conselho, a dificuldade encontrada é muito grande, o colega falou dessa questão de encontrar representantes dentro dos segmentos da sociedade, da paridade para composição dos conselhos, não é fácil realmente”(Suj.23).

“Temos muitas e muitas deficiências, muitas dificuldades, muita falta de estrutura, certo? Nós tivemos até há pouco tempo um conselho necessitado de quorum,... Teve um tempo mais pra ainda pra trás, que o conselho sequer tinha reuniões regulares ...” (Suj.22).

“... então nós temos dificuldades e por isso que nós não temos a eleição, por isso que a gente tem indicado, então gostaríamos que tivéssemos concorrência, era bom ter os caras participando, era bom que o povo participasse”

Destacam em suas falas as dificuldades de atuação do conselho, na gestão da saúde, em função da interferência de interesses partidários presentes no executivo e no legislativo municipal que privilegiam os apadrinhados, acima dos direitos e necessidades dos usuários. A ação de controle e fiscalização fica limitada por interferência destas forças que atuam na organização e oferta dos serviços municipais:

“... o que atrapalha a saúde no país nesses municípios,..., o que nos atrapalha são os

vereadores e o prefeito. O nosso secretário de saúde é meio devagar, mas ele não tem a autoridade porque nem o prefeito deixa e nem vereadores deixam, porque enche a prefeitura de cabo eleitoral, bota aquele monte de gente lá, para reelegê-lo... não deixa que a saúde funciona, chega lá a população usuária e não é atendida, chega um vereador trazendo quem ele quer só para dar uma olhadinha, uma febre de um amigo que está tossindo, uma dor de cabeça lá resolve, enquanto tem um lá doente lá prostrado, com febre que pode estar com o pé com um problema de uma injeção de antitetânico, um antibiótico, um antiinflamatório, não é atendido”(Suj.22).

Ademais, apresentam-se inseguros e despreparados para a função de deliberar sobre os assuntos relativos aos serviços de saúde e no controle financeiro, com a forma e os mecanismos de prestação de contas que lhe são encaminhados:

“... qual a consequência, qual a direção, qual a benesse que aquele serviço vai ter, quer dizer, uma análise de custo benefício para que se tenha um voto consciente”

“... não tem noção, de lá pra cá não teve capacitação, o conselheiro não tem muita noção dos recursos dentro do conselho, acaba se perdendo, ou aquele que se acha ter conhecimento, começa a impedir as coisas, mas ele verdadeiramente ele não conhece qual a função dele”(Suj.24).

“Eu, por exemplo, sou professor e compartilho com os meus colegas contratar médicos, dentistas, farmacêuticos, laboratoristas, /.../ Lá na frente, aquilo outro, aquilo outro, está correndo..., o que é ser um

conselheiro, qual o seu objetivo,/.../, como que eu vou aprovar essa prestação de contas, como que eu vou analisar essa prestação de contas, acho que é isso que nós estamos buscando. Por exemplo: eu acabei de fazer o plano municipal de saúde, eu não tive apoio nenhum do conselho, nem eu sabia como fazer o plano municipal de saúde, o conselho tinha que entender para poder me ajudar naquilo ali” (Suj.25)”.

“Eu quero conhecer. Até aonde a gente pode ir? É isso que eu acho que eu não sei se essa é a realidade de todos (Suj.23)”.

Nas falas queixam-se de uma dinâmica imposta pelo ritmo da gestão dos serviços, onde os prazos e a própria organização do conselho não conseguem dar respostas adequadas ao nível de conhecimento e necessidades dos conselheiros municipais:

“ quem é que vai me pedindo, o coordenador, o prefeito, o secretário, o que é que eles têm que trazer para nós e o que é que nós temos que exigir deles e cumprir, exatamente”

“... no pé da letra, o que nós precisamos, nós estamos perdidos,tem hora que vai pra um lado, pra outro, tentando acomodar as coisas, porque chega para nós um pedido, o recursos chega é pra amanhã, é amanhã o último prazo”

“... e hoje tem que aprovar em reunião extraordinária, aprovar o balancete se não aprovar o que faz, não aprova e o povo perde dinheiro, o

usuário perde atendimento do hospital ou nós já perdemos?”

“Aí fica numa situação difícil, a gente fica sem saber como é que lidar com essa situação para atender gregos e troianos, sem dar prejuízo reais, /.../, e o difícil é o dinheiro do povo que é que se beneficia com isso e aí nós ficamos numa situação difícil”(Suj.26).

Os conselheiros destacam o papel dos gestores na garantia do exercício do controle social como espaço de deliberação nas questões que envolvem tomadas de decisão em temas como prestação de contas e organização dos serviços de saúde. Criticam a postura muitas vezes centralizadora e autoritária da gestão no exercício do controle social. Reforçam a necessidade de alternância na escolha do presidente do conselho e que não seja exercido de forma permanente pelo secretário de saúde:

“... o secretario de saúde vem até nós, participa da reunião, não nos permite na verdade dialogar intramuros, digamos assim, não é isso? ele vem ostensivamente pra que logicamente se comportando bem, etc, mas vem e você não tem como dialogar entre os membros, e, além disso, vem o argumento que é usado com tranqüilidade”.

“... porque a segunda experiência que eu participei como conselheiro eu fui votado, fui eleito, e nós procuramos uma eleição para a presidência e nós elegemos um que não fosse o gestor, o secretario de saúde do município, e por quê?”(Suj.25).

“... a prestação de contas de 2006, nesse ano que esta acabando, nos fizemos um ofício para o

secretario da saúde objetivando que ele nos mandasse, ate hoje não mandou”(Suj.24).

Destacam ainda, a falta de autonomia dos conselhos e as dificuldades de garantir a paridade prevista na legislação para composição de conselhos e conferências, com a interferência direta do poder executivo na indicação de representantes de outros segmentos que irão defender os interesses da gestão municipal:

“... quem manda é o prefeito, paga aluguel, paga a luz, vai te dar apoio, vai dar voto, telefone com internet, mas vai ter que conviver com o prefeito”(Suj.26)

“ O prefeito que colocou. eu cheguei lá no município, aonde todos os representantes são de religião católica, e todo mundo funcionário da prefeitura. O plano, veja bem, a partir do momento que o prefeito indicou sem uma eleição, você esta sendo pau mandado dele, pra assinar o que ele quiser, viu o que ela falou, o prefeito que pediu, ele me colocou ele pode me tirar, isso existe?” (Suj.24).

“... o secretario liberou todos os funcionários davam presença para quem quisesse ir e foram todos para lá e usuário era pouco, tinha cinco usuário e tinha mais. então e um dificuldade nessa hora, mesmo todo mundo tivesse direito a voto, mas foi prejudicial,

nos tivemos dificuldade porque foi eleito só funcionário”(Suj.22)

“... para fazer a conferencia não deixar a paridade, a paridade, e quatro, dois, dois, e três, e dois um, um e não senão você acaba categoria mais presente, a categoria que vai aprovar o que interessa a ela”(Suj.22).

Os conselheiros falam da importância da participação organizada para garantir uma representação autônoma dos conselhos no encaminhamento das questões relacionadas aos serviços de saúde. Indicam formas e estratégias de como estão tentando exercer seu papel de conselheiros de saúde, ampliando seu poder de deliberação e suas relações com os poderes locais:

“... eu sinto assim como se eu fosse muito importante no conselho, faz a gente sentir peça importante. Porque eu acho que depois que nós começamos a participar mesmo, muita coisa melhorou e o secretário também ele mostra muito assim a importância do conselho. ele pede ajuda e ele, e outra coisa ele presta conta, o importante e isso prestar contas” (Suj.22).

“...o nosso conselho funciona, nós temos a comissão de atenção básica,... é o responsável, presidente da comissão de atenção básica, nós temos o presidente de comissão de hospital e exames de media complexidade... lá nós também tínhamos esse problema de chegar às coisas em cima da hora, de tanto nós brigarmos lá, foi chegar com quinze dias, com 20 dias, com 30 dias antes, lá não tem mais esse negocio de aprovar pra ontem porque se não o dinheiro não vem, não vem... de um tempo pra cá, a

secretaria me manda o que ela gastou, o que ela contratou todo mês vocês vêem isso? O que ela contratou, todo mês ela faz isso? Não são de três em três meses. Nós não aprovamos ainda porque nos estamos analisando item por item, porque não queremos fazer uma coisa com irresponsabilidade (Suj.19)”.

Falam da importância de melhorar a representação junto aos conselhos como nas formas de escolha dos representantes, assim como, do presidente do conselho e da garantia de uma organização material e financeira dos conselhos para exercerem seu papel de controle social:

“... hoje nós temos presidente eleito do conselho nacional que e um trabalhador de saúde eu vou ser bem rápido, devido a falta de estrutura quando nós começamos a cobrar e o secretario começou a recuar, nós começamos a fazer reuniões itinerantes”(Suj.19).

“... não adianta a resolução, não adianta a deliberação da 12 conferencia nacional, eu cheguei para o prefeito, para o secretario nós precisamos de orçamento, nós precisamos fazer o conselho andar”.

“... você entra com pedido de orçamento para o prefeito, para o ano que vem, porque eu acredito que esse ano eu não recebo mais, você tem. todos os conselhos têm esse direito, se você tem no orçamento dez mil reais, você tem 10 mil reais para gastar, para se deslocar, você tem dinheiro para pagar uma secretária, você tem dinheiro para alugar uma sala”.

“... como que um morador da zona rural vai buscar um conselho que um presidente trabalha na

secretaria, o outro trabalha na contabilidade e o outro trabalha numa farmácia e assim por diante, no caso dele também um dentista, a comunidade não tem como”(Suj.20).

“para manter o seu conselho. igual ela falou aqui, do local pra população saber isso já e um lugar certo para toda a população. O nosso presidente do conselho junto com o secretario já viu uma sala, tem cadeiras, tem computador”(Suj.22).

“É claro que o prefeito vai determinar o que ele quer, a secretaria também, vai fazer os direitos dela e não os direitos de um conselho, eu sei muito bem o que ela esta dizendo”(Suj. 19).

Discussão da classe 2:

Os conselheiros desta classe apresentam um discurso sobre a atividade de controle social como uma zona de conflito e tensões, particularmente com outras formas de poder na saúde municipal, como o legislativo e o executivo. Buscam a sua legitimidade na execução de tarefas ligadas ao controle financeiro e prestação de contas e na agenda de demandas por serviço advinda dos usuários da saúde. Uma representação muito dependente da dinâmica da gestão municipal e nas limitações e dificuldades de execução do papel de conselheiro de forma autônoma.

Temos nesta classe a maior frequência das unidades de discurso, o que pode estar em acordo com os dados encontrados no item que trata do perfil de organização dos CMS, onde temos nos conselhos municipais de saúde da RIDE-DF, um perfil formal e burocrático de organização e uma dinâmica de funcionamento, pouco participativa e representativa dos interesses populares. Podemos deduzir que

a construção da representação social do controle social nesta classe está articulada com as dificuldades no cotidiano das práticas de participação e controle social nos conselhos. Temos, portanto, um sistema periférico e externo ao controle social, no caso o papel da gestão municipal, como definidor da representação social do ser conselheiro municipal de saúde.

Os conselhos como instituição híbrida (AVRITZER & PEREIRA, 2005) aparecem no cenário como uma forma de partilhar os espaços de deliberação entre as representações estatais e as entidades da sociedade civil. São espaços que dão origem, de acordo com os autores acima citados, ao accountability social. São novas formas de controle público ou social sobre o executivo e legislativo e que vão por meio do ativismo e da participação política e social legitimarem a democracia e a cidadania.

Os conselhos são algumas das maneiras de envolver a sociedade civil no controle e na prestação de contas dos recursos públicos. A preocupação que perpassa o debate é se há capacidade de influência dos espaços de participação, como os conselhos gestores, na mudança do caráter hierárquico tradicional das políticas públicas e nos seus desdobramentos nos níveis municipais e locais. Para Escorel (2008), os conselhos de saúde, como espaço de poder, de conflito e de negociação, apresentam avanços importantes no que se refere à possibilidade dos cidadãos controlarem as ações governamentais, à mudança na forma de interferir, deslocando o clientelismo e fisiologismos tradicionais. Podem representar também um espaço de aprendizado no exercício do poder político. Entretanto, enfrentam dificuldades de legitimação e eficácia.

Os maiores obstáculos, segundo Labra (2006), são o autoritarismo social e as visões hierárquicas e excludentes da sociedade e da política. O autor sintetiza, após

vários estudos, um conjunto de problemas existentes nos conselhos de saúde, tais como: as reuniões despendem muito tempo sobre problemas internos e debatem muito pouco assunto substantivo, os Planos de Saúde, os Orçamentos e Relatórios de Gestão são pouco discutidos e em geral seus processos de apreciação e votação são meramente ritos formais para aprovação de documentos urgentes, sem maiores análises. Contam ainda, a precariedade da infraestrutura física e orçamentária, a comunicação deficiente e a falta de autonomia dos conselhos.

Outro aspecto relevante para Labra (2002) é a atitude do gestor, que pode ser irresponsável, nociva e desrespeitosa, não respeitando a decisão de colegiado, adotando práticas autoritárias e manipuladoras, não respeitando a prestação de contas e utilizando muitas vezes discurso tecnocrático ou a cooptação de lideranças comunitárias por meio do clientelismo. Outro aspecto presente é a relação público-privado, onde pode haver por parte do gestor uma falta de controle sob os prestadores de serviço com articulações de interesses de bastidores ou mesmo incentivando a terceirização ou privatização dos serviços de saúde. O predomínio do gestor na presidência dos conselhos pode reforçar esta falta de autonomia dos conselhos e a interferência do poder executivo na gestão colegiada.

Tabagiba (2005) analisou a situação frágil dos conselhos gestores de políticas públicas diante da recusa dos governos em partilhar efetivamente a elaboração e a execução das políticas públicas para as quais foram criados e observou que pode haver cooptação ou desmobilização da sociedade, quando não há disposição do governante em tornar promessas institucionais em políticas inclusivas efetivas.

Faria (2008) destaca as dificuldades na construção de pautas conjuntas e as assimetrias entre os atores estatais e os atores sociais. Há um pouco esforço dos gestores, ainda, na capacitação dos atores sociais impedindo uma participação mais

igualitária. A falta de conhecimento ou informação pode comprometer a eficiência da atuação dos conselheiros, porque diminui a capacidade de argumentação e de interpelação, particularmente dos interesses e necessidades populares, frente ao tradicional discurso da falta de recursos dos tecnocratas.

Outro elemento importante no processo deliberativo dos conselhos gestores está na cultura participativa e da qualidade da construção da cidadania. No Brasil temos uma forte tradição de uma cidadania regulada por cima, onde as classes dominantes, historicamente nos poderes executivo e legislativo, sempre definiram pelo alto a aplicação dos direitos sociais e esteve ligado a uma perspectiva de cooptação das lideranças e exclusão da participação popular. Esta perspectiva pode definir o tipo de associativismo e a natureza mais ou menos conflitiva da participação da sociedade civil. No contexto dos municípios este cenário pode ser reforçado por práticas de dominação, como o Coronelismo, herança social inscrita no território.

Classe 3: O Controle Social como espaço de deliberação da política de saúde nos municípios.

A classe três está presente com 16.88% das falas dos conselheiros de saúde de todas as regiões da RIDE-DF e dos municípios que participaram no processo. Nesta classe falam do conselho como um fórum democrático de discussão e deliberação da política de saúde e de um papel de representação que é mais amplo, não se limitando aos interesses individuais ou dos segmentos que participam nos conselhos. Destacam a necessidade de não haver segmentação e até partidarização no espaço de representação dos conselhos municipais de saúde:

“... colocar em discussão e aprovar as políticas que atenda os anseios daquele segmento que ele representa, e eu entendo também que os conselheiros eles não podem ser situação contraposição, político contra político, gestor contra prestadores, usuários contra governo. eu entendo que no pleno do conselho isso não pode acontecer, ali e foro democrático e como tal a gente deva respeitar as necessidades e decisão de cada segmento e evitar se a politização do conselho”(Suj.19).

“... significa responsabilidade, eu entendo que o conselheiro ele não representa em si, a si só, ele representa um segmento, e como tal ele tem que dar o retorno aquele segmento que representa”(Suj.21).

Destacam que no processo deliberativo é fundamental a publicidade das decisões tomadas no âmbito do conselho e que o conselheiro deve estar organicamente articulado com as demandas do segmento que representa e da sociedade em geral:

“Então todas as deliberações, todas as decisões acontecidas no pleno do conselho ele tem que levar para o segmento que ele representa, trazer os anseios daquele segmento para dentro do conselho”(Suj.9)

“ Porque o conselho na minha visão ele não tem o sentido de ser político, mas sim atender os anseios da sociedade. olha no que se refere ao meu segmento, sempre precede das reuniões, a gente

reúne com as pessoas em busca de proposta que eles possam apresentar”(Suj.12).

Falam, ainda, da necessidade de preparar a organização da sociedade civil para esta nova responsabilidade de representação e participação nas políticas públicas, com um fortalecimento das entidades e instituições: *“ E dessa forma que eu vou, que eu trabalho, que eu represento o controle social, eu acho que eu aqui sou um dos principais usuário do sistema na representação, só que eu tenho observado o seguinte, os nossos representados não trazem para nos as suas reivindicações, por mais que a gente esteja inserido e envolvido naquela comunidade”(Suj.21).*

“Temos segmento dos portadores de necessidades especiais, de doenças crônicas, o caso da diabetes, câncer, então é necessário que haja então uma criação de um fórum de discussão dos próprios assuntos que vão ser debatidos na plenária do conselho”(Suj.21).

“Para que aquela entidade que esta representada no conselho ela seja representativa do segmento como um todo, principalmente daquele segmento, o que seja por omissão ou que seja por não capacidade participativa terem sido eleitos para o conselho municipal de saúde”(Suj.21).

“Então a gente tem que preparar também a abertura dessas instituições. A igreja. A igreja evangélica. Represento o sindicato dos trabalhadores rurais do nosso município, e lá no nosso sindicato nos temos a oportunidade de passarmos aquilo que nós discutirmos”(Suj.8).

Nas falas expressam o entendimento que para a tomada de decisão no colegiado dos conselhos em função do bem comum que é a saúde de todos os munícipes torna-se importante a construção de consensos e uma discussão coletiva dos diversos interesses e necessidades representados no conselho:

“Entendo que cada segmento, seja dos usuários, gestores, trabalhadores, prestadores, eles também se organizem ate para colaborar quando da reunião da plenária do conselho municipal de saúde, não que haja uma tomada de posição no sentido de conflitos, mas uma tomada de posição no sentido da conciliação de possíveis conflitos já previstos, porque nos enquanto usuários querem defender a assistência à saúde, uma prestação de saúde com qualidade” (Suj.12).

“E na verdade eu peço para que todos os segmentos que traga os problemas dos seus segmentos para que seja discutido dentro do conselho, para que nós tomemos uma posição, que seja associação de moradores, que seja outras instituições que nos temos” (Suj.10).

“Porque o conselho é exatamente isso, a uma miscigenação desses vários interesses, para isso ele é composto inclusive por várias facetas, pra que cada um possa dentro da sua aptidão”(Suj.11).

Reforçam o papel dos conselhos como fóruns democráticos que ampliam o debate e as decisões em torno das políticas públicas e possibilitam a mobilização da sociedade, por meio das entidades representativas:

“E a experiência que tenho e que muitas vezes e que as câmaras municipais de vereadores se discute assuntos da maior importância possível e quando você olha só está lá aqueles cinco ou sete vereadores”(Suj.20).

“Ele tem, o conselheiro tem sim esse poder de mobilização, por exemplo, eu que represento o sindicato dos trabalhadores rurais se nos, se o conselho começar a fazer um trabalho dentro do próprio sindicato de mobilização, de anúncio”(Suj.11).

“No caso e uma organização geral das associações do entorno do DF vocês conseguem mobilizar os moradores em torno de que, o que os moradores fazem? No caso a gente faz assim, a gente reúne as associações e ai passa para elas os problemas e colhe sugestões e ai eles vão reunir com as suas associações para poder trazer as informações”(Suj.13).

Os conselheiros se posicionam, de forma crítica, identificando dificuldades no exercício da representação, com a ausência de participação de segmentos como dos usuários ou na interferência dos gestores na indicação de outros segmentos, comprometendo a autonomia e o processo de deliberação dos conselhos de saúde:

“Isso eu tenho observado de uma forma geral, são todos os setores, são todos os segmentos. Por mais que a gente procure reunir com essa turma, levar ações nas reuniões do conselho, de certa forma eles ficam calados, e ai isso nos leva a tomar algumas atitudes ou decisões que as vezes não vai favorecer no todo, não vai satisfazer a todo mundo”(Suj.5)..

“Então a gente faz na medida em que a gente pode, quando a gente consegue fazer. Então a minha realidade e essa, eu não levo, eu não levo o que foi discutido no conselho, no caso para os meus que eu estou representando como eles também não trazem os problemas para que eu leve na discussão de conselho”(Suj.8).

“Eles não trazem, por isso, fica difícil a gente desenvolver algumas ações, em suma, os nossos liderados, os nossos comandados não nos apresentam as reivindicações necessárias para que o sistema possa oferece los”(Suj.20).

Discussão da classe 3:

A representação social desta classe tem como núcleo central o exercício democrático do poder de deliberação da política de saúde nos municípios, que define a institucionalização do conselho de saúde e o papel dos conselheiros no controle social. Destaque-se que, de acordo com o dendograma (fig.2), a classe 1 e 3 compõem um dos eixos de análise das representações sociais (35%), que expressa visão política afirmativa do papel dos conselheiros, como lideranças responsáveis pela qualidade da ação de mobilização desenvolvida junto à sociedade, na defesa e implementação do direito à saúde.

Um discurso que aposta na potência da sociedade e na representatividade dos conselheiros, como elementos estratégicos para qualificar o conselho de saúde como fórum político de mobilização, debate e deliberação sobre as necessidades de saúde e os direitos dos cidadãos. Uma representação social que pressupõe o rompimento com a visão meramente representativa da democracia e a contradição entre mobilização e institucionalização. Alguns autores argumentam que os processos decisórios institucionalizados possibilitam à sociedade aumentar sua capacidade deliberativa e a horizontalizar as relações entre os atores (AVRITZER & COSTA, 2004).

Uma perspectiva que procura inverter a tendência elitizadora da política hoje hegemonizada pelas elites políticas e pelo mercado, evitando assim a mercantilização dos serviços públicos e reorientando-os para os interesses e necessidades da maioria do povo. Uma dimensão estratégica das formas democráticas, onde a participação faz parte do exercício do poder e na sua redistribuição, evitando a sua concentração e monopolização por parte de elites econômicas e políticas (MARTINEZ, 2007).

Uma dimensão de participação democrática de alta intensidade, que vai mais além da repartição de informações, da simples consulta ou do assessoramento, ela busca identificar e transformar relações de poder assimétricas ou impositivas em relações de igual para igual (MARTINEZ, 2007). Deve criar oportunidades de acesso ao exercício do poder aos grupos ou setores sociais excluídos do processo decisório (mulheres, negros, indígenas, idosos, jovens, minorias, desempregados...), que historicamente ficam distantes das definições do poder e das políticas públicas em geral.

Para os teóricos da democracia deliberativa, o conceito de deliberação compreende: o exercício da argumentação e de decisão. Sendo a argumentação o aspecto central do processo democrático, como o *agir comunicativo* em HABERMAS (1984). Um processo que deve ser inclusivo, com possibilidade de expressão de diferentes razões e de forma pública, transparente e de interesse geral. Como um “poder comunicativo” (ARENDT, 1997), um conceito que evidencia a força social das sociedades no fazer político já que aceita que a política é um espaço de relação ou um entre os homens em ação pública. Pela ação, o cidadão se faz publicamente presente no exercício de algum momento do poder.

Para DUSSEL (2007), temos uma forma de poder delegada, que se realiza na ação política e participação estratégica do cidadão, como exercício da cidadania, na sua função política pública, como primeira e última referência, o “*poder da comunidade política ou do povo*” em sentido estrito: “*Aquele que exerce o poder o faz por outro (quanto à origem), como mediação (quanto ao conteúdo), para o outro (como finalidade)*”.

Este processo pode ser considerado como uma nova forma de politização da sociedade e vai requerer novas capacidades políticas, informacionais e organizacionais do Estado, dos cidadãos e lideranças representativas que atuem publicamente de forma responsável e democrática, nos espaços de participação como os Conselhos e Conferências de saúde. A efetividade participativa vai ser dada pela ampliação das lutas e resultados conquistados, onde a participação social e política podem ampliar os direitos e saberes, alargando o espectro democrático.

Nesta perspectiva, os autores apontam para alguns princípios fundamentais do processo deliberativo, tais como a publicidade, a pluralidade e a igualdade (SANTOS & AVRITZER, 2003). Outras variáveis podem influenciar os processos deliberativos, tais como os projetos políticos de governo, o tipo de associativismo da sociedade civil e a confluência entre projetos de grupos sociais e políticos (AVRITZER, 2002), e o formato institucional (TABAGIBA, 2005).

Para Tabagiba (2005) os conselhos de saúde podem ser considerados inovadores por apresentarem uma composição plural e paritária e pelo fato de serem espaços públicos e dialógicos dotados de capacidade deliberativa. Nessa mesma direção ALMEIDA & CUNHA (2008) apontaram os conselhos de saúde como os que possuem a dinâmica deliberativa mais rica do ponto de vista dos debates,

contestações de idéias, decisões políticas e envolvimento dos atores da sociedade civil.

Para LABRA (2006) os conselhos de saúde apresentam limitações em relação ao princípio da publicidade, como pouca ou nenhuma estratégia de comunicação social definida. Divulgam pouco ou mal sua existência e as atividades que desenvolvem, tornando-se pouco conhecidos da população em geral, com baixo envolvimento e capacidade de mobilização da comunidade nos processos que envolvem a escolha e representação nos conselhos.

A capacidade deliberativa dos conselhos de saúde define sua intensidade democrática, na partilha da autoridade e do poder e no reconhecimento da pluralidade de demandas e necessidades em saúde. O que temos nesta classe de discurso dos conselheiros municipais da RIDE-DF é o entendimento desta dimensão democrática de sua prática participativa e uma visão crítica de superação dos limites para o exercício do seu papel político e social.

Análise Fatorial das Representações Sociais

A análise fatorial de correspondência possibilita a visualização das posições resultantes da Classificação Hierárquica Descendente. A Figura 3 apresenta a projeção das palavras analisadas com associação das variáveis suplementares (Regiões da RIDE-DF – Reg. 01 = Entorno Sul e Unai; e Reg. 02 = Entorno Norte) distribuídas nos diferentes campos, bem como nas três classes examinadas anteriormente. Verifica-se que o discurso dos sujeitos se distribui nas diversas zonas, de modo não-aleatório, e corresponde às formas específicas das três classes.

Figura 3 Plano Fatorial das Representações Sociais acerca do controle social em saúde na RIDE-DF.

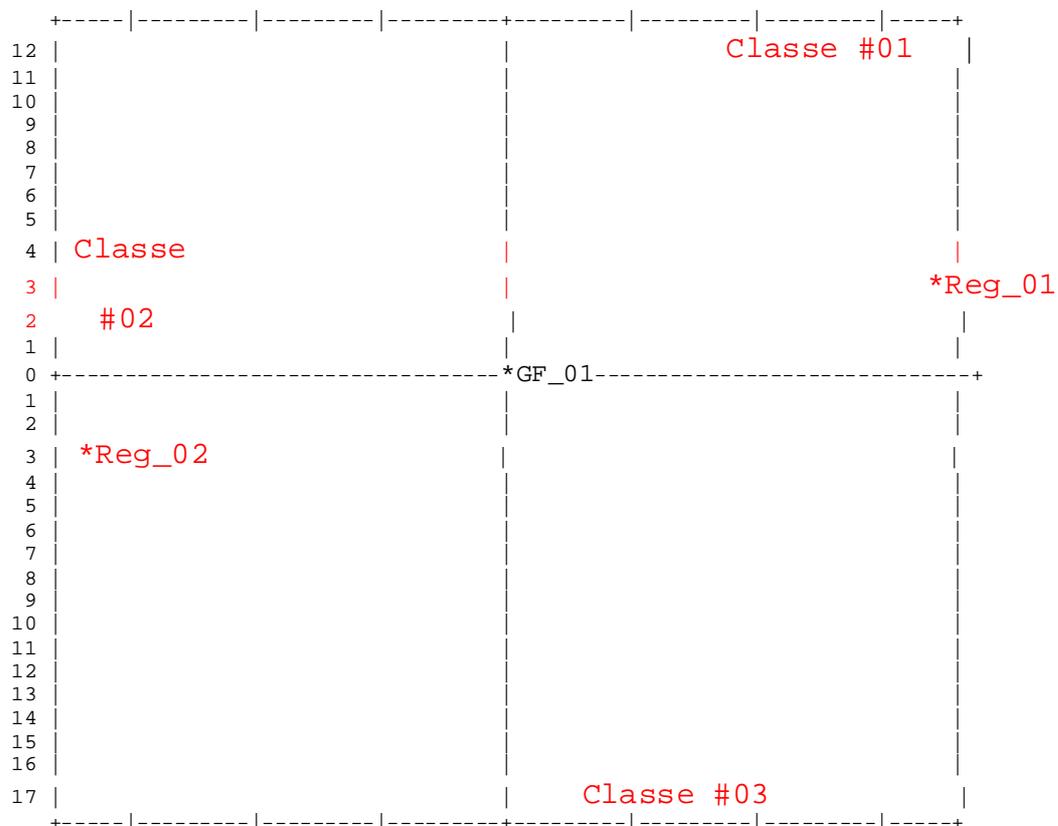


Figura 3 Plano Fatorial das Representações Sociais

A Análise fatorial aponta para existência de uma oposição entre o Entorno Norte e o Entorno sul, ou seja, a classe 01 que apresenta a **representação social de controle social como participação e cidadania em saúde** aparece associada ao Entorno Norte (discurso específico deste grupo) e a classe 02 como sendo específica do Entorno Sul e Unai que revela a **representação do controle social como função de fiscalização e controle da gestão da saúde no município**. Já A classe 03 que enuncia a representação social do **Controle Social como espaço de deliberação da política de saúde nos municípios**, não aparece associado a nenhuma destas variáveis, porém se apresenta em oposição em relação às classes 01 e 02.

Esses dados confirmam o que foi apresentado anteriormente na discussão das classes, isto é, o Entorno Norte apresenta uma representação social mais afirmativa do controle social, como espaço cidadão, possivelmente porque possuem conselheiros representativos de entidades ligadas ao movimento do campo, como os sindicatos rurais e lideranças de movimentos de moradores com tradição de participação social, ou seja, com mais experiência de militância política. O Entorno Sul e Unai revelam uma representação social mais restrita de controle social, com foco nas dificuldades de realização das ações de fiscalização e controle, que se apresentam fortemente compartilhada entre os conselheiros.

Logo, pode-se dizer que existe uma forte tendência despolitizadora e burocratizante do controle social em saúde nos municípios, com o risco desse tipo de representação prevalecer no contexto da RIDE-DF, pois se reafirma aqui a dificuldade do Controle Social estabelecer-se como espaço de deliberação da política de saúde nos municípios. Desta feita, aponta-se a necessidade de fortalecer o conselho como fórum de deliberação de políticas públicas de saúde e o controle social como espaço de participação e mobilização social, que atendam as necessidades loco - regionais.

9.4. Estratégia para Qualificação do Controle Social

A partir do reconhecimento dos limites da ação democrática do controle social em saúde, estratégias para ampliar e qualificar o seu exercício tem sido formulado. São propostas que indicam a necessidade de qualificação dos espaços de controle social e que resultaram nas Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde, em 2002. Estas diretrizes apontaram para estratégias

operacionais e metodológicas, recomendando que a capacitação aconteça de forma descentralizada, respeitando as especificidades e condições locais e que este processo seja contínuo e permanentes. Recomendaram ainda, a utilização de dinâmicas que propiciem a troca de experiências e reflexões que favoreçam a integração (CADORIN, 2010).

Neste sentido, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, em 2005, a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – PNEPCSS, elaborada em conjunto com os conselhos municipais e estaduais de saúde, com a coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Esta política ampliou o conceito de capacitação de conselheiros e se propôs a oportunizar o acesso às informações e ao conhecimento sobre o SUS, para o exercício efetivo da cidadania (BRASIL, 2005).

9.4.1. A Formação de Facilitadores: Estratégia de Educação Permanente para o Controle Social na RIDE DF.

Considerando-se o contexto dos CMS da RIDE-DF, que apresentou uma participação de baixa intensidade democrática (SANTOS, 2008), com limitações na partilha da autoridade de gestão da política municipal e na capacidade de decisão dos conselheiros de saúde, concluiu-se ser necessário, a construção de estratégias coletivas, junto com os conselheiros municipais. Estratégias que superassem um perfil de controle social burocrático e formal, com limitações na representatividade da participação popular e qualificassem os conselheiros para o controle social como exercício democrático, participativo e cidadão.

Assim, nesta etapa da pesquisa-ação, assumiu-se, desde o início, que a formação de facilitadores de educação permanente para o controle social seria de fundamental importância para a qualificação dos conselhos de saúde. Todavia, o modo como esse processo seria desenvolvido foi objeto de intensa discussão entre os pesquisadores e conselheiros, visto que as atribuições adjudicadas aos conselheiros são amplas, dinâmicas e complexas.

Cabe ressaltar que, partiu-se do pressuposto que os conselheiros possuem um conhecimento prévio de suas práticas, que possivelmente são re-construídas na inter-relação com os diversos sujeitos sociais que convivem cotidianamente nos espaços dos conselhos. Ademais, que a diversidade de conhecimentos existentes pode contribuir para a construção de uma ecologia de saberes bastante profícua para ampliar a participação social.

Desta feita, optou-se, de comum acordo, pesquisadores e conselheiros, por realizar um processo de educação permanente para o controle social em saúde, que exige a constituição de uma cultura crítica entre os atores sociais envolvidos (conselheiros, técnicos, profissionais dos serviços de saúde, professores), e capacidade de levar adiante práticas inovadoras e ativas nesse terreno. São questões consideradas fundamentais para a efetivação das mudanças necessárias para o fortalecimento da participação popular, ampliação e qualificação do controle social. A formação de facilitadores, nesse processo, é uma linha estratégica de intervenção na interface da educação e da participação na saúde, adotada nesta etapa da pesquisa-ação.

Uma das atitudes mais importantes que um conselheiro, como **facilitador** do controle social em saúde, precisa assumir é a de recontextualizador crítico. Essa atitude implica em estar sempre atento às efetivas necessidades decorrentes da

ação de controle social, como a defesa do direito à saúde e da cidadania, o conhecimento das necessidades em saúde da população em geral e dos seus representados e focalizar sua ação em razão da complexidade do trabalho em saúde, dos projetos estruturantes da reorientação da atenção, enfim, dos princípios norteadores do SUS (CECCIM, 2005).

Nesta fase da pesquisa, embasada nos dados obtidos na primeira etapa da pesquisa, apresentada anteriormente nesta tese, complementada por levantamentos realizados durante o processo de formação, desenvolvemos uma ação educativa problematizadora do papel dos conselheiros e da organização e funcionamento dos conselhos. Como estratégias metodológicas foram desenvolvidas Oficinas de Educação Permanente para o Controle Social, com encontros presenciais e alguns momentos à distância, realizados no período de março a dezembro de 2007.

Devido ao grande número de Conselhos envolvidos, foi dividida em duas fases a formação do grupo regional. As oficinas contaram, na primeira fase, com a participação de 36 conselheiros dos municípios da Região de Unaí (Buritis, Cabeceira Grande, Unaí) e da Região do Entorno Sul (Águas Lindas, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás, Novo Gama, Cidade Ocidental, Luziânia e Cristalina). Na segunda fase, as oficinas tiveram a participação de 32 conselheiros da região do Entorno Norte (Água Fria, Vila Boa, Planaltina, Formosa, Cabeceiras) e da Região de Pirineus (Cocalzinho, Pirenópolis, Abadiânia) e da Região do Entorno Sul (Águas Lindas).

Ressalta-se, nos momentos de dispersão entre uma oficina e outra, os conselheiros facilitadores, realizaram atividades de campo nos municípios, onde debateram e construíram com os seus pares no Conselho, os diagnósticos e a compreensão da realidade dos Conselhos de Saúde na RIDE-DF. Esse processo foi

apoiado em roteiros discutidos presencialmente e monitorado por preceptores pesquisadores que à distância orientavam a realização dos levantamentos.

A seguir, serão apresentados os momentos trabalhados com os conselheiros, bem como os resultados obtidos nos processos de discussão conjuntos (pesquisadores e conselheiros) acerca das estratégias para o fortalecimento do controle social em saúde na RIDE-DF.

Apresentação e Discussão dos Momentos da pesquisa-ação

Primeiro Momento:

De onde viemos: Conhecendo um pouco da história dos conselhos e dos conselheiros

Para ampliar a discussão foi construído com os conselheiros facilitadores, na primeira oficina, um exercício denominado a linha do tempo ou da vida dos conselhos. Este exercício foi realizado na forma de entrevista grupal onde a partir de um conjunto de questões abertas foi possível aprofundar a reflexão sobre o processo de criação e atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, assim como aspectos da realidade que influenciaram e ainda influenciam o funcionamento dos conselhos. Este momento teve como objetivo resgatar e contar um pouco da história de como ocorreu o processo de criação e implantação do Conselho de Saúde nos municípios, sob a percepção dos conselheiros facilitadores. Para tal, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras:

1. Falem da participação social no seu município antes da lei que instituiu os conselhos? Existiam movimentos fortes e atuantes? Que entidades ou

instituições representavam? Quais eram os grupos e ou pessoas que ajudaram a fomentar a criação e implantação do Conselho de Saúde?

2. Com a legitimação dos Conselhos, houve participação dos movimentos sociais e entidades na estruturação e composição dos conselhos?
3. E agora, neste momento do atual mandato, como você avalia a participação das entidades e movimentos sociais no controle social em seu município? Há entidades organizadas que conseguem mobilizar pessoas para participar no conselho? Você conhece alguma entidade e ou segmento que gostaria de participar e não tem acesso? Há entidades ou movimentos que participam em mais de um dos conselhos no município? Há participação e mobilização para criar conselhos locais de saúde e realizar conferências?

Segundo os resultados das questões acima, apresentados e discutidos no grupo de facilitadores, a criação dos conselhos foi fortemente influenciada pelas administrações, na visão dos conselheiros, tendo em vista a exigência legal para o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Os municípios ou os Estados por meio de suas gerências regionais ou locais (secretários de saúde) desencadearam um movimento de contatos com as lideranças ou entidades para que constituíssem os conselhos. Em outros casos, a mobilização se deu por meio de profissionais mais engajados com a democratização da saúde nos municípios. Nos municípios que compõem o entorno sul, mais próximos de Brasília, este momento de criação dos conselhos coincide com os movimentos de luta pela emancipação de distritos para municípios, com uma agenda de reivindicações para infra-estrutura básica nestas localidades, articulando de alguma forma com a luta da saúde. Não foi destacado pelos conselheiros se, antes da criação dos conselhos de saúde, havia

nestes municípios a atuação de movimentos populares em defesa da saúde da comunidade. Isto associado à forte presença das administrações na criação dos conselhos resultou uma formação pouco representativa, com distorções na escolha e representação, pouca autonomia das lideranças ou membros indicados por cooptação aos interesses locais

É inexistente a presença de movimentos de mulheres, da juventude, de negros, dos sindicatos urbanos e pouco presente as Organizações Não Governamentais. Em dois municípios foi citada a presença de projetos de Extensão da Universidade de Brasília como estímulo e apoio local na criação e estruturação dos conselhos de saúde. Tem sido comum a representação de uma mesma pessoa em vários conselhos municipais (meio ambiente, segurança, educação), o que tem levado em alguns casos citados, a articulação destes conselhos, com agendas e estruturas comuns, como locais e condições de funcionamento (casa dos conselhos).

Os conselheiros reconheceram que a criação dos conselhos de saúde ampliou o espaço para a participação social nos municípios. O início do processo foi difícil à participação das entidades, tendo em vista o baixo nível de consciência e organização da comunidade local, o que levou a processos formais e legais, extremamente burocratizados e com pouca participação e mobilização para o exercício deste direito, gerando em muitos casos uma descaracterização da participação e da representatividade nos conselhos. Ao longo do tempo os segmentos mais organizados têm procurado ampliar e qualificar a participação com uma participação mais ativa e autônoma dos representantes dos usuários, ocupando a presidência dos conselhos ou alterando regimentos e estatutos considerados antidemocráticos.

Outro aspecto considerado foi à necessidade de ampliar a participação e mobilização local nas questões da saúde. Para tanto, outra dimensão do controle social está em curso nos municípios com a realização das Conferências Municipais de Saúde. Desde a criação dos mecanismos do controle social nos municípios, na década de noventa, poucos deles haviam realizado as conferências previstas de dois em dois anos, como espaço de discussão e deliberação das diretrizes da saúde no município. Com a realização das conferências há relatos de mais segmentos que se incorporaram na luta pela saúde, fortalecendo o papel dos conselhos e das lideranças que representam à comunidade.

Considerando a linha do tempo dos conselhos de saúde nos municípios da RIDE-DF, podemos perceber que o processo de criação dos conselhos não surgiu como resultado da organização e da participação cidadã direta nestas localidades. Foi fruto de uma conquista mais geral de democratização do Estado Brasileiro e de suas políticas públicas que repercutiu nos municípios e na sociedade. Estes municípios com suas comunidades locais não possuíam uma tradição de participação ao nível de exigência que a nova modalidade de definição e gestão da política de saúde exigia. Os poderes municipais ainda continuam concentrados em formas democráticas pouco participativas, com pouca representatividade e legitimidade dos segmentos populares organizados.

Com o processo de reflexão desenvolvido foi possível perceber que os segmentos dos usuários reconheceram suas dificuldades de participação e mobilização nos municípios. Consideraram que o desafio do controle social da saúde está na conquista da autonomia dos representantes da sociedade, ou seja, mais democracia e no fortalecimento da qualidade da participação.

Segundo Momento:

Quem somos nós?

Construindo um perfil atual dos conselheiros na RIDE-DF.

Considerando-se que poderia ser o elemento facilitador do processo-ensino aprendizagem, buscou-se identificar e analisar o perfil do grupo dos conselheiros participantes do processo de educação permanente. Do segmento dos usuários prevaleceram os representantes: dos religiosos, dos doentes portadores de alguma doença crônica ou necessidade especial, das associações de moradores, dos sindicatos rurais, das instituições sociais como Rotary, Lions Clube e Maçonaria. Os profissionais de saúde estão representados por técnicos ligados à administração municipal na sua grande maioria, sendo inexistente no grupo de facilitador os profissionais médicos e suas representações. A gestão está pouco representada no grupo facilitador pelo secretário de saúde municipal, estando mais presente, gerentes e coordenadores de programas. Os prestadores se mostraram pouco presente.

Esse perfil dos conselheiros facilitadores reflete a base de atuação, bem como a representatividade dos conselhos municipais da RIDE-DF. Temos uma participação de baixa intensidade dos usuários com atuação em torno de agendas pontuais, ações imediatas e demandas focalizadas nas carências de serviços municipais, com grupos e segmentos com pouca tradição de movimentos em defesa de direitos de cidadania. Mas por outro lado dispostos a avançar na consolidação do controle democrático da saúde com mais e melhor participação nas instâncias colegiadas. Mostram-se, portanto, com maior potencialidade para serem facilitadores das mudanças. Os profissionais de saúde, considerando a precarização do trabalho

na maioria dos municípios participantes, tendem se aliar com os usuários para defenderem suas reivindicações corporativas de salários e condições de trabalho nos momentos de conflito, mas, com pouca autonomia local, acabam por apoiar sempre os encaminhamentos propostos pela gestão. A ausência das entidades representativas dos profissionais reforça esta situação encontrada nos conselhos de saúde de municípios pequenos e médios.

É cada vez menor a presença do gestor no colegiado, que define de antemão as questões que são sumariamente encaminhadas e aprovadas nos conselhos. Finalizada, em parte, a etapa de formalização e legalização dos conselhos, de acordo com as exigências legais nacionais para o recebimento de verbas federais, a ação indutora dos gestores locais têm sido substituída por um rito burocrático e sucinto nas decisões dos conselhos. Em geral, estabelecem-se as pautas e discussões de acordo com os grupos de interesses locais, regionais e federais, que podem envolver prestadores e médicos e outros profissionais na prestação de serviço ao SUS. Portanto, para esses grupos a pressão se dá em outras instâncias de poder, não sendo necessário atuarem como facilitadores de processos participativos e democráticos locais.

A representação, o lugar e o discurso de cada sujeito do processo, nos participantes do grupo focal, indicaram uma percepção de como esses atores vêem o controle social em saúde e o papel do conselheiro. Reflete e expressa contradições e conflitos que podem estar na base do processo de mudança ou legitimação. Percebem de maneira geral a importância e o avanço que foi a criação dos conselhos e sua institucionalização com caráter deliberativo. Percebem que a organização do conselho avançou muito em função dos atos normativos para liberação dos recursos financeiros, que exige uma composição paritária, com a

fiscalização da promotoria pública nesses processos organizativos. Expressam também, que para se legitimar como instância de poder democrático e participativo, o conselho tem um papel político, principalmente em defesa do usuário do SUS, de melhorar a qualidade de saúde.

Para tanto, precisa modificar a cultura política local. A pressão política partidária interfere no processo de organização, de representatividade e de fiscalização no exercício do controle social. Há ingerências na organização do conselho para aprovação do balancete, pois há a ameaça do não repasse dos recursos federais. Anunciam sobre a pouca autonomia para deliberar por ações para a saúde nos municípios, onde quem manda, na maioria das vezes, é o prefeito e não o secretário de saúde. Há uma percepção dos conselheiros, focada nas dificuldades locais, que envolvem os interesses em disputa na realidade municipal. Essa percepção pode dificultar a compreensão mais ampliada e a perspectiva de integrar uma ação local com agendas regionais e nacionais.

Todavia, apontam para o controle social como uma nova relação do Estado e a Sociedade, expressam na atividade dos conselheiros de saúde um papel de maior responsabilidade com as necessidades de saúde locais e maior envolvimento com a gestão da política pública. Indicam que o processo de organização da atenção básica nos municípios apresenta dificuldades relacionadas ao modelo de atenção proposto, com dificuldades no trabalho dos profissionais envolvidos e a insuficiência de recursos financeiros em relação às necessidades. Há falhas no sistema de saúde, sobretudo no que tange à ações de promoção e prevenção. Existe também carência de serviços de média e alta complexidade. Os profissionais, muitas vezes, não atendem bem a população e trabalham em condições inadequadas. Esses fatores não permitem o alcance da integralidade da atenção.

No Brasil, o processo de descentralização da saúde indica duas centralidades na proposta, uma que é estratégica e vê na implementação de ações programáticas voltadas para a família e no trabalho de equipes locais (Estratégia de Saúde da Família), a possibilidade de ampliação do acesso e da cobertura e mudança no modelo de atenção centrado na integralidade e unicidade do sistema e outra que remete ao processo de municipalização uma lógica racionalizadora, de maior eficiência na utilização dos serviços e nos gastos, esvaziando o caráter mais político do debate e privilegiando uma perspectiva de gestão mais centralizada das agendas e dos recursos financeiros. Essa contradição está presente na atuação dos conselheiros de saúde que se dividiram numa perspectiva mais política de intervenção, defendendo o usuário e suas necessidades, portanto que incita por mais poder e participação, ou numa ação mais normativa e fiscalizatória dos recursos da gestão local, que em geral são insuficientes e reforçam a falta de autonomia dos sistemas locais.

O controle social apresenta como elemento fundamental para sua legitimidade e representatividade a intensidade democrática. Sem mecanismos que garantam o poder de decisão da sociedade civil ou dos segmentos representados, a relação de controle se subverte e prevalece o controle ou a regulação do Estado ou do mercado com seus interesses de aumento de lucratividade com a saúde. Os conselheiros falam desta preocupação de não serem cooptados por uma lógica mais forte do que suas capacidades de atuação e representação. É forte uma percepção de que os conselhos ainda não cumprem o seu papel mais legítimo. Muitos falam que não têm a participação dos conselheiros no processo de planejamento, monitoramento e execução das ações de saúde, uma das justificativas é o

desconhecimento e o despreparo para fazer isso. Geralmente recebem pronto por parte da área técnica da Secretaria de Saúde.

A falta de poder de interferir mais enfaticamente na gestão das políticas de saúde, de fato, dos conselhos, que embora apresentem uma estrutura legal para fiscalização, compromete o exercício da democracia participativa, onde não se verifica a presença de poder para vetar, em determinadas situações. O controle social não é só fiscalizar, mas também, contribuir para a melhoria do processo da saúde-doença, ter poder de decisão e ser co-responsável na formulação e no desenvolvimento da saúde local.

Todavia, os conselheiros, de modo geral, falam da dificuldade em ter o secretário de saúde como presidente do conselho. Dizem ser contrários a isso, uma vez que ele vai aprovar no conselho as suas próprias ações e proposições. Ainda são observados os limites da ação do Estado na regulação e fiscalização do setor privado. Ademais, os conselheiros questionam a relação do governo com os planos e seguros de saúde na medida em que a sociedade não participa do controle e da regulação deste setor, cabendo este papel a uma agência reguladora criada para esta finalidade a Agencia Nacional de Saúde (ANS).

Outro elemento destacado é a falta de apoio para os conselheiros desenvolverem suas atividades, seja com uma dotação específica para o funcionamento do conselho ou recursos humanos e materiais. Há quem defenda uma remuneração para a atuação dos conselheiros e outros que criticam essa idéia com base na defesa na autonomia da participação social.

A participação da comunidade é diretriz do SUS, uma dimensão fundamental para o exercício democrático. A qualidade da participação que se realiza nos espaços do controle social (conselhos e conferências) pode determinar

avanços e dificuldades na organização local da atenção em saúde. A participação dá-se por um envolvimento em grupo social e em defesa de interesses coletivos ou pelo interesse voluntarioso de indivíduos em ajudarem na solução de problemas da comunidade. Uma participação que pode ser simples na forma de consensos locais e/ou tornarem-se mais complexas expondo as contradições de interesses sociais e coletivos e mercadológicos no sistema. A reflexão dos conselheiros aponta para dificuldades em assegurar a representatividade no conselho relacionada à organização da população, com poucos movimentos locais organizados, pessoas descomprometidas e com pouca disponibilidade de se engajarem em processos coletivos e de cidadania. Uma baixa consciência sanitária dos usuários e suas representações comprometem a qualidade política do processo participativo.

A mobilização social e o debate público das prioridades e diretrizes para o controle democrático e participativo podem ser ampliados com a realização das conferências de saúde previstas na legislação (lei 8.142). Nos municípios, até então um grande número não havia realizado regularmente a conferência de saúde. Alguns conselheiros falam que conseguiram mobilizar uma forte participação popular para a conferência, no entanto, depois disso, a população desapareceu e os conselheiros passaram a se sentir despreparados para monitorar, exercer o controle social daquelas deliberações da Conferência. Alguns conselheiros falam também que a paridade na plenária da conferência não é respeitada, há uma participação em maioria dos funcionários tanto do governo como da secretaria municipal, com um mínimo de usuário e de outros setores. Outros conselheiros falam da ausência da participação de outros setores, da dificuldade em fazer esse trabalho de articulação com todos os representados por segmento.

Outro elemento que compromete a qualidade participativa no processo democrático direto é o conhecimento por parte dos conselheiros do seu papel. Faltam conhecimentos aos conselheiros sobre suas funções, quais atribuições e limites para a sua atuação. A pouca capacitação, a indefinição de competências formais, o desconhecimento dos mecanismos de eleição e representação indicam dificuldades para os conselheiros avaliarem e acompanharem os processos de prestação de contas fazendo com que sintam-se perdidos, manipulados e divididos (entre a cruz e a espada).

Terceiro Momento: Para onde vamos

Na construção de estratégias para o fortalecimento do controle social considerou-se a transformação da realidade de saúde local como eixo estruturante de um diagnóstico e planejamento participativo, que servissem para a elaboração de propostas, prioridades e metas para a gestão democrática dos recursos e serviços municipais. Para apoiar esta ação foram desenvolvidos conteúdos ligados à dimensão do planejamento em saúde tendo como referencia os instrumentos locais de gestão previstos para o SUS, como o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão. Na seqüência seguiu-se uma reflexão sobre o papel do controle social no planejamento local e quais as informações os conselheiros precisariam dispor para participarem de forma crítica e criativa no processo. Nessa perspectiva foi sugerido e construído um instrumento de diagnóstico dos municípios, reconhecendo os determinantes de saúde/doença e a situação da atenção e gestão municipal de saúde. Baseado no trabalho de campo do Diagnóstico foi caracterizado a realidade dos municípios envolvidos e refletiu-se sobre o perfil da atenção em saúde e as

atribuições e/ou competências necessárias para atuação dos conselheiros no planejamento local.

Oficina: A saúde que temos no município

A terceira dinâmica aconteceu durante a terceira oficina, a partir da reflexão sobre as necessidades de saúde, contextualizada no processo de formação social e histórica dos municípios da RIDE-DF. A saúde pode ser entendida de uma forma ampliada ou restrita. Quando analisamos saúde não apenas como ausência de doenças, mas também como a satisfação de necessidades das pessoas e da comunidade, está falando de saúde como qualidade de vida, incorporando a visão dos sujeitos, o jeito de perceber sua própria saúde e de que maneira ela é fundamental para uma vida com qualidade. Assim podemos compreender saúde-doença como resultante do modo como as pessoas e os grupos vivem entre elas e como se relacionam com o meio, compreendendo as condições de vida, de sofrimento e de morte dos seres humanos em um contexto sócio econômico e cultural.

Nesse sentido foram trabalhadas questões da dimensão demográfica, epidemiológica e de organização da gestão e da atenção em saúde nos municípios. O exercício de campo se deu no diagnóstico realizado nos municípios pelo grupo de conselheiros, apoiados pelos pesquisadores (tutores) em instrumento contendo questões relativas às dimensões acima propostas. Para compor as informações e dados, os conselheiros buscaram fontes locais, como informantes-chaves e dados secundários dos sistemas de informação das Secretarias Municipais de Saúde e Bem-estar-Social. Foi orientado para que os dados fossem discutidos e validados na

reunião ordinária do conselho, como estratégia educativa ao conjunto dos conselheiros. Os trabalhos foram apresentados e discutidos no coletivo de facilitadores no momento presencial da oficina.

Dificuldades foram percebidas pelo grupo na realização do exercício de diagnóstico, mas os processos de discussão direcionada nos grupos dos conselhos para cumprimento das atividades trouxeram uma apropriação maior das realidades e problemas da região. Constataram-se a complexidade e diversidade na formação histórica e social dos municípios da RIDE-DF, sendo o próprio perfil do grupo de conselheiros com suas histórias de vida, representativo desta diversidade social, econômica e cultural. Em função das altas taxas de migração e crescimento, boa parte dos conselheiros é oriunda de outras regiões do país e desconhecem em parte o contexto social e histórico de formação dos municípios que representam.

Os municípios são de variados tamanhos populacionais e polarizados pela estruturação de Brasília e do Distrito Federal, na oferta de serviços, trabalho e renda. Uma região que é fruto de um projeto modernizador de desenvolvimento descentralizado para o país, com base no investimento do Estado. Desenvolvimento que assumiu um caráter mais econômico e menos social ao longo dos anos, particularmente com a privatização ocorrida em todas as áreas, na construção civil, na agricultura, na pecuária. O processo em curso gerou fortes desigualdades sociais, acentuadas pela intensa imigração interna de outras regiões do país atraída pela oferta de serviços e qualidade de vida assegurada aos primeiros moradores de Brasília. A desigualdade se acentua pela especulação imobiliária urbana e pela posse da terra nos municípios com características agrárias. A região foi absorvida pelos interesses econômicos nacionais e internacionais, como área de produção de grãos para exportação e consumo dos grandes centros urbanos do país. É uma

produção intensiva, com alta tecnologia, que reconfigura os antigos latifúndios em modernas fazendas de negócios. É evidente o conflito que tal movimento tem gerado na região, levando a existência de casos de violência entre trabalhadores e fazendeiros e até assassinatos de agentes do Estado.

No exercício de reflexão coletiva dos conselheiros, manifestou-se uma atitude de conflito entre os representantes dos municípios, na definição do contexto regional analisado. Foi observada uma diferença entre os usuários, que acentuaram os problemas vividos e diagnosticados como questões econômicas e sociais, muito focalizados na realidade de cada município. Em outro sentido, os representantes dos gestores, prestadores e de entidades de caráter mais assistencialistas, faziam a defesa do modelo econômico em curso na região, considerando em alguns aspectos os problemas sociais como naturais de um consumo desigual e, portanto, responsabilidade de cada cidadão em buscar os seus recursos para uma vida melhor. Nesse debate foi, no entanto, ampliada às perspectivas de análise, com uma visão mais abrangente da formação regional e de cada município no contexto de desenvolvimento nacional. Um contexto de formação que vem dos períodos coloniais e sofre uma mudança profunda com o projeto de Brasília.

Nos municípios de formação mais antiga, mais de dois séculos, houve uma preocupação por parte dos conselheiros em registrar e contar sua história, buscando documentos e publicações, bem como, informantes-chaves como os moradores mais antigos. Os conselheiros relataram em alguns casos, uma conquista, este processo de compreender as origens da comunidade local, reforçando suas identidades. São grupos mais tradicionais, oriundos de ocupações do período da extração do ouro e da ocupação das terras por famílias de fazendeiros e criadores de gado. Têm uma forte religiosidade, muito influenciada pela igreja católica ou evangélica e são os

municípios menos populosos, com taxa de crescimento baixas e características mais rurais.

Os municípios maiores apresentam uma formação urbana recente, com base em moradias mais precárias ocupadas por imigrantes, que buscam condições de vida e trabalho na região. Nesses municípios as questões mais destacadas foram o desemprego, a violência e problemas ambientais decorrentes da ocupação não planejada destas áreas. Há uma pressão maior das lideranças e das entidades com relação às demandas da comunidade e, portanto mais espaço para conflitos com as administrações locais ou ação de cooptação destas mesmas lideranças, que estão em processo de formação. Os movimentos estão muito identificados com as lutas imediatas e a construção de sua legitimidade passa pela conquista de mais serviços e infra-estrutura para situações de muita exclusão social nestes municípios.

Em relação à situação de saúde/doença foram identificados, pelos conselheiros, como principais problemas, os casos de doenças cardíacas como hipertensão e AVC, o câncer, a diabetes, as doenças respiratórias e infecciosas, como a dengue e doenças sexualmente transmissíveis. As causas de morte variaram, sendo mais comum em alguns municípios as doenças cardíacas e em outros as causas externas como a morte por homicídios e acidentes de trânsito. Foram também destacados como problemas a serem enfrentados na região as doenças mentais, a gravidez na adolescência, bem como o uso de álcool e drogas. Na reflexão sobre o perfil de saúde/doença, os conselheiros puderam ampliar a própria visão de saúde, considerando os determinantes e as causas dos problemas na estrutura da sociedade.

A definição dos problemas de saúde deve ser constante e participativa, considerando que cada realidade pode apresentar problemas distintos uns dos

outros. Neste sentido o Plano Municipal deveria começar em cada microárea ou área de atuação das equipes locais de saúde, para assegurar uma visão mais integral das necessidades da comunidade. A definição das prioridades e dos recursos deve respeitar o princípio da equidade, privilegiando as pessoas e os grupos mais vulneráveis em relação aos problemas identificados e os recursos disponíveis. É atribuição legal dos conselhos e conselheiros a elaboração e deliberação sobre os planos de saúde, constituindo, portanto, o planejamento como tarefa fundamental da participação e do controle social.

Todos os municípios da RIDE-DF analisados apresentaram o Plano Municipal de Saúde, como instrumento de gestão exigido pelo SUS. Os planos possuíam características muito parecidas nos formatos e nas ações propostas, sendo elaborados geralmente por técnicos das Secretarias de Saúde ou até de empresas que prestam consultoria aos municípios, considerando as dificuldades e inexperiências das administrações locais com relação à gestão e planejamento das políticas públicas. Não foi relatada nenhuma experiência de planejamento e orçamento participativa desde a normatização do SUS, no contexto da RIDE-DF. Sobre a participação no planejamento, os conselheiros indicaram que, apenas aprovam os planos de saúde, sem uma discussão prévia com suas bases e sem conhecimento do que está sendo proposto. Reconhecem dificuldades com relação ao tempo que lhes é imposto para aprovação dos planos e ainda na linguagem e formato dos documentos que privilegiam uma leitura técnica, baseada em diagnósticos numéricos e pouco explicativos. Esta dimensão na atuação dos conselheiros é sentida como pouco legitimadora do papel participativo e democrático do conselho.

Para refletir sobre a organização da atenção em saúde, identificando com que tipo e qualidade de assistência contam às pessoas, buscou-se conhecer a maneira como se dá o cuidado aos cidadãos que vivem em cada localidade e quais são suas principais necessidades. A atenção humanizada em saúde deve garantir a idéia do fluxo onde o gestor/cuidador garanta a continuidade do cuidado por meio do acompanhamento e da responsabilização. Este é um espaço de participação e de vínculo entre o profissional, usuário e toda sua rede de apoio social, como a família e a comunidade onde vive. Isto implica em conhecer a assistência que temos em nossos municípios, bem como os modelos de gestão e rever os que não garantem participação. Para conhecer as necessidades de atenção ao paciente dentro e fora do município, bem como o acesso às unidades, às equipes de saúde da família, aos agentes comunitários de saúde e toda à rede de referência instalada, foi organizado um levantamento pelos conselheiros que atuaram como investigadores locais.

O cuidado em saúde encontrado nos municípios ainda está centrado em um modelo de adoecimento, com base nas demandas sentidas ou nas urgências e emergências. As ações que prevaleceram foram as de cunho assistencialista imediatas, com pouco enfoque na ação coletiva ou intersetorial de promoção à saúde das famílias e comunidades. Todo o cuidado tem uma centralidade nos profissionais que atuam às vezes de forma multiprofissional, mas fundamentalmente no agir clínico individual. A proposta de trabalho em equipe com enfoque na saúde da família é um processo em estruturação com variações de lugar para lugar e com dificuldades de continuidade em função da falta de vínculos dos profissionais que alternam constantemente, principalmente os médicos das equipes. Ações programáticas nacionais são desenvolvidas pelas equipes locais com os protocolos

já pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde (combate a dengue, hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, entre outras).

A programação dos recursos financeiros, materiais e humanos, que são geralmente insuficientes diante das necessidades e, portanto determinantes para definição da oferta local, é feita em uma lógica mais racional de economia de escala e de eficiência no uso dos serviços. Esses não seguem em geral as necessidades dos usuários, não há flexibilidade nos agendamentos, nos horários de funcionamento e a acessibilidade não é usada como critério para construção das unidades.

Os conselheiros identificaram um movimento de expansão dos serviços municipais após a institucionalização do SUS e da municipalização da saúde. Porém, algumas áreas continuam com dificuldades, como o acesso à parte hospitalar, às especialidades médicas e oferta de medicamentos. Os municípios mais ricos e mais populosos e ou o Distrito Federal se queixam de certo estrangulamento na oferta de serviços hospitalares causada pela demanda regional. As áreas rurais em geral e os assentamentos ou acampamentos para reforma agrária estão pouco cobertos pelos serviços, em comparação com as áreas urbanas. São também pouco assistidas as pessoas com necessidades especiais e doentes crônicos com dificuldades de locomoção.

Diante desse contexto, a discussão e encaminhamentos referentes ao financiamento passam a ser centrais na perspectiva de reforçar democraticamente o cuidado em saúde como direito de cidadania, sob controle da sociedade, ampliando e revendo o modelo de atenção encontrado. Para tanto, o papel do conselho e do conselheiro como agente da mudança torna-se estratégico. Nesta linha foi proposto um exercício com o grupo de facilitadores para a construção do conhecimento a

respeito do processo de financiamento das ações de saúde, indicando a necessidade de participação nas esferas de decisão orçamentária. De início foi constatada uma preocupação do grupo mais relacionada à fiscalização na aplicação dos recursos e na aprovação dos balancetes trimestrais e a possível responsabilização do conselheiro. Preocupação que estava vinculada ao pouco conhecimento a respeito dos processos de financiamento da saúde que possuíam. Foi então refletido a necessidade de vincular os orçamentos ao plano de saúde e as prioridades e metas ali estabelecidas de forma participativa.

Para embasar a reflexão foi construído um exercício, onde foi discutido um texto sobre o financiamento da saúde do Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002), e proposto um levantamento com as seguintes questões orientadoras: O que é orçamento público? O que é a Lei do Plano Plurianual (PPA)? O que é a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)? O que é a Lei Orçamentária Anual? Como se constrói o Planejamento Orçamentário no município? Qual a importância do Plano Municipal de Saúde na definição do orçamento? Quais as fontes que financiam a saúde no município? Como funciona o fundo municipal de saúde? Possui autonomia? O que é a Emenda Constitucional nº 29? O município já cumpre a EC nº 29? Que foi discutido nos municípios e no coletivo de facilitadores.

Durante o processo de discussão sobre o ciclo orçamentário, os conselheiros relataram que desconheciam as etapas, os fluxos e fontes de financiamento, que nos municípios haviam por parte da representação do poder executivo e legislativo, questionamentos sobre a legitimidade dos conselheiros para interferir no orçamento proposto. Os orçamentos municipais também se apresentaram como peças prontas com linguagem dos peritos e técnicos da área ou contratados para sua execução,

sendo considerado algo não adequado ao tratamento pelos leigos como os conselheiros de saúde, por exemplo.

Esse conflito reflete as condições locais para o reconhecimento das formas de democracia participativa. São prefeitos e vereadores que em nome da representatividade que possuem eliminam qualquer possibilidade de politizar a questão financeira, com a participação popular. São interesses locais vinculados em geral às oligarquias regionais ou nacionais que hegemonizam a representação democrática a seu favor. Os fundos de saúde ficam, portanto, submetidos a essa dinâmica, com casos de maior autonomia, particularmente nos médios e grandes municípios e nos menores prevalece uma dependência direta da gestão em saúde do executivo municipal. A participação financeira dos municípios aumentou nos últimos anos e na RIDE-DF, todos seguem a determinação da Emenda Constitucional 29, com destinação de 15% dos recursos municipais em saúde. No entanto, a capacidade de financiamento local tem estado no limite, o que pode comprometer a construção do SUS, exigindo a definição imediata de recursos e fontes nacionais que viabilizem a política de saúde em curso.

Exercício final: Construir um perfil para o exercício democrático e participativo nos conselhos municipais de saúde?

Considerando a necessidade de refletir e problematizar os diagnósticos anteriores e construir um eixo de competências e habilidades necessárias ao controle social foi proposto aos conselheiros um exercício, onde foram divididos em grupos por segmentos representativos, para que construíssem um ideal para atuação dos conselheiros. Este ideal foi discutido com base em quatro dimensões,

que de forma integral articularam o perfil desejado: quais os aspectos ligados ao *fazer ou às práticas* dos conselheiros? Quais os *conhecimentos* necessários para sua intervenção? Quais os *valores* que caracterizariam o ser conselheiro? E quais as *transformações* poderiam provocar? Foram constituídos três grupos de trabalho: gestor e prestador, trabalhadores da saúde e usuários. Após a discussão nos pequenos grupos se seguiu uma reflexão no grande grupo dos conselheiros facilitadores.

Quanto ao conselheiro gestor e prestador, os resultados do debate de grupo evidenciaram que a atuação desejada era de que provocassem transformações no SUS em benefício da comunidade. Buscariam construir e propor soluções democráticas e participativas, por meios e recursos adequados às necessidades identificadas e fortalecendo o conselho com mais união e participação. Para tanto, deveriam conhecer as necessidades de saúde locais, as leis que regem o funcionamento do SUS, os serviços de saúde existentes e necessários, bem como as formas de financiamento do sistema. Deveriam elaborar o plano de saúde do município de forma participativa, buscando parcerias com organizações da sociedade, apresentando projetos de interesse da maioria e divulgando prioridades e metas estabelecidas, com formas variadas de comunicação (jornais, cartilhas, rádios.). Para cumprir este perfil desejado os gestores e prestadores deveriam ser éticos, democráticos e colaborativos, saber valorizar a participação dos usuários e suas reivindicações e buscar a humanização do atendimento prestado.

Aos conselheiros trabalhadores de saúde era esperado que transformassem a política de saúde local, mudando a realidade no município com práticas e soluções eficazes para os problemas da maioria da população. Ainda, que transformassem os conselhos em espaços de discussão e decisão sobre as políticas

e ações locais concretas e reais, para tanto, deveriam conhecer os conselhos, seus regimentos e valorizar a participação ativa, consciente de direitos e deveres. Deveriam conhecer a realidade de saúde do município participando do planejamento e da fiscalização dos recursos da saúde. Valorizar o trabalho em saúde com compromisso, dedicação e buscando soluções dos problemas junto às bases, discutindo e divulgando o papel do conselho e suas deliberações. Manter a ética e o respeito aos direitos dos usuários e estar qualificado para uma atuação eficaz, eficiente e humana nos serviços.

Os conselheiros representantes dos usuários deveriam atuar de forma consciente e esclarecida dos direitos dos usuários com relação à saúde e sobre o seu papel como conselheiro. Para tanto, seria necessário o conhecimento da realidade de saúde, da legislação que define a estrutura do SUS com seus mecanismos de financiamento, orçamentos e prestações de contas. Buscariam soluções junto ao gestor e trabalhadores para os problemas imediatos e ampliariam a consciência da comunidade com relação aos seus direitos e responsabilidades na gestão pública de saúde. Participariam ativamente do processo de planejamento em saúde, indicando necessidades, prioridades e formas de avaliação do que foi planejado. Fortaleceriam suas representações, aglutinando e ampliando a participação da base representada com mecanismos de escuta permanentes e de mobilização social, com comunicação e divulgação dos resultados da ação do conselho na mudança dos serviços e na qualidade de vida. Os conselheiros usuários deveriam ser legítimos na sua representação, autônomos e independentes, com visão crítica e bom senso. Teriam compromisso, responsabilidades e ética na sua intervenção. Deveriam gostar de ser conselheiros e atuariam de forma transparente

e imparcial, reforçando o respeito mútuo e a solidariedade, cooperando na construção pública das ações de saúde.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Esta pesquisa-ação mostrou-se profícua à reflexão e à problematização da realidade cotidiana dos CMS, a partir dos conhecimentos cotidianos partilhados pelos conselheiros, para a formação de sujeitos políticos com maior capacidade para influir nos rumos das políticas de saúde comprometidas para processos de transformação da realidade. O processo de ação-reflexão-ação e a metodologia das oficinas de educação permanente, intercaladas por trabalhos no campo, permitiram um espaço dialógico e construtivo entre os sujeitos participantes, onde as vivências e saberes foram valorizados, gerando um conhecimento contextualizado, crítico e necessário para a transformação das práticas de participação em saúde nos municípios. Esta experiência corrobora com o movimento de construção de epistemologias e saberes engajados na transformação da realidade embasados na pluralidade e no interconhecimento, como uma Ecologia de Saberes (SANTOS, 2009).

A estratégia de educação permanente dos conselheiros permitiu o aprofundamento e uma compreensão maior do coletivo de facilitadores e pesquisadores, acerca dos limites e das potencialidades de participação política e social em saúde na região da RIDE-DF. As informações e dados obtidos, no primeiro momento da análise, sobre o perfil de organização e funcionamento dos conselhos, bem como do perfil dos conselheiros e das suas representações sociais acerca do controle social confirmaram o pressuposto da limitada capacidade deliberativa ou da baixa intensidade democrática de atuação dos conselhos nos municípios da RIDE-

DF. Há que se ressaltar ainda que a representação e a legitimidade dos membros conselheiros mostram-se frágeis, pois enfrentam dificuldades de participação e mobilização social nos municípios.

Os conselheiros tiveram, sobretudo, a oportunidade de discutir, com mais profundidade, sobre as suas práticas fundamentais, os conhecimentos necessários para realizar intervenções que poderiam provocar transformações no sistema de saúde do município e da região. Como a satisfação das necessidades de saúde, vai além das ações da atenção básica, com intervenções mais especializadas, tanto eletivas como de urgência, urge a necessidade de que as condições de oferta ocorram, tanto em nível municipal como em nível regional. Logo, os CMS foram desafiados a construir sistematicamente o controle social em saúde da região.

É importante destacar que a pesquisa-ação permitiu uma reflexão ampliada do controle social, não o reduzindo a forma institucionalizada de gestão participativa que focaliza, apenas, na execução e fiscalização dos serviços de saúde e suas necessidades imediatas. Ficou evidenciado que o controle social e a gestão participativa devem estar ancorados em processos de mobilização e de promoção da cidadania plena com a construção de agendas políticas para o SUS que orientem e articulem a participação dos cidadãos envolvidos na construção do direito a saúde.

A participação democrática de alta intensidade vai mais além da repartição de informações, da simples consulta ou do assessoramento, ela busca identificar e transformar relações de poder assimétricas ou impositivas em relações de igual para igual (MARTINEZ, 2007). Deve criar oportunidades de acesso ao exercício do poder aos grupos ou setores sociais excluídos do processo decisório (mulheres, negros, indígenas, idosos, jovens, minorias, desempregados...), que historicamente ficam distantes das definições do poder e das políticas públicas em geral. A efetividade

participativa é dada pela ampliação das lutas e resultados conquistados, onde a participação social e política ampliam os direitos e saberes, alargando o espectro democrático.

A participação democrática de alta intensidade nos municípios será dada pela qualidade da ação democrática e participativa dos conselheiros, com uma alta partilha da autoridade e capacidade deliberativa das políticas públicas de saúde e ainda, com organização dos conselhos de forma plural, com representações autônomas, legítimas e funcionamento transparente, com accountability social na gestão dos recursos e de reconhecimento das diversas demandas populares e coletivas na saúde.

Nesse sentido, apreendeu-se no processo da pesquisa que o desafio do controle social da saúde está na conquista da autonomia dos representantes da sociedade e na participação popular, ou seja, no fortalecimento dos sujeitos para o exercício da participação democrática e cidadã. Para tanto, urge a necessidade de uma agenda política para o controle social de enfrentamento das iniquidades em saúde e de suas causas econômicas, sociais, políticas e culturais. E ainda, uma maior implicação dos conselheiros para processos de aprendizado no exercício da democracia participativa, de compartilhamento de poder, reforçando a representação e a legitimidade para a atuação na defesa dos interesses coletivos e do SUS, conforme assegurado na Constituição, estabelecendo novas relações entre a sociedade e o Estado na gestão das políticas públicas.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: A.S.P. Moreira & D.C. de Oliveira (Orgs) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Editora AB. Goiânia, 1998.

ACIOLE G. G. Das dimensões pedagógicas para a construção social da cidadania no exercício do Controle Social. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo: v. 11, n. 23, p. 409-25, set./dez. 2007.

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Orgs). **Construção social da demanda, direitos à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco, 2005. p. 293-303.

ALVAREZ, Marcos César. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n.01, p.168-176, jan./mar. 2004.

ANDRADE, R.F. **Relações de poder na Política Nacional de Saúde Bucal**. Editora UFG. Goiânia, 2009.

AVRITZER, L. Sociedade Civil, Espaço Público e Poder local: uma análise do Orçamento Participativo em Belo Horizonte e Porto Alegre. In Dagnino, E. (Org.) **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____, COSTA, S. Teoria Crítica, democracia e esfera pública: concepções e usos na América Latina. Dados – **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 47, 2004.

_____, SANTOS, B. S. Para ampliar o cânone democrático. In: **Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____, PEREIRA, M. L. D. **Democracia, participação e instituições híbridas. Teoria da Sociedade** (UFMG). Belo Horizonte, 2005.

ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. Coleção debates. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **Responsabilidade e Juízo**. Lisboa: Dom Quixote, 2007.

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. Tese de Doutorado apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 1975.

BERMUDEZ, X. P. D et al. O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios. In: **O Direito Achado na Rua: introdução ao direito à saúde**. Alexandre Bernardino Costa... et. al. (organizadores)- Brasília: CEAD-UnB, 2008.

BRASIL. Assembléia Nacional Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990 a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 78, n. 249, p. 25694, 31 dez. 1990b. Seção 1.

_____. **Norma Operacional Básica: NOB-96**. Brasília, 1997.

_____. Lei Complementar nº 94 de 19 de fevereiro de 1998. Autorizam Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.1, 20 de fev., 1998.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ParticipaSUS, Política Nacional de Gestão Participativa no SUS**. Secretaria de Gestão Participativa/MS. Brasília, 2005.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2006.

_____.Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao//area.cfm?id_area=1103, Acesso em: 02 nov. 2007.

BOURDIEU, P. L'. **Ontologie Politique de Martin Heidegger**. Paris Minit. 1989.

BREILH, J. **Epidemiologia Social**. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1986.

CADORIN, E. S. **O perfil dos conselhos de saúde no Estado do Acre no ano de 2006 e a Educação Permanente para o Controle Social no SUS como estratégia de formação de conselheiros**. Monografia apresentada ao curso de especialização à distância em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Programa Nacional de Formação de Conselheiros Nacionais. UFMG, 2010.

CAIADO, M.C.S. Estruturação intra-urbana na região do Distrito Federal e entorno: a mobilidade e a segregação socioespacial da população. **Revista Brasileira de Estudo da População. São Paulo**, v.22, n.1 p. 55-88, jan - jun, 2005.

CASTELLS, M. **La era de La informacion**. México Siglo XXI. Vol.1-3. 2000.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e Controle Social. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COHEN, S.; SCULL, A. Introduction: Social Control in History and Sociology. In: _____. **Social Control and the State: historical and comparative essays**. Oxford: Basil Blackwell, 1985. p.01-14.

CORTÊS, S. V. Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social: os Conselhos de Saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DEMO, P. **Pesquisa participante: saber pensar e intervir juntos**. Brasília: Líber Livro Editora, 2004.

_____. **Pesquisa e Informação qualitativa**. Campinas, SP: Papius, 2001.

DIAZ, E. Marxismo e Salud em América Latina. In: Pereira, Márcio Florentino; Silva, Maria Delzuita Fontoura (Orgs). **Recortes do Pensamento Marxista em Saúde**. Brasília, 2006a.

DYTZ, J. L.G, SHIMIZU, H. E, LIMA, M. G. PEREIRA, M. F. **Perfil da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde da RIDE-DF**. O Controle Social em Saúde na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno RIDE-DF: uma experiência de construção de participação democrática. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2008.

DUSSEL. E. **Filosofia da Libertação**. Crítica à ideologia da exclusão. Paulus. 3ª edição, 2005.

_____. **20 teses de política**. Coleção pensamento social latino-americano. CLACSO livros. 2007.

_____. **Ética de La liberación**. Madri Trotta. 1995.

ESCOREL, S. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. **Revista DIVULGAÇÃO Em Saúde Para o Debate**, CEBES, n. 43, jun., 2008.

FOUCAULT. M. **Nascimento da Biopolítica**. Editora: Martins Fontes. São Paulo, 2008.

FALEIROS, V. P. LUIZ CARLOS, F.V., JACINTA, F.S.S., ROSA, M.G.S. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

FARIA, C. F. Democracia Deliberativa: Habermas, Coehn e Bohman. **Lua Nova** número 49, 2008.

FRANCO, M. A. S. **Pedagogia da pesquisa-ação**. **Educ. Pesqui**. Rio de Janeiro: v. 31, n. 3, p.483-502, dez. 2005, ISSN 1517-9702. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151797022005000300011&script=sci_abstract&tIng=pt> Acesso em: 26 mar.2008.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 20, n. 6, p.1670-1681, nov./dec. 2004, ISSN 0102-311X.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 13, n. 2, p. 20-31, 2004.

_____. Os Conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos Conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, p.57-93, 2004b.

GUEDES, C. V. V. **Limites e Potencialidades da Participação Popular nos Conselhos de Saúde**. Monografia apresentada ao curso de especialização à distância em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Programa Nacional de Formação de Conselheiros Nacionais. UFMG, 2010.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

GUIZARDI, L. B. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Phiysis*. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.14, n. 1, p. 15-39, 2004.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Turim: Editora Einaudi. 1975.

GURRUTXAGA, I. A. PEDRO, I. G. **Democracia participativa y desarrollo humano**. DYKINSON.S.L. Madrid, 2007.

HABERMAS, J. **Mudança Estrutural da Esfera Pública**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

HALLIDAY, T. L. Retórica e política: a questão da responsabilidade. In: MATOS, H. (Org.). **Mídia, eleições e democracia**. São Paulo: Scritta, 1994.

JODELET D. **Representaciones sociales: contribución a um saber sociocultural sin fronteras**. In: Jodelet D. Tapia AG (Orgs). Desvelando La cultura. Estudios em representaciones sociales. México: Universidade Nacional Autônoma do México, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. **Censo demográfico**. Brasília: IBGE, 2003.

LABRA F. M, Figueiredo J.S.A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e. Saúde Coletiva**, v7, n.3, 2002.

_____, Conselhos de Saúde. Visões “macro” e “micro”. **Civitas**. Porto Alegre, v.6, n.1, jan.- jun. 2006.

MACEDO, Laura Christina. **Participação e Controle Social na área da saúde: uma revisão bibliográfica**. 2005. 118p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2005.

MARTINEZ. Z. Globalización política y nuevas formas de participación de la agencia humana. In: **Democracia participativa y desarrollo humano**. DYKINSON.S.L. Madrid, 2007.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. (Orgs). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITE-ABRASCO, 1996.

_____. Hermenêutica – Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.83-107.

MOSCOVICI S. **Representações Sociais. Investigações em psicologia social**. Petrópolis, Vozes, 2003.

NUNES, J. A. **A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas**. Oficinas do CES, 253. 2006.

NUNES, J. A. A Retomada Político Emancipatória em Tempos de Globalização: A Saúde como laboratório? **TEMPUS Actas de Saúde Coletiva: SUS 20 anos**. Ano II N. 01. 2008.

OLIVEIRA, V C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 13, n. 2, p.56-69, maio/ago, 2004.

PAIM, J. S. Contribuições do Marxismo para a Reforma Sanitária Brasileira. In: Pereira, Márcio Florentino; Silva, Maria Delzuita Fontoura(Orgs). **Recortes do Pensamento Marxista em Saúde**.Brasília, 2006a.

_____. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006b, 154 p.

PEREIRA. PEREIRA. P. A. **A Política Social no Contexto da Política Pública, da Cidadania e da relação entre Estado e Sociedade**. Curso de Especialização à Distância: Política Social e Desenvolvimento Urbano.Brasília, 2006.

ROMZEK, B.; DUBNICK, M. Accountability in the Public Sector: lessons from the Challenger Tragedy. **Public Administration Review**. v. 47, n. 3, p.227-238, 1987.

RESOLUÇÃO N.º333. *Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde*. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, dez.2003, n.236, seção 1, p. 57.

RIBEIRO, A. S. M. **Os Homossexuais em busca de visibilidade social**. Tese de Doutorado apresentada ao programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, 2005.

RODRIGUES, N.S. A Prática do Controle Social através dos Conselhos de Saúde. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 22, p.71-91, dez.2000.

SANTOS JUNIOR, O. A.; AZEVEDO, S; RIBEIRO, L. C. Q. Democracia e gestão local: a experiência dos Conselhos. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio (orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos Conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan,Fase, p.11-56, 2004.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente, contra o desperdício da experiência**. v. 1. São Paulo: Cortez, 2000. 415p.

_____. Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Reinventar a Emancipação Social. Para Novos Manifestos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

_____. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **A Gramática do Tempo, para uma nova cultura política**. Porto: Edições Afrontamento, 2006.

_____. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 78: 3-46. 2007.

_____. A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 80, Março: pág. 11-43, 2008.

_____. **Epistemologias do Sul**. Serie conhecimentos e instituições. ALMEDINA. AS. Coimbra, 2009.

SANTOS, K. S. **Conselhos de Saúde: um arranjo híbrido no caminho da participação**. Monografia apresentada ao curso de especialização à distância em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Programa Nacional de Formação de Conselheiros Nacionais. UFMG, 2010.

SHAFER, W. R. **Compreender Habermas**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008.

SHIMIZU, H. E. A percepção dos Gestores e Conselheiros de Saúde acerca da formulação das políticas públicas de saúde nos municípios da RIDE-DF. In: **Os desafios da gestão da atenção básica em saúde nos municípios da RIDE-DF**. Shimizu (org.). Série Tempus. Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da UnB. Brasília, 2008.

SILVA, S. F. da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SUBIRATS, J. Democracia, participación ciudadana y transformación social. In: **Democracia participativa y desarrollo humano**. DYKINSON.S.L. Madrid, 2007.

TABAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Rev. Sociologia Política**. Curitiba, n. 25, nov. 2005.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Tradução: Walquíria Marie Franke Saltineri. Porto Alegre: Artes Médica, 1992.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 108 P.

VAKALOULIS, M. **O capitalismo pós-moderno**. Elementos para uma crítica sociológica. Tradução: Rita Cruz. Campo da Comunicação. Lisboa, 2003.

VANSTRALEN C.J, Lima A.M.D, Sobrinho D.F, Saraiva ES, Van Stralen T.B, Belisário A.S. **Ciência e Saúde Coletiva**, v,11, n. 3, 2006.

VIANNA, M. L. W. **Participação em Saúde: do que estamos falando**. Laboratório de Economia Política da Saúde da UFRJ. Rio de Janeiro, 2005.

ANEXOS